April 2014

FACHMAGAZIN FÜR ÄRZTE

Ärzte Krone

SONDERAUSGABE

In Kooperation mit

ÖGAM
Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin – Mitglied der WONCA

JAMÖ
Junge Allgemeinmedizin Österreich

ÖÄK
ÖSTERREICHISCHE ÄRZTEKAMMER

Traumberuf Hausarzt

P.b.b. GZ 02Z034626W, Benachrichtigungspostamt 1070 Wien, Bei Unzustellbarkeit zurück an den Absender: Ärzte Krone, Seidengasse 9/Top 1.1, 1070 Wien

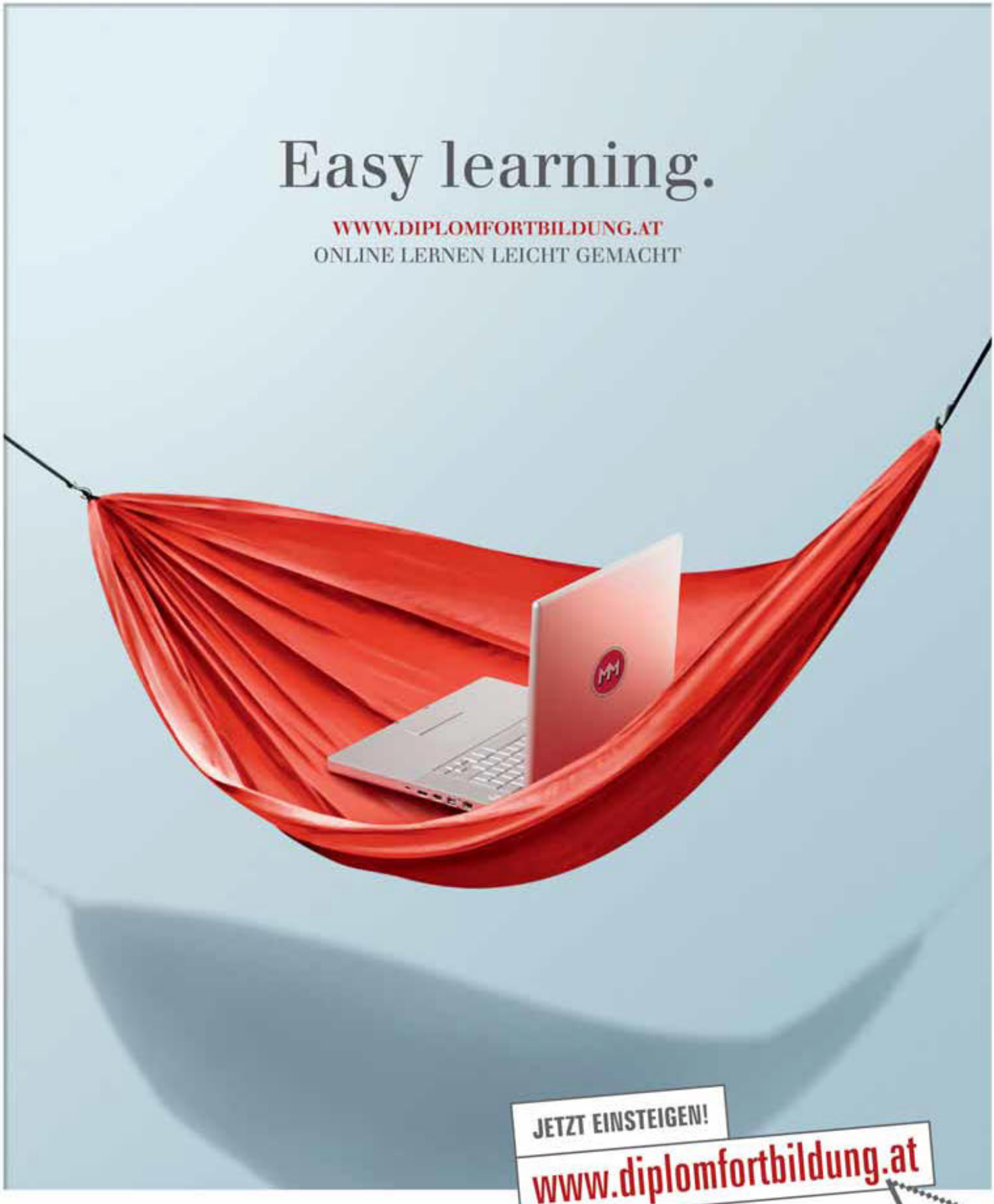
© Jakub Krechowicz - Fotolia.com

MedMedia
Verlags Ges.m.b.H.
www.medmedia.at

KOMPETENT. EFFIZIENT. SCHNELL.

Easy learning.

WWW.DIPLOMFORTBILDUNG.AT
ONLINE LERNEN LEICHT GEMACHT



JETZT EINSTEIGEN!
www.diplomfortbildung.at

übersichtliche, auf einen Blick erfassbare Struktur | abwechslungsreiches Lernen durch Mix aus Videos, Literatur, Fallbeispielen etc. | schnelle Themensuche | leichtes Selektieren nach Fachbereichen oder Zielgruppen | einfach kinderleicht zu bedienen

editorial

© Christian Jungwirth

Dr. Reinhold Glehr

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

In zukunftsweisenden Gesundheitssystemen hat die hausärztliche Versorgung große Bedeutung. In den weltweit stattfindenden Neuorientierungen ist der Blick derzeit in erster Linie auf die medizinische Grundversorgung gerichtet. Dementsprechend ist Allgemeinmedizin auch im Rahmen der in Diskussion befindlichen Reform des österreichischen Gesundheitssystems ebenfalls ein Hoffnungsträger geworden.

„Hausärztin“ und „Hausarzt“ sind Begriffe, die in der Bevölkerung einen guten Klang haben. Sie stehen für Vertrauen, Nähe, Gesamtschau, Langzeitbeziehung, Familienbetreuung, freundschaftliche Beziehungen und ähnliches.

Gleichzeitig gibt es Botschaften der Geringschätzung, des Infragestellens und der Gerüchte um eine Ablöse niedergelassener hausärztlicher Tätigkeit durch andere Versorgungsstrukturen. Lohnt es sich da, diesen Beruf zu ergreifen, ihm seine Ausbildung zu widmen und für später ein erfülltes, glückliches Leben zu erhoffen? Wem soll man in der Fülle des Geschriebenen, Geklagten und Befürchteten glauben?

In den universitären allgemeinmedizinischen Lehrpraxen und in von Ärzten für Allgemeinmedizin gehaltenen Vorlesungen wird Studierenden vermehrt Wissen um generalistische Arbeit ebenso wie entsprechende praktische Fertigkeiten vermittelt.

Medizinische Universitäten beginnen zu verstehen, dass die medizinische Grund- und Langzeitversorgung und generalistische Arbeitsansätze durchaus auch für die Forschung interessant sind.

In der postgraduale Ausbildung wird in Kürze der dreijährige Ausbildungsturnus zum Arzt für Allgemeinmedizin durch eine zeitgemäßere Ausbildung ersetzt werden. Die Voraussetzung für die Übernahme eines den heutigen Anforderungen entsprechenden Versorgungsauftrages wird damit endlich geschaffen. Die Einführung der verpflichtenden praktischen Ausbildung in einer allgemeinmedizinischen Lehrpraxis – eine absolute Notwendigkeit – steht kurz vor dem Beschluss. Die derzeit gültige Ausbildungszeit ist für eine moderne Allgemeinmedizin zu kurz, als „Wartezone“ für eine fachärztliche Ausbildung in einem anderen Fach ist sie zu lang. Diese Ausbildung wird nun um wesentliche Teile, insbesondere aber um eine angemessene Lehrpraxiszeit erweitert.

Die Verantwortlichen in immer mehr Bundesländern bemühen sich um eine bessere finanzielle Wertschätzung allgemeinmedizinischer Tätigkeit. In ähnlicher Weise kommen auch die organisatorischen Rahmenbedingungen bzw. die Möglichkeiten für verschiedene, dem heutigen Wirtschaftsverständnis angepasste, besser lebbare Zusammenarbeitsformen in Bewegung. Nicht zuletzt ist in diesen Diskussionen spürbar, dass verstärkt auf die Lebensqualität von Hausärztin und Hausarzt Bedacht genommen werden muss.

Dies alles stimmt positiv und soll junge Ärztinnen und Ärzte ermuntern, diesen schönen, vielfältigen und verantwortungsvollen Beruf zu ergreifen. In diesem Sonderheft „Traumberuf Hausarzt“ wird vieles im Detail angesprochen, nicht um die derzeitige Situation der Allgemeinmedizin allzu rosig darzustellen, aber um zu zeigen, dass Optimismus berechtigt ist, dass sich der hausärztliche Beruf im Aufwind befindet und es sich lohnt, ihn anzustreben.

Dr. Reinhold Glehr
Präsident der Österreichischen Gesellschaft
für Allgemein- und Familienmedizin

Impressum: MEDIENINHABER, HERAUSGEBER UND VERLEGER: Ärztekrone Ges.m.b.H., Verlag von Druckwerken, Seidengasse 9/Top 1.1, 1070 Wien. Tel. 01/407 31 11-0; Fax 01/407 31 14; **CHEF-REDAKTEUR:** Dr. Wolfgang Exel. **STELLVERTRETENDE CHEFREDAKTEURIN:** Dr. Hannelore Nöbauer, h.noebauer@medmedia.at, DW-61; **REDAKTIONSASSISTENZ:** Mag. Simone Peter, s.peter@medmedia.at, DW-19; **VERKAUFSLEITUNG:** Friedrich Tomaschek, f.tomaschek@medmedia.at, DW-25; **PRODUKTION:** Claudia Lumpi, c.lumpi@medmedia.at, DW-42; **LAYOUT/DTP:** Gregor Adamcik, g.adamcik@medmedia.at, DW-28; **LEKTORAT:** onlinelektorat@aon.at. **DRUCK:** Donau Forum Druck Ges.m.b.H., 1230 Wien. **RICHTUNG:** Fortbildungsmedium für niedergelassene Ärzte. Politisch relevant • Medizinisch kompetent • Nützlich für die Praxis. **ALLGEMEINE HINWEISE:** In Zusammenarbeit mit Experten erarbeitete Artikel basieren auf deren fachlicher Meinung und fallen somit in deren persönlichenVerantwortungsbereich. Angaben über Dosierungen, Applikationsformen und Indikationen der einzelnen Produkte müssen vom jeweiligen Anwender auf ihre Richtigkeit geprüft werden. Trotz sorgfältiger Prüfung übernehmen Verlag und Medieninhaber keinerlei Haftung für drucktechnische und inhaltliche Fehler. Aus Gründen der Lesbarkeit verzichten wir auf eine Unterscheidung der weiblichen und männlichen Ansprache. Natürlich sind sowohl unsere weiblichen, als auch unsere männlichen Leser gemeint. Bilder ohne Copyright-Vermerk sind aus dem Archiv der *Ärzte Krone* oder wurden vom Autor beigestellt. **EINZELVERKAUFSPREIS:** € 1,83. **ABOPREIS:** € 36,64 p.a. **Druckauflage 13.143 Stück, geprüft von der Österreichischen Auflagenkontrolle.** Ausgewählte Artikel dieser Ausgabe finden Sie auch unter **www.medmedia.at** zum Download. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme gespeichert, verarbeitet, vervielfältigt, verwertet oder verbreitet werden. Die gesetzliche Offenlegung gemäß § 25 MedienG finden Sie unter http://www.medmedia.at/aerzte-krone/offenlegung-aerztekrone.

Wir sind gerne Hausärzte.
Hausärztin Dr. Martina Malus:
„Wenn der Routine-Check zur herzlichen Begegnung wird, dann weiß ich, warum ich immer schon Ärztin werden wollte.“
WIR HAUSÄRZTE
PERSÖNLICH - KOMPETENT - ZUSTÄNDIG
1x Kennen der Familiengeschichte
1x Allroundwissen und den Blick aufs Ganze
Zusätzlich: Hohe Dosis Menschlichkeit
Ärzte Krone
unterstützt die Initiative engagierter Hausärzte
phase5

FACHMAGAZIN FÜR ÄRZTE
Ärzte Krone

inhalt

Seite 6 Hausarztpraxis im 3. Jahrtausend

„ALLGEMEINMEDIZIN ist das Fach des Generalisten, der sich auf den ganzen Menschen konzentriert und der dessen Krankheiten und Störungen, aber auch gesund Erhaltendes, im komplexen Zusammenhang der Person und deren Umwelt sieht.“

Seite 14 Disease Management am Beispiel Diabetes

MENSCHEN mit chronischen Erkrankungen brauchen eine zentrale koordinierende Behandlungsstelle, die Übersicht über die Behandlung und die Untersuchungen behält. Eine strukturierte Betreuung im Praxisteam wird durch Betreuungsprogramme wie das DMP Diabetes Typ 2 erleichtert.

fotodo – Fotolia.com

Seite 29 Hausarzt: Mein Traumberuf!

DIE *ÄRZTE KRONE* hat drei Vertretungsärzte und drei Ärztinnen mit Kassenvertrag gefragt, was sie dazu bewogen hat, in die Allgemeinmedizin zu gehen, und welche Tipps sie für Studenten und nachfolgende Kollegen haben.

Das Praxis-NAVI:
Arbeiten mit Leitlinien im praktischen Alltag 10

Die Politik muss in die Gänge kommen! 12

Zusammenarbeit „leicht gemacht“ 16

„Uns Studenten fehlt oft der Einblick“ 19

„Nachwuchs früher motivieren“ 20

ÖGAM-Förderungspreis
für Diplomarbeiten im Fach Allgemeinmedizin 21

Die JAMÖ – wer steckt dahinter? 22

Reflexion zu meiner Zeit in der Lehrpraxis 23

Lehrpraxis in Vorarlberg – wer mitmacht, gewinnt! 26

Salzburger Initiative Allgemeinmedizin 28

„Aber der alte Doktor hat doch immer ...“ 32

Niederlassung – die Zügel selbst in der Hand halten 34

„Wir im Praxisteam haben gemeinsame Ziele“ 38

Selfcare für Hausärzte 40

Optimiertes Teamwork im Ärztenetzwerk Styriamed.net 44

Mentoring für Allgemeinmediziner jeden Alters 46

Hausarztpraxis im 3. Jahrtausend

„ALLGEMEINMEDIZIN ist das Fach des Generalisten, der sich auf den ganzen Menschen konzentriert und der dessen Krankheiten und Störungen, aber auch gesund Erhaltendes, im komplexen Zusammenhang der Person und deren Umwelt sieht.“[1]

ALLGEMEINMEDIZINER werden an unterschiedlichen Orten im Gesundheitssystem eingesetzt: als Stationsärzte, an Erstaufnahmeambulanzen, Kureinrichtungen und vielen anderen Stellen. Hier wird nun die spezielle Kompetenz der Hausarztmedizin beschrieben, die aufgrund ihrer Funktion ganz spezielle Charakteristika aufweist und ganz spezielle Fähigkeiten verlangt – und ganz spezielle Belohnungen bietet.

Jedes Fach hat seinen theoretischen Hintergrund, der seine Eigenheiten und speziellen Aufgaben beschreibt. In der Hausarztmedizin ist dieser komplexer als in den Spezialfächern, da auch die Aufgabenstellung komplexer und umfassender ist: Last und Lust der generalistischen Medizin.

ALS HAUSÄRZTE HABEN WIR IMMER MIT DEM MENSCHEN ALS GANZES ZU TUN …

... mit seinen somatischen, psychosozialen, soziokulturellen Aspekten. Das ist faszinierend – und nicht ganz einfach.

Unser Arbeitsbereich ist die Grundversorgung aller Patienten mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen in der Notfall-, Akut- und Langzeitversorgung sowie wesentliche Bereiche der Prävention und Rehabilitation.

Unsere Arbeitsweise berücksichtigt somatische, psychosoziale, soziokulturelle und ökologische Aspekte. Bei der Interpretation von Symptomen und Befunden würdigen wir den Patienten als Individuum, sein Krankheitskonzept, sein Umfeld und seine Geschichte („hermeneutisches Fallverständnis“).

Unsere Arbeitsgrundlage ist eine auf Dauer angelegte Arzt-Patienten-Beziehung und die erlebte Anamnese, die auf einer breiten Zuständigkeit und Kontinuität in der Versorgung beruhen. Zu den Arbeitsgrundlagen gehört auch der Umgang mit den epidemiologischen Besonderheiten des unausgelesenen Patientenkollektivs mit den daraus folgenden speziellen Bedingungen der Entscheidungsfindung (abwartendes Offenhalten des Falles, Berücksichtigung abwendbar gefährlicher Verläufe).

Eines der Hauptmerkmale der Hausarztpraxis, die sie von anderen allgemeinmedizinischen Versorgungseinrichtungen unterscheidet, ist die *Kontinuität der Betreuung.*[2]

Diese Kontinuität besteht *typischerweise auf mehreren Ebenen gleichzeitig,* nämlich in Bezug auf:

a) den Patienten und seine Familie (Versorgung über längere Zeiträume, über mehrere Lebensalter und -phasen, Betreuung mehrerer oder aller Familienmitglieder unabhängig von Geschlecht und Alter)[3]
b) die Umgebung („community“, Arbeitsumfeld, Umwelt- und soziale Aspekte, epidemiologische regionale Besonderheiten)[4]
c) den/die Ansprechpartner (Hausarzt mit hausärztlichem Team)[5] des Gesundheits- und sozialen Netzwerks (Hausarzt mit externen GDA, Spezialisten, weiteren regionale Versorgungseinheiten)
d) die Beziehung (personenbezogener Zugang, unabhängig von Art und Ausmaß der Beschwerden und Gesundheitsstörungen)[6]
e) die Herstellung von Kontinuität der Versorgung über die unterschiedlichen Ebenen und deren Schnittstellen hinweg (Kommunikation, Informationstransfer, Kooperation, Begleitung)[7]

Weitere Charakteristika sind:
a) Die *abschließende Behandelbarkeit von mindestens 80% der Anliegen*[8] unter weitgehender Schonung von Ressourcen:
   - apparativ-diagnostische Mittel sind nur in begrenztem Maße unmittelbar verfügbar
   - die Weiterleitung an die nächste Ebene (Spezialisten) muss mit zeitlicher und räumlicher Distanz erfolgen
b) Der *generalistische Zugang auf mehreren Ebenen*[9], nämlich hinsichtlich:
   - fächerübergreifender Zuständigkeit für die gesamte Heilkunde
   - Zuständigkeit für den Patienten in allen seinen Lebenszusammenhängen, im Längs- und im Querschnitt
   - Zuständigkeit für den Verlauf von Erkrankungen und anderen Gesundheitsstörungen über längere Zeit („disease management“)

UND WAS BEDEUTET ALL DAS NUN FÜR DIE PRAXIS??

Hausarztpraxis ist Vielfalt

- Viel Abwechslung
- Viele unterschiedliche Anforderungen
- Vielerlei Ansprüche
- Viele rasche Entscheidungen
- Viel Verantwortung
- Viel Gestaltungsmöglichkeit
- Viele Erfolgserlebnisse
- Viel Bedeutung

© xantia - Fotolia.com

Als Hausarzt ist man nicht in der Ordination „gefangen“, sondern kann am Weg zu Hausbesuchen die Natur genießen

Konkret lassen sich die Aufgabenstellungen in aller Kürze folgendermaßen umreißen:

MEDIZINISCHE AUFGABEN

1. Akutsituationen: Die Palette reicht vom einfachen Infekt bis zum lebensbedrohlichen Notfall. Eine der Schwierigkeiten besteht darin, mit den Mitteln der Allgemeinpraxis herauszufinden, was zwar „einfach“ aussieht, aber bedrohlich werden könnte (der „abwendbar gefährliche Verlauf“[10]: z.B. während einer Darmgrippewelle eine Appendizitis nicht übersehen, bei Husten eine Pulmonalembolie nicht übersehen …). Dann ist zu entscheiden, ob eine Klärung oder Behandlung unmittelbar, in den nächsten Tagen – oder gar nicht erfolgen muss: ist abwartendes Offenhalten und eine sorgfältige Beobachtung vielleicht die adäquatere Vorgehensweise?

Michael M., 58 Jahre, kommt mit großer Sorge in die Ordination. Seit einigen Tagen wird ihm immer wieder furchtbar schwindlig, und er hat überlegt, gleich direkt in die neurologische Ambulanz zu gehen: Das könnte doch auch ein Schlaganfall sein, oder gar ein Hirntumor? Eine genaue Anamnese und eine ebensolche klinische Untersuchung ergibt sehr deutliche Hinweise auf einen benignen Lagerungsschwindel, und keinerlei Hinweis auf eine bedrohliche Situation. Nach Konsultation des entsprechenden Artikels in den „EbM-Guidelines“[11] mit Verifizierung der Verdachtsdiagnose wird der Patient beruhigt, instruiert, die entsprechenden Übungen durchzuführen, und gebeten, am nächsten Tag telefonisch zu berichten, wie es ihm geht.

Manfred S., 28 Jahre, kommt spätnachmittags – außerhalb der normalen Ordinationszeiten – und berichtet von einem gelegentlichen Kribbeln in den Fingern rechts, und dass ihm in letzter Zeit Gegenstände aus der rechten Hand fielen. Er glaube ja nicht, dass es etwas Schlimmes sei, wollte aber doch zur Sicherheit mal nachfragen. Wissend, dass Manfred möglichst eher nicht zum Arzt geht, und schon gar nicht zur Unzeit, läuten sofort die Alarmglocken. Die klinische Untersuchung zeigt eine diskrete motorische Schwäche, und die Weiterverweisung an die Neurologie erfolgt sofort und unter Vorankündigung. Leider stellt sich als Ursache tatsächlich ein Hirntumor heraus.

Was uns bei solchen Entscheidungen hilft, ist die spezielle hausärztliche Arbeitsweise, wie oben beschrieben. (Und diverse Praxistools, beschrieben im Absatz „Wissensmanagement“ weiter unten, sowie im Artikel „Das Praxis-NAVI“ auf Seite 10).
Nicht zuletzt halten wir unsere Sinne offen, denn häufig kommt der Patient aus einem anderen Grund, als er zunächst bekannt gibt: der Beratungsanlass muss nicht immer die Beratungsursache sein. Das „Praktische“ am Allgemeinarzt ist ja auch, dass er für jedes gesundheitliche Anliegen zuständig ist, egal aus welchem Fachbereich. Manchmal muss erst Scham, Angst oder Unsicherheit überwunden werden, bis ein Patient mit seinem wahren Anliegen herausrückt.

Frau P., 50 Jahre, kommt wegen Kopfschmerzen. Die Anamnese gibt kein richtig klares Bild, die Untersuchung zeigt beträchtliche nuchale Verspannungen und ist sonst unauffällig. Erst der fragende Blick lässt Frau P. den Mut finden, ihren Pulli hochzuheben. Darunter kommt ein höckriger, harter Tumor im Bereich der 9. Rippe zum Vorschein. Es ist das, was sie fürchtet, nämlich ein knöcherner Tumor (eine Metastase, wie sich dann herausstellt), und sie musste sich aufgehoben genug fühlen, um die Botschaft ertragen zu können.

Aufgabenstellungen

Umgang mit Akutsituationen
- Klären der Dringlichkeit – Priorisierung
  - Der abwendbar gefährliche Verlauf
  - Das abwartende Offenhalten
  - Die Komplexität des scheinbar Banalen

Umgang mit Langzeiterkrankungen/chronischem Kranksein
- Poly(pharmako)therapie
- Bewältigung, „Coping“
- Betreuungskonzepte
  - Strukturierte Betreuung/Disease Management

Aufgaben in Prävention, Rehabilitation, Palliativbetreuung

2. Chronische Krankheiten: Eine der großen, wichtigen Aufgaben ist der Umgang mit Langzeiterkrankungen und chronischem Kranksein. Besonders spannend ist dieser Bereich durch die Tatsache, dass eine chronische Krankheit ja selten alleine kommt, meist entsteht durch mehrere Komorbiditäten und mehrere medikamentöse Regime eine komplexe Situation, die einen guten Überblick und gute Kooperation in mehrere Richtungen erforderlich macht. Erleichtert wird die Betreuung chronisch Kranker durch einen systematischen Zugang, wie er in diesem Heft am Beispiel des Disease Managements bei Diabetes Typ 2 beschrieben ist (siehe Seite 14) und durch die Tatsache, dass wir die Patienten und ihre Vorgeschichte, ihre Lebensbedingungen, ihre Angehörigen gut kennen, und dass wir mit den Mitbehandlern und -betreuern gut kooperieren können.
Nun kommen die diversen Aufgabenstellungen natürlich nicht schön sortiert und der Reihe nach daher, ganz im Gegenteil. Die Hausarztpraxis, vor allem die Landpraxis, ist auch charakterisiert durch eine fast permanente Simultaneität der Ereignisse: ▶

Von Eintönigkeit keine Spur: im Sprechzimmer eine zehnjährige Schülerin mit Schulangst und Kopfschmerzen, im Behandlungsraum der COPD-Patient, der schlecht Luft bekommt und trotzdem noch ein Witzchen loswerden möchte, daneben ein Verbandwechsel, zwei Impfungen, und am Empfang die alte Dame mit den geschwollenen Beinen, die „nur schnell" ein Lasix möchte, weil`s der Nachbarin so gut geholfen hat. Das ist Allgemeinmedizin im Alltag.

Das ist eine beträchtliche Breite an Anforderungen, mit denen wir zu tun haben. Genauso nötig wie gute Medizin ist also die gute Organisation:

Organisatorische Aufgaben

Teambildung und Teamleading
- Intern: Praxisteam
- Extern: mobile Pflege, andere Gesundheitsberufe

Kooperation
- Kollegen (z.B. Dienstsprengel)
- Spezialisten und Spitäler
  - Informationstransfer
  - Gemeinsames Entscheiden
- Andere Gesundheitsberufe (mobile Dienste, Physio-, Psycho-, Ergotherapie, Pflegeheime und andere Betreuungseinrichtungen, Angehörige und andere Pflegende)

Unternehmensführung
- Selbstbestimmte Arbeitsumgebung
- Hohe Identifikation aller Beteiligten
- Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze (guter Steuerberater!)
- Beachtung von arbeitsrechtlichen Auflagen
- Fürsorgepflicht für die Mitarbeiter

PRAXISORGANISATION

Wesentlich ist die gute Organisation innerhalb der Praxis. Je klarer Abläufe und Zuständigkeiten sind, desto geringer werden Reibungen. Das sind dynamische Prozesse, die nicht alle immer und immer gleich funktionieren: Auch nach 20 Jahren lernen wir noch ständig dazu. Wer die Möglichkeit hat, verschiedene Praxen kennen zu lernen, zum Beispiel im Rahmen von Vertretungen, kann dies nützen, um besonders auf die unterschiedlichen Methoden der Praxisorganisation zu achten, und für die eigene Ordination daraus zu lernen.
Wer nicht das Glück hatte, auf diese Weise oder in der Lehrpraxis genug über die Organisation zu lernen, dem sei dringend empfohlen, vor dem Start bei einem Kollegen zu hospitieren, die meisten von uns Erfahrenen machen das gerne. Solch ein Mentoring lässt sich auch noch nach dem Start aufrechterhalten. Auch die Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeiter können davon profitieren, wenn sie sich mit Kollegen einer alteingesessenen Ordination austauschen können.

Ein junger Kollege, der eine große Ordination von einem Vorgänger übernahm, sah sich mit einer wenig strukturierten Praxis und einer – übernommenen – Arzthelferin konfrontiert, die Änderungen gegenüber einigermaßen skeptisch war. Die zweite Assistentin war ebenso neu und unerfahren wie er selbst. Da er den Nachbarkollegen aus Vertretungen gut kannte, und dessen Praxisstruktur als sinnvoll empfand, bat er um Hilfe. Das Praxisteam des Nachbarkollegen machte sich auf den Weg und unterstützte die beiden Assistentinnen beim Aufbau einer funktionierenden Struktur. Die beiden Teams hatten nicht nur Spaß dabei, sondern erfuhren auch die große Wichtigkeit dessen, was sie täglich tun.

Hilfreich sind Praxishandbücher, in denen Abläufe geregelt und Zuständigkeiten definiert werden können. Es gibt Musterhandbücher online und zum Bestellen (z.B. www.arztassistenz.at/cms/index.php/ordinationshandbuch/-vorlagen, www.aerztliches-qualitaetszentrum.at/index.html, www.aerztliches-qualitaetszentrum.at/de/ohb/musterhandbuch.php), die sich nach den jeweiligen individuellen Vorstellungen und Bedürfnissen abwandeln und ergänzen lassen. Wir haben für unsere Praxis einen Dropbox-Ordner angelegt, der das Ordinationshandbuch enthält und von allen Stationen aus zugänglich ist.
Einer der vielen Vorteile der Selbständigkeit ist die Möglichkeit, seine Arbeitsumgebung nach den eigenen Bedürfnissen und Vorstellungen zu planen. Störungen sind allerdings in der Hausarztpraxis nicht vermeidbar, die gehören ganz einfach dazu – und gehören deshalb eingeplant. Zeitpuffer, Regelungen für die Unterscheidung zwischen dringlich und weniger dringlich und eine gewisse Gelassenheit gegenüber dem zeitweilig unvermeidlichen Druck des vollen Wartezimmers helfen bei der Bewältigung.

DAS PRAXISTEAM

Hilfreich ist aber auch ein gutes Praxisteam, das Abläufe erleichtert und eine gute, angenehme Atmosphäre schafft. Die wirkt sich nicht nur auf Arzt und Assistentinnen und Assistenten aus, sondern überträgt sich auch auf die Patienten. Gut ausgebildete Assistentinnen und Assistenten mit Lust auf und Zeit für Fortbildung sind nicht nur eine unschätzbare Unterstützung für den Arzt, sondern auch für die Patienten, die sich im Praxisnetz gut aufgehoben fühlen. Als unternehmensführender Arzt kann man sich sein Team aussuchen und gestalten. Die Zusammenarbeit

Planung der Zeitstruktur

Terminplanung
- Puffer einbauen!
  - Telefonate
  - Akutsituationen
  - Persönliche Bedürfnisse
  - Teambedürfnisse

Unterbrechungen steuern
- Rückfragen (Patienten und Personal)
- Telefonate
- Vertreter

Abläufe klären
- Teamdefinition
- Ordinationshandbuch

Dr. Susanne Rabady und ihr Praxisteam

ist eng, und die Identifikation aller Beteiligten mit dem gemeinsamen Projekt „Hausarztpraxis“ oft sehr hoch, wenn die Teambildung gut gelingt und von gegenseitigem Respekt getragen ist. Ein Artikel in diesem Heft schildert, wie ein gutes Praxisteam entsteht und funktioniert (siehe Seite 38).

AM WICHTIGSTEN IST ABER DIE FREUDE AN DER ARBEIT

Wir brauchen Ausgleich und Entspannung, jemanden, der sich gelegentlich auch mal um uns kümmert, wir brauchen Austausch und Vergnügen. Was, wie viel und auf welche Weise, ist individuell natürlich ganz unterschiedlich. Wichtig ist, dass diese Gegenwelten und Erholungsräume vorhanden sind und die Selbstsorge wichtig genommen wird.

ONLY HAPPY DOCTORS ARE GOOD DOCTORS

Voraussetzung ist die Eignung für den Beruf. Beziehungsfähigkeit und Kommunikationsbereitschaft neben Lust an medizinischer Vielfalt und Abwechslung sollten zu den persönlichen Fähigkeiten und Eigenschaften gehören. Wenn Mensch und Aufgabe zusammenpassen, ist dieser Beruf wunderbar und befriedigend: Wir ernten den Lohn unserer Mühen. Die Wertschätzung unserer Patienten, oft der ganzen Gemeinde, die Möglichkeit der Verlaufsbeobachtung über Jahre und Jahrzehnte, der Reichtum an Anforderungen, Erfahrungen und Ereignissen sind in hohem Maße lohnend. Nach 20 Jahren kriegen unsere ersten positiven Schwangerschaftstests ihre ersten eigenen Kinder, wir verfolgen das Geborenwerden, das Heranwachsen und das Altwerden, und lernen daraus – für unseren Beruf und für unser Leben. Wir erleben Erfolge und Niederlagen, und beide verfolgen uns oft genug über viele Jahre. Das ist unter Umständen auch ziemlich fordernd, meist ist es befriedigend und belohnend.

GUTE VERNETZUNG ERLEICHTERT DEN UMGANG MIT BELASTUNGEN UND BEANSPRUCHUNGEN

Die Zeiten des Einzelkämpfertums sind vorbei – falls es sie je wirklich gegeben hat. Auch in Einzelpraxen ist Einsamkeit weder nötig noch möglich. Innerhalb der Praxis arbeitet ein Team – trotz klarer Führung und Verantwortung – miteinander! Und außerhalb der Praxis kooperieren wir mit vielen anderen Berufen auf vielfältige Weise, wie weiter oben mehrfach beschrieben.
Ein kollegiales Netzwerk, das den fachlichen und auch den nicht ganz so sachlichen Austausch fördert, lässt sich in den meisten Sprengeln etablieren, und wenn es innerhalb eines Sprengels nicht so gut klappt, kann man sich in Runden treffen, die über Sprengelgrenzen hinausgehen. Vielerorts bilden sich „virtuelle Gruppenpraxen“, also Einzelpraxen, die ihre Öffnungs- und Anwesenheitszeiten miteinander abstimmen, geordnete Übergaben auf elektronischem Wege etabliert haben, um den Informationsfluss zu gewährleisten und insgesamt die kollegiale Kommunikation aufrechtzuerhalten. Seit Jahrzehnten gibt es, allen Widrigkeiten zum Trotz, Gruppenpraxen, Praxisgemeinschaften, Übergabepraxen und kollegiale Netzwerke, und sie werden mehr. Qualitätszirkel, Balintgruppen, Diensteinteilungstreffen sind weitere Vernetzungsmöglichkeiten sowie auch das Engagement und die gemeinsame Reflexion in berufsbezogenen Arbeitskreisen – wie z.B. in der ÖGAM.

Hilfreiche Strukturen

Gute Vernetzung
- Sprengel
- Kollegen

Optimieren von Prozessen
- Technik/Software
- Kluges Delegieren
- Definierte Behandlungsprozesse

Freude an der Arbeit

WISSENSMANAGEMENT

Allgemeinmedizin ist vielfältig und komplex, medizinisches Wissen wächst und verändert sich andauernd, die Anforderungen an unsere Kenntnisse sind hoch. Auch dabei gibt es Unterstützung. Neben diversen Fortbildungsangeboten, Büchern und Zeitschriften kann online Wissen abgerufen werden.
www.leitlinien.de bietet Zugang zu klinischen Leitlinien (darunter auch die für die Allgemeinpraxis wertvollen Leitlinien der DEGAM), die österreichische Reihe Arznei und Vernunft mit hochwertigen Handlungsempfehlungen findet sich über die Website der Sozialversicherung:
www.sozialversicherung.at/arzneiundvernunft/
Das umfassende Point-of-Care-Tool „EbM-Guidelines für Klinik und Praxis“, das von der ÖGAM herausgegeben wird, ist für Turnus- und Allgemeinärzte über www.meindfp.at nach dem Login kostenfrei zugänglich, siehe Artikel „Das Praxis-NAVI“ auf Seite 10.

1 Abholz H-H, Kochen M (Hrsg.), Definition der Allgemeinmedizin: Kochen M (Hrsg.), Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 4. Auflage, Thieme Stuttgart 2012
2 Kerr, Two new aspects of continuity of care, Uijen et al: How unique is…, Hennen BK, Continuity of care: Shires DB, Hennen BK, Rice DI, editors. Family medicine: a guidebook for practitioners of the art. 2nd ed. New York, NY: McGraw-Hill; 1987. pp. 3–7
3 Himmel W, Klein R, Ewert W, Der Patient im Kontext der Familie: Kochen M (Hrsg.): Allgemeinmedizin und Familienmedizin. S.564 ff. 4. Auflage, Stuttgart 2012
4 Taylor RJ, Smith BH, van Teijlingen ER (Hrsg.), Health and illness in the community. New York: Oxford University Press; 2003
5 DEGAM Zukunftsperspektiven Nr. 13, http://www.degam.de/fileadmin/user_upload/degam/Positionen/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf. aufgerufen 9.2.14
6 Freeman G, Hughes J, Continuity of care and the patient experience. London: The Kings Fund; 2010
7 Gulliford M, Naithani S, Morgan M, what's continuity of care. In: J Health Serv Res Policy. 2006 Oct; 11(4):248–250
8 Abholz H-H, Generalist und Spezialist. Zwei unterschiedliche Welten von Arbeit und Arbeitsauftrag: Z Allg Med 2004; 80:411–413
9 Reeve J. Interpretive medicine, Supporting generalism in a changing primary care world. Occas Pap R Coll Gen Pract. 2010; 88:1–20
10 Braun N, Fink W, Kamenski G, Angewandte Medizin und wissenschaftliche Grundlagen. Facultas, Wien 2004
11 Schwindel: www.ebm-guidelines.at

Dr. SUSANNE RABADY
Vizepräsidentin der ÖGAM
Ärztin für Allgemeinmedizin, Windigsteig
susanne@rabady.at

Das Praxis-NAVI: Arbeiten mit Leitlinien im praktischen Alltag

IN DER PRAXIS SITZT MAN MEIST ALLEINE: kein Oberarzt, kein Kollege – niemand, den man fragen kann. Die EbM-Guidelines, die in elektronischer Form auch am Handy abrufbar sind, können weiterhelfen.

IN DER ALLGEMEINPRAXIS stellen sich Fragen, die im Krankenhaus weniger drängend sind: Wie schließe ich mit meinen einfachen Mitteln einen „abwendbar gefährlichen Verlauf" aus, wie entscheide ich, ob und wann eine weiterführende Diagnostik nötig ist? Es steht ja meist höchstens ein kleines Labor zur Verfügung, es ist keine Bildgebung vorhanden, und kein Spezialist wartet um die Ecke, um sich absichern und die lastende Verantwortung weiterreichen zu können.

Wir wissen ja eigentlich: 80–90% aller Fragestellungen können innerhalb der Hausarztpraxis abschließend behandelt werden, ohne dass weitere Untersuchungen nötig wären – aber: Wie ist vorzugehen, um sicher zu sein, dass nichts übersehen wurde?
Die EbM-Guidelines in der elektronischen Version können rasch weiterhelfen. Sie sind über meindfp.at ganz leicht und kostenfrei zugänglich und seit Neuerem auch auf allen mobilen Endgeräten gut lesbar – z.B. auf Visiten oder wenn man den Praxiscomputer nicht online lassen möchte.
Akut auftretende Fragestellungen können innerhalb kürzester Zeit, auch unmittelbar im Zuge der Konsultationen, geklärt werden. Patienten schätzen das meist – und lassen sich auch gerne einmal Abbildungen zeigen.

PRAXISBEISPIEL ASTHMA-ANFALL

Am späten Abend während des Sonntagsdienstes sucht ein 18-jähriger Patient die Ordination auf, da er stark hustet und schon eine deutliche Dyspnoe hat. Ein leichtes Asthma bei familiärer Disposition sowie eine Katzenhaarallergie sind bekannt. Akute Anfälle waren in der Kindheit (bei sehr kooperativen Eltern und phasenweiser inhalativer Kortisontherapie) nie aufgetreten.
Nun zeigt er ausgeprägtes Giemen, das Pulsoxymeter zeigt einen pO2 von 89%.
Der Patient erholt sich nach der Akutbehandlung rasch – und möchte nun nach Hause gehen.

Gibt es in dieser Situation objektive Kriterien, nach denen sich eine rationale Entscheidung treffen lässt, oder muss ich mich auf mein Gefühl verlassen – mit der damit verbundenen Unsicherheit?
Der Zugang zu den EbM-Guidelines ist geöffnet und sie lassen sich mit Klick auf die Taskleiste schnell auf den Monitor befördern.
Der eingegebene Suchbegriff „Asthma" erbringt eine Auswahl von Treffern (rechte Spalte), aus der der Artikel „Asthma bronchiale: Behandlung bei akuter Exazerbation" angeklickt wurde.

Nun lässt sich je nach Zeit, Dringlichkeit und momentanem Interesse entweder der ganze Artikel lesen oder der entsprechende Gliederungspunkt am Beginn (blau gekennzeichnet) direkt anklicken.
Im Augenblick steht eine klare Fragestellung zur Entscheidung an, der Punkt „Entlassung nach Hause nach Asthma-Anfall" bringt rasch die erforderliche Information.

In der Hausarztpraxis geht es sehr häufig um die richtige Nachbetreuung, um Umgang mit Dauertherapien, chronischen Krankheiten, Medikationen und deren Neben- und Wechselwirkungen. Auch hier bieten die Guidelines Hilfestellung und aktuelle Information.

PRAXISBEISPIEL METHOTREXATTHERAPIE

Ein 30-jähriger Patient mit neu diagnostizierter chronischer Polyarthritis wird an einer Rheumaambulanz auf Methotrexat eingestellt und kommt mit dem Befundbericht in die Ordination.
Ich möchte mich rasch vergewissern, welche Kontrolluntersuchungen in welchen Abständen wirklich nötig sind.

Wie immer habe ich die „Guidelines“ gleich in der Früh aufgemacht und in die Taskleiste auf meinem Ordinationscomputer gelegt. Ich kann sie nun sofort aktivieren, gebe „Methotrexat“ in das Suchfenster ein und klicke bei den Treffern auf das entsprechende Ergebnis:

Eigentlich wollte ich mich gleich direkt in den Gliederungspunkt „Kontrollen der Laborwerte“ einklicken und die erforderlichen Termine mit dem Patienten vereinbaren:

Nun aber, nachdem mein Blick den Abschnitt „Schwangerschaft und Stillperiode“ gestreift hat, nutze ich gleich die Gelegenheit, den relativ jungen Patienten nach einem eventuellen Kinderwunsch zu befragen und ihn darauf aufmerksam zu machen, dass auch Männer vor einer geplanten Schwangerschaft Methotrexat absetzen müssen – woran ich möglicherweise in diesem Moment nicht unbedingt gedacht hätte.
Ich nutze nun auch noch gleich die Gelegenheit, mich anhand der Liste der Nebenwirkungen zu versichern, dass der Patient ausreichend informiert ist.
Der gesamte Vorgang der Informationsbeschaffung hat knapp eine Minute gedauert.

Die Guidelines enthalten Artikel zu Symptomen (wie z.B. „Schwindel“, die verschiedenen Kopfschmerztypen, Fieber unbekannter Ursache, anhaltender Husten, Beinödeme ...), zu Krankheitsbildern und Notfallsituationen und Artikel, die sich mit Betreuung und Begleitung befassen (Überprüfung der Medikation älterer Patienten, die Auswirkung einer psychischen Erkrankung auf die Entwicklung des Kindes, Betreuung eines Patienten mit rheumatoider Erkrankung), um nur einige wenige aus insgesamt über 1.000 Artikel zu nennen.
Dazu gibt es Kurzvideos, Rechner, Algorithmen, Audiobeispiele und jede Menge Links zur zugrundeliegenden Evidenz – bis in die Volltexte der Cochrane Library hinein.

Das Original der „EbM-Guidelines“ ist in Finnland entstanden und wird dort gewartet und weiterentwickelt. Alljährlich werden rund 500 Artikel aktualisiert und neu entstehende Evidenz und Erfahrung eingearbeitet. Ein Team der ÖGAM organisiert die Übersetzung und vor allem die Adaptierung der Empfehlungen an unser Gesundheitssystem.
Die ÖGAM betreibt dieses Projekt nun seit 14 Jahren und hat damit eine Vorreiterrolle im gesamten deutschsprachigen Raum: Die Guidelines werden auch in Deutschland, der Schweiz und Südtirol geschätzt und genützt.
Wir hoffen, auch Ihnen ein Werkzeug für Ihre praktische Arbeit zu bieten, das Ihr Vergnügen am Beruf und Ihr Sicherheitsgefühl befördert, und freuen uns über rege Nutzung.

Die EbM-Leitlinien enthalten über 1.000 Artikel zu den verschiedensten Krankheitsbildern

Dr. WOLFGANG HOCKL
Arzt für Allgemeinmedizin, Enns
office@hockl.at

Die Politik muss in die Gänge kommen!

DASS DIE ALLGEMEINMEDIZIN mit all ihren Facetten ein Traumberuf ist, steht für Dr. Gert Wiegele, Obmann-Stellvertreter der Bundeskurie niedergelassene Ärzte, außer Frage. Dringend gefordert werden die Lehrpraxis und neue Arbeitszeitmodelle, um den Beruf auch für junge Kollegen wieder attraktiv zu machen.

Redaktion: Mag. Simone Peter, Dr. Hannelore Nöbauer

ÄRZTE KRONE: Herr Dr. Wiegele, was wäre Ihrer Meinung nach notwendig, um den Hausarztberuf wieder zu einem Traumberuf zu machen?

GERT WIEGELE: Man muss bei vielen Dingen ansetzen. Der Beruf ist für jemanden, der Hausarzt werden möchte, an sich ein Traumberuf! Viele Studenten wissen noch nicht, welchen Weg der Medizin sie gehen wollen. Über die Allgemeinmedizin gibt es sehr viele negative Meldungen. Man sagt, es sei viel Arbeit, viel Administration und viel EDV und es müssen oft Nachdienste/Bereitschaftsdienste gemacht werden. Wie es wirklich ist, wissen die Studenten nicht, auch das klinisch-praktische Jahr hilft nicht, weil es ja ein klinisches Jahr ist, in dem sie die Arbeit, die im niedergelassenen Bereich geleistet wird, nicht ausreichend kennen lernen. Nur wenige haben die Gelegenheit, in einer Lehrpraxis zu arbeiten und zu erfahren, wie schön es eigentlich in der niedergelassenen Praxis ist. In dieser Arbeit gibt es natürlich Höhen und Tiefen. Wenn man weiß, dass er 60–70% der Menschen primär versorgt, ist das eine gewaltige Aufgabe, die der Berufsstand des Allgemeinmediziners auf sich nimmt.

Ich glaube, dass es vielleicht die Generation Y ist, die einen anderen Zugang zum Beruf hat und andere Schwerpunkte setzt, als die Generation vor 20, 30 Jahren, wodurch der Beruf unattraktiv wurde. Auch angesichts der laufenden Diskussion um Primary Health Care habe ich immer das Gefühl, man hungert uns absichtlich aus – man will das System des Arztes „entärztlichen“ und andere Gesundheitsberufe durch Erweiterung der Berufsbilder in das System einbringen, weil geglaubt wird, es wird dadurch besser oder billiger. Untersuchungen der JAMÖ oder eine Turnusärztebefragung aus Vorarlberg zeigen, dass sich junge Ärzte nicht vorstellen können, Allgemeinmediziner zu werden, weil der Ruf immer schlechter wird. Ihnen müsste man eigentlich die Möglichkeit geben, den Beruf kennen zu lernen und ihnen zeigen, dass die Urmedizin eigentlich die Generalmedizin ist. Mir tut es von Herzen weh, dass der Ruf so schlecht ist.

In Kärnten beispielsweise gibt es eine Kassenstelle in Bleiberg. Das ist durchaus eine attraktive Stelle in der Nähe von Villach, natürlich Landarzt mit 1.300 Krankenscheinen, die niemand nimmt! 13 Kollegen haben sich beworben, wurden gereiht und haben sich nach der Reihe von den ursprünglichen Zusagen verabschiedet, weil sie einen anderen Job oder Kinder mit Familie haben. Das ist auch ein wichtiger Punkt: die Verweiblichung unseres Berufsstandes.

Dr. Gert Wiegele

Das heißt, man müsste da in der Praxis reagieren, weil Mütter andere Arbeitszeiten brauchen?

Natürlich! Man muss die Zusammenarbeitsformen nicht nur theoretisch erwägen, sondern auch praktisch ermöglichen. Nehmen wir das Beispiel einer exponiert gelegenen Stelle, die niemand übernehmen möchte, weil die Belastung einfach zu groß wäre. Hier muss politisch reagiert werden, wenn man die Versorgung aufrecht erhalten will und das Einkommen an dieser Stelle so gestaltet werden, dass es auch durch zwei oder sogar drei geteilt werden kann.

Oder taugliche Gruppenpraxen machen?

Ganz genau. Wie man jetzt aber von der Sozialversicherung hört, sollen Abschläge gemacht werden. Wenn ich allerdings als Arzt mehr Qualität in der Versorgung und mehr Zeit anbiete, kostet das eventuell auch mehr. Die Konsequenz sieht man in Kärnten: Seit 22 Jahren gibt es den 24-Stunden-Bereitschaftsdienst, der vom Land bezahlt wird. Er ist in letzter Zeit in Diskussion geraten – Stichwort Überalterung: Mit 30, 40 Jahren ist es noch ein Leichtes, eine Nacht durchzuarbeiten. 60% meiner Kollegen sind aber in meinem Alter und mit 60 fällt das schon schwer. Wir haben jetzt daher Probleme, den Bereitschaftsdienst zu besetzen. In meinem Sprengel sind wir glücklicherweise zu siebt, es gibt aber auch Sprengel, in denen die Ärzte nur zu zweit oder dritt sind. Dort hat man jeden zweiten Tag Bereitschaftsdienst und muss jedes zweite Wochenende arbeiten – das schafft kein Mensch!

Nun müssten Vertreter gefunden werden, die aber immer rarer werden, da die fertigen Turnusärzte das nicht mehr machen wollen. Das führt dazu, dass wir unsere Dienste einschränken müssen oder, wenn wir Pech haben, ganz aufhören müssen. Dann müssen die Patienten erst recht ins Krankenhaus, das ja eigentlich entlastet werden sollte. Auch die Probleme, Hausapotheken übernehmen zu können, sind nicht förderlich, da sie doch sehr oft ein nicht unverzichtbares wirtschaftliches Standbein darstellen, speziell bei kleineren Ordinationen. Bei mir z.B. macht die Hausapotheke 10–15% meines Einkommens aus.

Was finden Sie denn selbst am schönsten an Ihrem Hausarztberuf?

Am schönsten finde ich eigentlich die jahrelange und generationenübergreifende Betreuung meiner Patienten. Oft kenne ich sie von Kindesbeinen an und betreue jetzt nicht nur sie, sondern auch schon ihre Kinder. Mir ist die ganze Familie bekannt, und ich bin

selbst zu einem gewissen Grad in ihr soziales Umfeld eingebettet, was sehr schön ist. Natürlich hat sich die Beziehung zu den Patienten im Laufe der Jahre gewandelt: Früher hat das, was der Hausarzt gesagt hat, zu 100% gegolten. Heute sind die Menschen informierter und kritischer und übernehmen zum Glück teilweise auch mehr Verantwortung für sich und ihre Gesundheit oder Krankheit. Dennoch kommen die Leute nach wie vor einfach mit vielen Dingen zu mir und fragen mich um meinen Rat, wenn sie z.B. nicht wissen, ob sie eine Operation durchführen lassen sollen oder nicht. So ein Gespräch kann auch eine Viertelstunde dauern, in der es weniger um das Medizinische geht, sondern darum, in Kenntnis der Lebensgeschichte der Patienten zu einem gemeinsamen Schluss zu kommen. Das sind die schönen Dinge meines Berufs.

Ich als Landarzt mache alles von Wundversorgung über Schlingenresektionen von Warzen über Schleimbeuteloperationen. Am Beginn meiner Tätigkeit hatte ich sogar noch drei Hausgeburten. Das ist auch ein großer Unterschied zwischen Stadt und Land. In Wien z.B. spielt sich vieles im Überweisungsbereich ab, was am Land nicht geht. Auch in städtischen Lehrpraxen bekommt man ein ganz anderes Bild des Berufs als am Land, wo alles sehr breit gefächert ist. Das hängt natürlich auch vom Engagement ab. Wenn ich z.B. Wundversorgungen oder kleine Operationen mache, ist es nicht aufregend gut bezahlt, aber es macht mir Spaß. Andere wiederum machen Akupunktur oder Gesprächstherapie. Zusätzlich zu meiner Basistätigkeit wie der Versorgung von älteren Menschen, Heimbetreuung von älteren Menschen kann ich mich also noch auf vielfältigste Weise spezialisieren. Das ist sehr befriedigend.

Welchen Rat könnten Sie jungen Kollegen und Studenten mitgeben?

Also für mich wäre die Lehrpraxis wirklich wichtig. In allen europäischen Ländern lernt man den Job für zwölf oder 24 Monate fast wie einen Lehrberuf beim Niedergelassenen. Unsere Tätigkeit lernt man nun einmal in der Praxis und nicht im Krankenhaus. Diese Jungärzte sind bezahlt, leben den Job mit und kommen wirklich auf den Geschmack. Bei uns werden österreichweit nur 800.000 Euro zur Lehrpraxisförderung zur Verfügung gestellt. Wir bräuchten aber etwa zwölf Millionen Euro, um flächendeckend 250–300 Praxen bespielen zu können. Dann hätten Lehrender und Lernender was davon. Mit dem jetzigen Budget, das in den Bundesländern aufgeteilt wird, können z.B. in Kärnten sechs Stellen für 36 oder 42 Monate zu je 800 Euro betrieben werden. Der Kollektivvertrag, den wir mit beiden Kurien abgeschlossen haben, ist natürlich wesentlich höher, weil man von diesem Geld nicht gut leben kann. Die zwölf Monate Lehrpraxis müssten einfach generalisiert und gut finanziert werden. Der Lehrende muss ein Curriculum erfüllen und hat Verantwortung. Wenn der Turnusarzt Untersuchungen macht oder angeordnet Leistungen erbringt, soll das für die Sozialversicherung verrechenbar sein. Derzeit dürfen Leistungen nicht delegiert werden – schreibt also der Lehrpraktikant ein EKG, kann es nicht verrechnet werden.

Kann man denn vom Finanziellen her als Hausarzt gut leben?

Ja, schon, aber zwischen dem Durchschnittseinkommen eines praktischen Arztes und dem mancher Fachgruppen liegen Welten. Das soll jetzt keine Neiddebatte sein! Es gibt sicher Großpraktiker die sehr gut verdienen, weil die Menge an Patienten da ist und dann aber kleine Ordinationen, die kein gutes Einkommen haben. Ich glaube aber, man kann von dem Job leben und seine Familie erhalten, auch wenn die Degressionen die Arbeit zum Teil unattraktiv machen (für einen Hausbesuch bekomme ich z.B. nur 30,60 Euro).

Gibt es etwas, das Ihnen besonders am Herzen liegt?

In der Sektion für Allgemeinmedizin, von der ich Obmann bin, haben wir ein Positionspapier zum Thema Primary Health Care entwickelt. Das Thema wurde natürlich auch im Rahmen der Gesundheitsreform diskutiert. In den Bundes- und Landes-Zielsteuerungsverträgen steht, was die Politik haben will, aber nicht, was Patienten und Ärzte wollen. Es gab das Primary-Health-Care-Board, in dem alle Gruppen vom Patientenanwalt bis zu den Pflegeberufen eingeladen waren – erstmalig waren vor Kurzem auch die Ärzte bei den Verhandlungen dabei. Dann ist plötzlich das Ennser Modell aufgetaucht. In diesem Primärversorgungs-Pilotprojekt gibt es ein multiprofessionelles Team, das auf Augenhöhe miteinander arbeiten soll. Das Kernteam besteht aus einem Allgemeinmediziner, einer diplomierten Krankenschwester und einer Ordinationshilfe, von denen immer zumindest einer telefonisch erreichbar sein muss.

Derzeit triagiere ich als Hausarzt die Patienten und behandle entweder selbst oder überweise. Im Primary-Health-Care-Modell wird der Hausarzt entwertet, es geht nur noch um Gesundheitsdienstanbieter. So wie im Krankenhaus wird dort auch in „Arztäquivalenten“ gerechnet. Die Politik glaubt, dass sie dadurch billiger kommt. Was sie aber nicht bedenkt, sind die Berechnungen der EU, nach denen wir bis 2020, 2025 aufgrund des Generationenwechsels 200.000–230.000 Ärzte mehr brauchen und zusätzlich 600.000 Gesundheits- und Pflegepersonen. Die haben wir schlichtweg nicht!

Derzeit produzieren wir in Österreich Ärzte und die Hälfte verschwindet während der Ausbildung oder danach ins Ausland, weil sie dann bessere Ausbildungsmöglichkeiten und Gehälter haben. Dort gibt es natürlich auch die Lehrpraxis.

In Vorarlberg werden den Turnusärzten, weil sie keine mehr finden, Jahresgehälter mit Zuzugsprämien garantiert, mit Gratis-Wohnungen etc. Wir könnten jetzt beruhigt sein und sagen, Ärzte wird man also immer brauchen. Aber das wird eng – bereits jetzt gibt es einen Ärztemangel und zwar einen selektiven regionalen oder fachlichen Ärztemangel. Das ist kein Wunder, denn wir haben sowohl beim Studieren (aufgrund der durch Aufnahmetests regulierten niedrigen Rate) als auch in den Krankenhäusern einen Flaschenhals.

Unsere Jungärzte bleiben also nicht in den Krankenhäusern Österreichs?

Genau. Sie gehen ins Ausland oder in andere Berufe. Die größte Katastrophe ist, dass den Turnusärzten, die jetzt dringend gesucht werden, sofort eine Facharztausbildung angeboten wird. Sie machen kein Jus practicandi mehr, was heißt, dass es à la longue keine Allgemeinmediziner mehr geben wird.

Daher nochmals mein Appell: Wir brauchen neue Arbeitszeitmodelle und Lehrpraxen in Österreich, die ausreichend gefördert werden. Nur so sehen die Jungen, wie schön der Beruf des Allgemeinmediziners ist und sammeln die Erfahrungen, die sie für eine Niederlassung brauchen.

Danke für das Gespräch!

Disease Management am Beispiel Diabetes

MENSCHEN mit chronischen Erkrankungen brauchen eine zentrale koordinierende Behandlungsstelle, die Übersicht über die Behandlung und die Untersuchungen behält. Eine strukturierte Betreuung im Praxisteam wird durch Betreuungsprogramme wie das DMP Diabetes Typ 2 erleichtert.

HERAUSFORDERUNG CHRONISCHE KRANKHEIT

Der Umgang mit chronischen Krankheiten ist sowohl für die betroffenen Menschen als auch für das Gesundheitssystem und nicht zuletzt auch für uns Allgemeinärzte eine Herausforderung. Wer eine chronische Krankheit hat, hat meist mehrere. Behandlung und Betreuung von chronisch Kranken und Multimorbiden sind Kerngebiet und Kernkompetenz der Hausarzt- und Familienmedizin: Die Allgemeinmedizin ist das Fach, das die erforderliche fachliche Breite hat, um mit allen Aspekten der unterschiedlichen Krankheiten zusammenschauend und mit Blick auf den ganzen Menschen umgehen zu können, denn die Allgemeinmedizin ist spezialisiert auf den ganzen Menschen. Die hausärztliche Tätigkeit ermöglicht Langzeitbeziehung, Kenntnis des Umfelds des Patienten, seiner Wertvorstellungen und sozioökonomischen Verhältnisse, seiner Familie und seiner Vorgeschichte. Damit sind wesentliche Voraussetzungen für eine vertrauensvolle, solide Arzt-Patient-Beziehung, die für die erfolgreiche Betreuung und Behandlung chronisch kranker Menschen unabdingbar ist, gegeben.
Qualität in Behandlung und Betreuung von chronischer Krankheit ist anders zu sehen als in der Akutmedizin. Es geht dabei meist nicht um rasche und effiziente Behebung des aktuellen Zustands, außer bei akuten Komplikationen. Das Ziel ist gutes Leben mit der Krankheit, also die Verhütung von Komplikationen und Verzögerung des Fortschreitens, Krankheitsbewältigung und das Einfügen der Krankheit in ein möglichst normales Leben. Dieses ist nur zu erreichen, wenn die vielen Faktoren in ihrem Zusammenspiel beachtet werden, beim Diabetes etwa: Blutdruckeinstellung, Bewegung, Gewicht, Blutfettprofil, psychische Situation etc. Die Senkung eines einzelnen Risikofaktors, eines isolierten Parameters (wie beim Diabetes z.B. des HbA_{1c}) hat sich als nicht zielführend erwiesen.
Gute Betreuung chronisch Kranker muss daher vorausschauend und strukturiert erfolgen. Sie ist eine eigene Kompetenz mit einer veränderten Methodik, die sich in der jüngeren Vergangenheit entwickelt hat, und sich weiter entwickelt.

- Qualität in der Behandlung chronisch Kranker ist nur in Zusammenarbeit mit den Patienten, und in der Betreuung im Team zu erreichen.
- Ein Programm zur strukturierten Betreuung, wie z.B. ein Disease-Management-Programm (DMP), stärkt und erleichtert die mitverantwortliche Einbindung des betroffenen Menschen.
- Es erleichtert und begünstigt die Teambildung innerhalb der Praxis und die Vernetzung der Versorgung mit anderen Fachgebieten und Gesundheitsberufen, da es einerseits eine klare Führungsstruktur voraussetzt, andererseits die Delegierung von einzelnen Aufgaben.

VON DER BEDEUTUNG VON TEAMARBEIT UND STRUKTURIERTER BETREUUNG

Diabetiker brauchen, wie die meisten chronisch Kranken, eine zentrale koordinierende Behandlungsstelle, die den Überblick über alle vorhandenen Krankheiten und Besonderheiten (Unverträglichkeiten etc.) behält, für Koordination und Planung von nötigen Untersuchungen – und den Schutz vor unnötigen Untersuchungen zuständig ist, wo die Zusammenschau aller Behandlungsmaßnahmen und Medikationen geschieht.
Das ist auch für ein gutes Team keine leichte Aufgabe – Zeit ist in der Hausarztpraxis Mangelware, Planung schwierig angesichts der vielen akuten Ereignisse und Unterbrechungen.
Hilfreich sind Betreuungsprogramme, wie das Disease-Management-Programm Diabetes Typ 2 („DMP DM 2“), weil sie eine klare Struktur vorgeben und die Praxisorganisation unterstützen.

„THERAPIE AKTIV" – DISEASE MANAGEMENT DIABETES MELLITUS TYP 2

Ein DMP ist ein Betreuungs- und Behandlungsprogramm, das sich aktiv um den Patienten und seine chronische Krankheit kümmert, statt zu warten, ob und wann der Patient von alleine kommt, und wie viel Zeit dann gerade ist. Es hilft auch dabei, dass nicht im üblichen Praxistrubel auf die notwendigen Untersuchungen und Kontrollen zum rechten Zeitpunkt vergessen wird. Auch ist der Umfang der benötigten Zeit für die geplanten Termine in etwa bekannt, was die Zeiteinteilung erleichtert, und auch der Patient weiß, was ihn bei Untersuchung und Gespräch erwartet.
Das österreichische „Therapie aktiv“-Programm Diabetes hat folgende Bestandteile:

- Unterlagen für Patienten (Anleitungen und Tipps, Informationsmaterial und Patientenpass) und Ärzte (Behandlungspfade entsprechend dem Stand der Wissenschaft)
- Ärzteschulung
- Patientenschulung
- Vielfach werden auch Schulungen für Ordinationsassistentinnen angeboten

Das „Therapie aktiv"-Programm Diabetes kann dabei helfen, den Überblick über alle Erkrankungen und Behandlungsmaßnahmen zu bewahren

So läuft es ab:

- Patienten, die die Kriterien erfüllen, werden informiert und bei Zustimmung eingeschrieben (schriftlich oder elektronisch). Kriterien sind die Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 und die geistige und körperliche Fähigkeit, am Programm teilzunehmen.
- Kontrollen und Untersuchungen erfolgen regelmäßig und geplant. Üblicherweise in dreimonatigen Abständen, Minimum ist einmal pro Jahr. Kontrolliert werden
  - Blutdruck (am besten in Form von Selbstmessungen – ein Vergleich des Patientengerätes mit dem in der Ordination ist dringend zu empfehlen)
  - Gewicht
  - Laborwerte (Blutzucker, HbA_{1c}, Fette, Nierenfunktion)
  - Zustand der Füße (Durchblutung, Funktion der Nerven)
- Zwischen Patient und Arzt werden jedes Mal Ziele vereinbart, die bis zum nächsten Termin erreicht werden sollten. Diese Ziele betreffen
  - Blutdruckeinstellung
  - Blutfettwerte
  - Blutzuckerwerte („HbA_{1c}")
  - Gewicht
  - Lebensstilfaktoren wie Rauchen, Ernährung und Bewegung
- Wenn die Aufgaben im Team gut verteilt und organisiert sind, bleibt für das Gespräch ausreichend Zeit.
- An Dokumentationserfordernissen gibt es lediglich ein zweiseitiges Formular, das einmal jährlich auszufüllen und abzusenden ist. Das kann elektronisch gemacht werden, entweder über die Ordinationssoftware (bei den meisten Anbietern kostenpflichtig), oder einfach über die Ginabox.

Die Verantwortung für das Erreichen der Ziele teilen sich Arzt und Patient: Durch eine geeignete Behandlung muss der Arzt die Voraussetzungen schaffen, dass der Patient erfolgreich das Seine tun kann. Wichtig ist, dass die Ziele so gewählt werden, dass sie erreicht werden können: Nichts ist so motivierend wie Erfolg – wiederholte Niederlagen schlagen auf die Stimmung und sind demotivierend. Dieses Programm verlangt nach Teamarbeit, sonst ist es sehr schwer zu organisieren – und vor allem macht es im Team sehr viel mehr Freude. Nicht nur können die Aufgaben geteilt werden, es verlangt auch nach Austausch von Information und Erkenntnissen und damit Gemeinsamkeit und mehr Qualifikation.

WELCHE AUFGABEN KÖNNEN ORDINATIONSASSISTENTEN ÜBERNEHMEN?

Die Assistentinnen haben sehr guten, vertrauensvollen Kontakt zu Patienten. Sie können sie auf das Programm aufmerksam machen (Risikogruppen, Medikamentenabholer) und sie zur Teilnahme motivieren.

Je nach Ausbildung ist vielfältige Teilnahme an der medizinischen Betreuung durch die Assistentin möglich, von Blutdruckmessen, Gewichtskontrolle, EKG, Blutabnahme bis hin zu einzelnen Aspekten des Beratungsgesprächs.

Wenn sich beim Blutdruckmessen oder Wiegen oder bei der Vorbereitung zu Untersuchungen Zeit für entspanntes Plaudern zwischen Assistentin und Patient findet, kann Sicherheit vermittelt und motiviert werden. Viele wertvolle Information über Schwierigkeiten und Lebenswirklichkeit werden in dieser Situation gewonnen und können mit dem Arzt besprochen werden.

HILFSMITTEL DIABETESPASS

Die ÖGAM hat in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Diabetesgesellschaft (ÖDG) und dem Hauptverband einen handlichen „Diabetespass" entwickelt, der beim Patienten bleibt, und neben einigen Informationsseiten eine gute Dokumentationsmöglichkeit bietet. Die wichtigsten Werte und Untersuchungen können übersichtlich eingetragen werden, sodass für Arzt und Patient ein Überblick über den Verlauf eines ganzen Jahres und über die vereinbarten Ziele möglich ist. Der Pass ist kostenfrei bei den Gebietskrankenkassen zu bekommen – auch für Ärzte, die nicht ins DMP eingeschrieben sind.

WIE WIRD MAN DMP-ARZT?

Dazu ist eine kurze Schulung nötig, die entweder in Form eines e-Learnings, oder in einer Anwesenheitsschulung erfolgen kann, die in den Bundesländern, wo das Programm ausgerollt ist, immer wieder stattfindet und bei Ärztekammer oder Gebietskrankenkasse erfragt werden kann.

Die Schulung umfasst vor allem die organisatorischen Aspekte sowie eine kurze Vorstellung der derzeit gültigen Empfehlungen für Behandlungspfade.

Kein offizielles DMP gibt es derzeit in Kärnten und Tirol, das Programm im Burgenland ist etwas anders organisiert, und in Niederösterreich wird es nicht über die Ärztekammer organisiert, sondern über einen Verein. Zu erfragen sind die jeweiligen Bedingungen ebenfalls entweder über die Landeskammern oder die Gebietskrankenkassen.

Dr. SUSANNE RABADY
Vizepräsidentin der ÖGAM
Ärztin für Allgemeinmedizin, Windigsteig
susanne@rabady.at

© shutterstock.com

Zusammenarbeit „leicht gemacht“

GRUPPENPRAXEN, wie sie in Oberösterreich bestehen, sind in vielen Punkten sinnvoll: durch geteilte Praxen wird die Arbeitsbelastung gesenkt, und durch Nachfolgepraxen wird eine geordnete Übergabe an einen Nachfolger ermöglicht, bei der sich der Senior nach und nach zurückzieht.

IN OBERÖSTERREICH gibt es verschiedene Modelle von Gruppenpraxen. Diese sind vertraglich mit der Gebietskrankenkasse und der Ärztekammer vereinbart und bewähren sich seit Jahren sehr. Sie werden von den anderen Krankenkassen akzeptiert. Es war gar nicht so einfach, auf Basis der bestehenden Gesamtverträge, die nur auf Einzelpraxen zugeschnitten sind, juristische Wege für die Gruppenpraxen zu schaffen.
Der Sinn dieser Gruppenpraxen ist einerseits, Möglichkeiten für Teilzeitarbeit zu schaffen, andererseits, eine geordnete Praxisübergabe an einen Nachfolger zu ermöglichen, wobei sich der Senior bereits durch eine Reduktion der Arbeitszeit allmählich auf die Pension einstimmen kann. Weitere Vorteile sind Regeln für die Höhe der Ablösesumme und eine sehr weitgehende Steuerung der Bewerberauswahl durch den Senior.

Wir haben in Oberösterreich die Wahl zwischen vier Modellen:
Modell 1 – „Gemeinschaftspraxis“
Modell 2 – „Bruchstellenpraxis“
Modell 3 – „Job Sharing“
Modell 4 – „Nachfolgepraxis“
Die Modelle 2 und 3 können in das Modell 4 übergeführt werden.
Seniorarzt: Für dieses intrapensionelle Modell gibt es noch keine Vereinbarung zwischen Ärztekammer und Gebietskrankenkasse.

Für die Modelle 1–4 ist die Gründung einer OG (= Offene Gesellschaft) die rechtliche Basis.
Die OÖ Ärztekammer hat eine Liste von Vertragserrichtern (Anwälten und Steuerberatern bzw. Wirtschaftstreuhändern) zusammengestellt und dabei auch deren Preisangebote angegeben. Diese Liste steht auf der Website www.aekooe.or.at zur Verfügung.
Da die juristischen, organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen für eine Gruppenpraxis eines erheblichen Aufwandes und einer genauen Abwicklung bedürfen, ist eine ausführliche Beratung durch die OÖ Ärztekammer unumgänglich.
Es folgt jetzt eine Beschreibung dieser Modelle im Sinne eines Überblickes, damit eine Orientierung möglich ist. Detailinformationen finden Sie auf der Website der Oberösterreichischen Ärztekammer www.aekooe.or.at/cms/index.php?id=35. Die folgende Beschreibung der Modelle 1 bis 4 ist weitgehend – aber nicht immer wörtlich – den Unterlagen der OÖ Ärztekammer entnommen.

MODELL 1 – GEMEINSCHAFTSPRAXIS

Zwei Kassenärzte schließen ihre Kassenordinationen in Form einer Gruppenpraxis OG zusammen. Voraussetzung ist allerdings auch, dass der Sitz der Gruppenpraxis im selben Versorgungsgebiet wie die beiden bisherigen Einzelpraxen liegt.

Die Honorierung erfolgt gemäß den Bestimmungen des Gesamtvertrages, wobei die Limitierungen entsprechend „verdoppelt“ werden. Dies gilt für die Modelle 1–4.
Die Ablöse ist zwischen den Vertragspartnern der Gruppenpraxis frei zu vereinbaren.

MODELL 2 – BRUCHSTELLENPRAXIS

Das Modell 2 ist die Erweiterung einer vollen bestehenden Vertragsarztstelle, wenn ein entsprechender Zusatzbedarf festgestellt wird.
Eine Gruppenpraxis nach Modell 2 ist für Allgemeinmediziner nur in politischen Gemeinden möglich, in denen weniger als 10.000 Einwohner ansässig sind.
Es wird eine Stellenausschreibung nach der gültigen Punkteliste durchgeführt. Der Praxisinhaber hat die Möglichkeit, aus den vier erstgereihten Bewerbern den zukünftigen Gruppenpraxispartner auszuwählen. Ausgenommen von dieser Regelung sind nur ärztliche Ehegatten/eingetragene Partner: Diese können immer ausgewählt werden, auch wenn sie nicht unter den ersten vier (sondern auch auf hinteren Plätzen) gereiht sind. Es muss jedenfalls ausgewählt werden, ansonsten geht jegliche Berechtigung verloren, an Gruppenpraxismodellen teilzunehmen.

Bei Bedarf kann in Modell 2 zusätzlich zu einer vollen bestehenden Vertragsarztstelle ein zusätzlicher Arzt in die Ordination aufgenommen werden

© Syda Productions - Fotolia.com

Tab.: ÜBERBLICK								
Modell	**Name**	**Grundlage**	**Vorbereitungszeit**	**Bewerberauswahl**	**Dauer**	**Ende**	**Ablöse**	**Anmerkungen**
Modell 1	**Gemeinschaftspraxis**	**Zusammenlegung zweier bestehender Kassenverträge**	**Mindestens 9 Monate, besser 1 Jahr**	**Keine**	**Beliebig**		**Frei vereinbar**	**Limitierungen werden „verdoppelt“**
Modell 2	**Bruchstellenpraxis**	**Zusätzlich neue Kassenstelle**	**Mindestens 9 Monate, besser 1 Jahr**	**4**	**Beliebig, mindestens 1 Quartal**	**65. LJ**	**Vertraglich fixiert**	**Scheinzahl limitiert, Limitierungen gelockert**
Modell 3	**Job Sharing**	**Zwei Ärzte teilen sich eine bestehende Kassenstelle**	**Mindestens 9 Monate, besser 1 Jahr**	**4**	**Beliebig, mindestens 1 Quartal, sinnvoll aber nur bei längerer Dauer und – aus Sicht des Seniorpartners besonders dann, wenn damit ein bestimmter Juniorpartner gefördert werden soll**	**65. LJ**	**Vertraglich fixiert**	**Scheinzahl limitiert, Limitierungen bleiben wie in Einzelpraxis**
Modell 4	**Nachfolgepraxis**	**Der Seniorpartner bildet mit dem Juniorpartner eine Gruppenpraxis. Der Senior scheidet dann aus**	**Mindestens 9 Monate, besser 15 Monate**	**1**	**3–36 Monate**	**65. LJ**	**Vertraglich fixiert**	**Scheinzahl eingefroren, Limitierungen bleiben bestehen**
Die Modelle 2 und 3 können in Modell 4 übergeführt werden								

Für jede Gruppenpraxis gilt, dass diese mit dem Quartal endet, in welchem der Seniorpartner das 65. Lebensjahr vollendet.
Zwingend vor Beginn der Gruppenpraxis, d.h. bereits bei Ausschreibung muss angegeben werden, für welchen Zeitraum die Gruppenpraxis betrieben werden soll.
Bei Ablauf dieses Zeitraumes verliert die Gruppenpraxis ihren Kassenvertrag und automatisch lebt der Einzelkassenvertrag des Seniorpartners wieder auf. Eine Übertragung des Kassenvertrages an den Juniorpartner ist im Modell 2 nicht möglich. Soll nach Ende des Modells 2 wieder eine Gruppenpraxis, egal nach welchem Modell (ausgenommen Modell 1), gegründet werden, dann hat wieder eine Ausschreibung zu erfolgen.
Es ist jedoch davon auszugehen, dass regelmäßig der bisherige Juniorpartner bei der nachfolgenden Ausschreibung des Modells 4 erstgereiht sein wird, da die Punkteliste für die Mitarbeit in der konkreten Gruppenpraxis eigens Punkte vorsieht, die nur der Partner erreichen kann, der genau in dieser Gruppenpraxis mitgearbeitet hat.
Zur Verhinderung von überhöhten Ablösezahlungen wurde vertraglich ein fix vorgegebenes objektives Bewertungsverfahren samt Berechnungsmodalitäten festgelegt. Es sind nur Ablösezahlungen zulässig, die sich aufgrund dieses Bewertungsverfahrens ergeben.
Dies gilt auch für die Modelle 3 und 4.
Der Juniorpartner muss einen Mindestanteil von 30% an der Gruppenpraxis erhalten. Um die bedarfsorientierte Begrenzung der Patientenzahl zu gewährleisten (es wurde ja nur ein Bruchteil einer Stelle ausgeschrieben und nicht eine ganze Stelle), erfolgt eine aliquote Erhöhung der bisherigen Patientenzahl, ausgehend vom Durchschnitt des letzten vollen Kalenderjahres der bestehenden Vertragsarztstelle. Erreicht die Patientenfrequenz die so errechnete Höchstgrenze, ist die Gruppenpraxis berechtigt, weitere Patienten (ausgenommen Notfälle) abzulehnen.

MODELL 3 – JOB SHARING

Zwei Ärzte teilen sich eine bereits bestehende Kassenvertragsstelle für einen bestimmten Zeitraum.
Für das Modell 3 gelten hinsichtlich Dauer, Verlängerung, Stellenausschreibung, Bewerberauswahl, Ablöse, Mindestanteil, Beendigung etc. die Regeln des Modells 2.
Um die bedarfsorientierte Begrenzung der Patientenzahl zu gewährleisten und als Schutz vor Fallverlusten der umliegenden Ärzte mit Einzelkassenvertrag erfolgt ein „Einfrieren“ der bisherigen Patientenzahl, in der Form, dass die Gruppenpraxis nicht mehr Fälle erbringen darf, als der Seniorpartner im letzten vollen Kalenderjahr vor Beginn der Gruppenpraxis erbracht hat („Limitierungen“). Es gibt allerdings jährliche Anpassungen.
Umstieg auf Modell 2:
Auf Antrag der Gruppenpraxis ist ein Umstieg einer Gruppenpraxis nach Modell 3 in eine Gruppenpraxis nach Modell 2 (und damit eine Erhöhung der Scheinanzahl) ohne neuerliche Ausschreibung dann möglich, wenn die Gruppenpraxis nach Modell 3 bereits drei Jahre bestanden hat und Kammer und Kasse im Einvernehmen einen Bedarf nach Erhöhung der Scheinzahl feststellen.

MODELL 4 – NACHFOLGEPRAXIS

Nachfolgepraxis bedeutet, dass der bisherige Kassenstelleninhaber (Seniorpartner) eine Gruppenpraxis für die Dauer von mind. drei bis max. 36 Monate gemeinsam mit einem neuen Partner (Juniorpartner) betreibt und dann der Seniorpartner ausscheidet und der Juniorpartner alleine die Praxis mit Kassenvertrag weiterführt. Eine Stellenausschreibung nach der gültigen Punkteliste muss durchgeführt werden. Der Erstgereihte muss grundsätzlich die Stelle erhalten. Es war aber bisher immer so, dass der Juniorpartner des Modells 3 der Erstgereihte war. ▶

Für das Modell gelten hinsichtlich Dauer, Verlängerung, Stellenausschreibung, Bewerberauswahl, Ablöse, Mindestanteil, Beendigung etc. die Regeln des Modells 2, und für die Scheinzahl und Limitierungen die Regeln des Modells 3.

MODELL SENIORARZT

Für Ärzte, die in die Regelpension gehen, soll es vertraglich möglich werden, der medizinischen Versorgung unseres Landes teilweise noch durch Teilzeitarbeit in der Kassen- oder Wahlarztpraxis erhalten zu bleiben.
Die Ziele:

- Dem drohenden Ärztemangel entgegenwirken
- Die Ärzteschaft signalisiert damit in der Öffentlichkeit, dass sie gewillt ist, einen sofort wirksamen Beitrag zur Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung in Österreich zu leisten
- Wissenstransfer: durch Einbringung der medizinischen Erfahrung
- Leistungsvielfalt: Diplome der Ärztekammer können durch den wiedereintretenden Arzt angewendet werden.
- Positive Aspekte für die Aktivpensionisten:
  - Die Mischung von Beruf und vermehrter Freizeit ist ein neues Lebensgefühl
  - Der Umstellungsprozess von Berufsleben in die Pension wird wesentlich erleichtert
- Entlastung der Praxisinhaber:
  - durch Aufteilung der Ordinationszeiten

Pensionierte Ärzte können ihre jüngeren Kollegen durch Teilzeitarbeit unterstützen

Dr. FRANZ BURGHUBER
pensionierter Kassenarzt für Allgemeinmedizin,
Wahlarzt, Rohrbach

© contrastwerkstatt - Fotolia.com

Dank den Gruppenpraxenmodellen in Oberösterreich müssen Ärzte keine „Alleinkämpfer“ mehr sein

„Uns Studenten fehlt oft der Einblick“

WÄHREND KLINISCHE FÄCHER vom ersten Semester an präsentiert werden, bleibt die Allgemeinmedizin eher im Verborgenen. Das könnte sich ändern, wenn niedergelassene Hausärzte als Lehrende an der Universität Einblick in ihr doch vielseitiges „Fach“ geben würden. Auch Praktika vermitteln einen guten Eindruck des interessanten Arbeitsspektrums.

ALS ANGEHENDE ÄRZTIN, momentan im vierten Semester, habe ich schon das eine oder andere Mal folgende Frage gestellt bekommen: „Welches Fach wirst du denn einmal machen?“ Chirurgin, Internistin, Gynäkologin oder doch Kinderärztin – um nur einige wenige meiner Ideen aufzuzählen. Aufgrund der vielfältigen Entscheidungsmöglichkeiten fällt es mir, auch bedingt durch meinen Studienfortschritt, sehr schwer, einen definitiven Entschluss zu fällen.

Interessehalber habe ich in meinen diversen Kleingruppen auch eben diese Frage an meine Kommilitonen gerichtet. Die Antworten hätten vielfältiger und ausgefallener nicht sein können, doch ganz genau festlegen wollte sich auch hier niemand. Schockiert musste ich jedoch feststellen, dass von ca. 50 Befragten nur eine Kollegin die Möglichkeit ins Auge fasst, Allgemeinmedizinerin zu werden und eine Praxis zu gründen. Mir stellte sich natürlich die Frage, weswegen meine Kolleginnen und Kollegen gar nicht in Betracht ziehen, Allgemeinmediziner zu werden, da dieses „Fach“ doch das präsenteste unter „gesunden Menschen“ sein sollte. Ich kam zu dem Ergebnis, dass uns als Studierenden der Einblick in das Schaffen und den Tätigkeitsbereich eines „Hausarztes“ schlichtweg fehlt.

KRANKENHAUSFÄCHER WERDEN SCHMACKHAFT GEMACHT

Bereits im ersten Semester beginnend lernen wir verschiedene Fachärzte des AKH Wien und auch externe Lehrende kennen, welche uns aus ihrem klinischen Alltag berichten, interessante Fälle vorstellen und die wir hin und wieder sogar auf ihre Stationen begleiten oder im Nachtdienst besuchen dürfen. So bekommen wir die durchaus spannende und für Studienbeginner wahnsinnig aufregende und neue Welt der klinischen Fächer wie z.B. Unfallchirurgie und Anästhesie gezeigt. Wir können Neonatologen und Gynäkologen begleiten und bekommen auf diese Art und Weise zumeist nur auf das Krankenhaus begrenzte Fächer schmackhaft gemacht. Leider gibt es kaum unterrichtende Allgemeinmediziner, die dasselbe tun könnten, daher bleibt uns hier der Einblick in deren oft genauso spannenden Praxisalltag verwehrt und wir fixieren uns sehr früh auf die Arbeit in einem Krankenhaus. Ich denke, dass dies einer der Hauptgründe für das „in Vergessenheit geraten“ des Arztes für Allgemeinmedizin ist.

MEHR EINBLICK IN DIE ALLGEMEINMEDIZIN WÜNSCHENSWERT

Weiters habe ich darüber nachgedacht, ob es Möglichkeiten gäbe, die Einstellung meiner Kolleginnen und Kollegen der Allgemeinmedizin gegenüber zu ändern beziehungsweise zu verbessern. Ich

denke, dass das mangelnde Interesse an dieser auch an der spärlichen Information und dem fehlenden Einblick in die Arbeit eines „Hausarztes“ liegt. Die Studenten wissen zwar, dass die Allgemeinmediziner mit Alltagsproblemen wie grippalen Infekten usw. konfrontiert werden, kaum jemand weiß aber von den Operationsvorbereitungen, Therapieplänen und allen anderen Aufgaben, die den Allgemeinmediziner zur Erstanlaufstelle für Patienten machen. Meiner Meinung nach sollten daher mehr niedergelassene Allgemeinmediziner als externe Lehrende angeworben werden, um ihre Erfahrungen und ihr Wissen mit uns zu teilen.

Des Weiteren würde ich mir in den nächsten Semestern mehr Vorlesungen und Seminare wünschen, in denen das Tätigkeitsprofil näher erläutert wird und in welchen man eventuell auch Fälle und Behandlungspläne mit niedergelassenen Fachärzten für Allgemeinmedizin besprechen kann, um einen Einblick in die Arbeitsweise und das Vorgehen bei bestimmten, häufigen Erkrankungsformen, wie z.B. Hypertonie, kennen zu lernen.

Ich würde mir außerdem ein Praktikum in einer Praxis wünschen, in welchem der Fokus nicht nur auf dem Beobachten liegt, sondern beispielsweise auch selbst Anamnesen erhoben oder einfache medizinische Tätigkeiten ausgeführt werden dürfen, um sich in die Arbeit der niedergelassenen „Hausärzte“ hineindenken zu können und eventuell Gefallen daran zu finden.

Ich hoffe, dass einige der angesprochenen Punkte während der nächsten Abschnitte noch realisiert werden, damit zumindest einige meiner Kollegen auf den Geschmack kommen, Allgemeinmediziner zu werden. Aus bereits vergangenen Praktika in Praxen für Allgemeinmedizin weiß ich, wie schön die Arbeit mit bereits bekannten Patienten ist, die teilweise sogar in mehreren Generationen zum selben Hausarzt gehen, deren Krankengeschichte man kennt und zu denen man eine Verbindung hat, die weit über die Möglichkeiten in einem Krankenhaus hinausgeht.

NINA-MARIA NEUBER
Studentin im 4. Semester
an der MedUni Wien

© Syda Productions - Fotolia.com

„Nachwuchs früher motivieren!“

WÄHREND DES DERZEITIGEN STUDIUMS hat man wenig Gelegenheit, in den Beruf des Allgemeinmediziners zu schnuppern und Interesse dafür zu entwickeln. Würde der Primärversorgung mehr Aufmerksamkeit geschenkt, gäbe es sicher mehr Studenten, die Hausärzte werden wollen.

NACHDEM ICH MICH MOMENTAN im zwölften Semester meines Studiums der Humanmedizin an der Medizinischen Universität Wien befinde, stellt sich mir langsam, aber sicher die Frage, wie es im Herbst weitergehen soll: Turnus? Wissenschaftliche Karriere an der Universität? Oder doch ins Ausland, um dort mit dem Facharzt zu beginnen? Nicht nur ich bin mit diesen Fragen beschäftigt. Die meisten meiner Kollegen stehen wie ich nun vor der Entscheidung, wie es mit unserem Leben weitergehen soll. Wir haben viele Fächer im Laufe der letzten sechs Jahre kennen gelernt, wobei wir uns über die Vor- und Nachteile bei den bereits berufstätigen Ärzten informieren konnten. Doch wie schaut es mit der Allgemeinmedizin aus?

IMMER NUR NEBENBEI …

Unsere universitäre Ausbildung besteht hier aus ein paar Vorlesungen und Praktika. Die Vorlesungen zielen darauf ab, dass der Hausarzt die zentrale Drehscheibe der Gesundheitsversorgung und der erste Ansprechpartner für Patienten sein sollte. Themen der Praktika sind beispielsweise der Umgang mit multimorbiden Patienten. Spezielle medizinische Inhalte werden auf die ganzen sechs Jahre des Studiums verteilt. So kommt es vor allem in der ersten Hälfte Studiums immer wieder zu Situationen, in denen man von Freunden und Verwandten gefragt wird, was man bei Alltagsproblemen wie einem grippalen Infekt oder einer Gastroenteritis tun kann. Die ehrlichste Antwort ist meist ein „Zum Arzt gehen“, da man dies anders nicht beantworten kann. Die Behandlung dieser häufigen Beschwerden ist sicherlich keine medizinische Meisterleistung und als Student am Ende des Studiums ist man natürlich in der Lage kompetent zu antworten. Doch dieses Wissen haben wir nicht bei einem Allgemeinmediziner gelernt, sondern bei einem anderen Facharzt, für den dies Kleinigkeiten sind und den dies aus fachlicher Sicht sonst nicht interessiert. Durch dieses immer nur nebenbei Lernen von Primärversorgungsproblemen entwickelt sich bei vielen nie das Interesse für das Berufsbild des Allgemeinmediziners, da man irgendwann das Gefühl hat, in den anderen Fächern größeren Herausforderungen zu begegnen.
Zusätzlich zu den Vorlesungen und Praktika gab es bis zum Sommersemester 2014 die Line Allgemeinmedizin im dritten Studienabschnitt. Diese bestand aus zwei Terminen bei einem niedergelassenen Arzt im fünften Studienjahr sowie zwei weiteren bei einem anderen als im Jahr zuvor. Beide Ärzte hatten ihre Ordinationen im Raum Wien. Hauptaufgabe für die meisten meiner Kollegen war das Zuhören und Zuschauen während des Gesprächs zwischen Patient und Arzt. Falls es zwischen den Patienten Zeit gab, wurden diese noch kurz besprochen. Einige wenige, wie auch ich, hatten das Glück, selbst mit Patienten reden und dann Vorschläge für Diagnosen und Therapien geben zu dürfen. Diese Art der Lehre, die sehr motivierend ist und meiner Meinung nach überall ausgebaut gehört, fehlte jedoch bei vielen meiner Kollegen, sodass diese hinterher mit ziemlicher Lustlosigkeit ihre Patientenberichte verfassten, die wir der Universität zuschicken sollten.

WIE KANN INTERESSE GEWECKT WERDEN?

Hier stellt sich nun die Frage, was besser gemacht werden könnte, um bei meinen jüngeren Kollegen das Interesse an der Allgemeinmedizin zu wecken. In vielen Gesprächen mit meinen Mitstudenten ist mir Folgendes aufgefallen: Je früher man während des Studiums in Kontakt mit dem Berufsbild des Hausarztes kommt, desto aufgeschlossener ist man diesem. Alle meine Kollegen, die sich dafür entschieden haben, später als praktischer Arzt tätig zu sein, haben sehr früh eine Famulatur bei ihrem Hausarzt gemacht. Was diesen Kollegen am meisten gefällt, ist die Patient-Arzt-Beziehung, die sich im Laufe der Zeit entwickelt. Dies ist natürlich nichts, was man in trockenem Theorieunterricht im Hörsaal oder an insgesamt vier Nachmittagen erfahren kann. Würde man die Studenten früher während des Studiums abholen und zeigen, was man in der Allgemeinmedizin alles tut, bevor einen das geballte Wissen der anderen Fächer trifft, würden sich sicher mehr junge Kollegen für diesen Beruf entscheiden. Ich möchte jetzt keine Pflichtfamulaturen oder Praktika zu Beginn des Studiums heraufbeschwören, da mit Zwangsbeglückung niemandem geholfen ist und dies die Generation Y eher abschreckt als einlädt. Hier sollten alle Allgemeinmediziner tätig werden, um die Versorgung ihrer Patienten nach ihrer Pensionierung zu gewährleisten.
Sobald ein Patient äußert, demnächst mit dem Medizinstudium zu beginnen, könnte ihm angeboten werden, eine Woche oder ein paar Tage in der Ordination mitzugehen. Man könnte erzählen, warum man selbst Allgemeinmediziner geworden ist und nach vielen Jahren noch immer in diesem Bereich arbeitet. Es wird natürlich nicht jeder praktischer Arzt werden wollen, ganz klar. Doch sollte man nicht vergessen, dass die heutigen Allgemeinmediziner, wenn sie gute Beziehungen zu ihren Patienten haben, am besten vermitteln können, warum man Hausarzt werden sollte.

MARTIN CYBULSKI
Student im 12. Semester
an der MedUni Wien

ÖGAM-Förderungspreis für Diplomarbeiten im Fach Allgemeinmedizin

AN DEN ÖSTERREICHISCHEN UNIVERSITÄTEN besteht Nachholbedarf, was den Aus- und Aufbau des Faches „Allgemeinmedizin“ betrifft. Um das Forschungsinteresse anzuregen, werden Arbeiten und ihre Mitbetreuung von der ÖGAM gefördert.

DIE ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR ALLGEMEIN- UND FAMILIENMEDIZIN hat sich entschlossen, einen Förderungspreis für studentische Diplomarbeiten mit dem Schwerpunkt Allgemeinmedizin auszuschreiben. Ziel dieser Initiative ist es, Mediziner anzuregen, sich schon während des Studiums mit diesem Fachgebiet wissenschaftlich auseinanderzusetzen.

Wir erhoffen uns dadurch positive Entwicklungen in mehreren Bereichen:

Das Interesse an dem sehr breiten und vielfältigen Fachgebiet soll bei den Studenten geweckt werden.

Wir wollen damit auf die Fülle an interessanten Themen im Fach Allgemeinmedizin hinweisen, die noch nicht beforscht sind.

Ziel ist natürlich auch, den Grundstein für weitere wissenschaftliche Tätigkeit der künftigen Allgemeinmediziner zu legen.

Es gilt aber auch generell die Sicht- und Denkweisen des Faches an möglichst viele künftige Mediziner zu vermitteln, gleich welches Fach sie letztendlich ergreifen. Das Wissen um die Möglichkeiten der medizinischen Primärversorgung ist für alle Fachrichtungen für die integrierte Versorgung der Patienten und die künftig erforderlichen Kooperationsformen von Bedeutung.

Unser Fachgebiet ist auf universitärem Boden ein junges und damit auch ein sehr zartes Pflänzchen. Nicht alle Lehrstühle sind besetzt, die personelle Ausstattung ist oft sehr knapp dimensioniert. Aus diesem Grund stellt manchmal die Betreuung der Diplomanden ein Problem dar. An manchen Universitäten werden deswegen niedergelassene Allgemeinmediziner zur Mitbetreuung gewonnen. Um auch hier Anreize zu setzen, und diese derzeit noch erforderliche freiwillige und nicht honorierte Zusatzleistung anzuerkennen, wurde auch für diese Kollegen ein Förderbetrag festgesetzt.

Sowohl im internationalen Vergleich als auch im Vergleich zur erforderlichen Anzahl an Allgemeinmedizinern im Gesundheitssystem besteht an den Universitäten ein gewaltiger Nachholbedarf zum Aus- bzw. Aufbau von fachspezifischen Strukturen. Unter den gegenwärtigen budgetären Bedingungen ist das sogar bei bestehendem politischen Willen nur eingeschränkt möglich.

Als wissenschaftliche Gesellschaft wollen wir unseren Teil zur Verbesserung der Situation beitragen.

Dr. WALTER HECKENTHALER
Schatzmeister der ÖGAM,
Arzt für Allgemeinmedizin, Maria Enzersdorf
walter.heckenthaler@gmx.at

Facts zum Förderungsprogramm der ÖGAM

1. Gefördert werden zwei Arbeiten pro Studienjahr und Universitätsstandort.
2. Das Thema der eingereichten Arbeit ist vom Förderungsbeirat der ÖGAM (FB) als förderungswürdig zu erachten. Jede/r Verfasser/in kann nur einen Antrag einreichen.
3. Die eingereichten Arbeiten müssen in deutscher oder englischer Sprache verfasst sein. Die Genehmigung des Projekts, das der eingereichten Arbeit zugrunde liegt, durch die zuständige Ethikkommission ist Voraussetzung für die Zuerkennung der Förderung.
4. Der/die Verfasser/in sichert mit der Einreichung der ÖGAM zu, die eingereichte Arbeit oder Auszüge daraus auf der Website www.oegam.at sowie in Papierform zu veröffentlichen. Entsprechende Texte sind der ÖGAM vor der Preisverleihung zur Verfügung zu stellen.
5. Voraussetzung für die Ausschüttung des Preises sind der Abschluss der Arbeit und die positive Beurteilung durch den ÖGAM-FB. Ausgeschüttet werden jeweils 500 Euro für den Studierenden und eine Aufwandsentschädigung von maximal 500 Euro für den mitbetreuenden ehrenamtlichen Allgemeinmediziner.
6. Einsendeschluss ist der 30. September 2014. Der ÖGAM-FB trifft die Entscheidung innerhalb von vier Wochen. Der Preis wird voraussichtlich im November 2014 in feierlichem Rahmen verliehen. Die Anträge sind per E-Mail inklusive Lebenslauf einzureichen unter: Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin; e-Mail office@oegam.at
7. Der wissenschaftliche Beirat des „ÖGAM Preises für Diplomarbeiten“ setzt sich wie folgt zusammen: Jeweils ein Vertreter der Universitäten Graz, Innsbruck, Salzburg, Wien + vier Vertretern der ÖGAM.
8. Ein Rechtsanspruch auf Verleihung des Förderungspreises besteht nicht. Es gibt auch keine Rechtsmittel gegen die Entscheidung des Förderungsbeirates. Der Preis stellt kein Entgelt für die Leistung der PreisbewerberInnen dar.

Die JAMÖ – wer steckt dahinter?

DIE ORGANISATION JUNGE ALLGEMEINMEDIZIN ÖSTERREICH setzt sich aus Medizinstudenten und Ärzten in Ausbildung zusammen und setzt sich für die Förderung der Aus- und Weiterbildung sowie die Forschung in der Allgemeinmedizin ein.

DIE JAMÖ ist eine unabhängige Gemeinschaft engagierter Jungärzte mit dem Berufsziel Allgemeinmedizin. Als Teilorganisation der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM) setzen wir uns besonders dafür ein, die Allgemeinmedizin in Österreich zu stärken und die Situation rund um Ausbildung und Berufsstart zu verbessern.
Seit unserer Gründung im Jahr 2006 sind wir auf über 200 Mitglieder aus ganz Österreich angewachsen.

WAS SIND UNSERE ZIELE

Unser erstes Ziel ist die Förderung der Ausbildung, Weiterbildung und Forschung in der Allgemeinmedizin, wobei wir hier aktuell einen Schwerpunkt auf die Ausbildungsreform setzen und versuchen, uns aktiv in deren Gestaltung und Umsetzung einzubringen. Dabei stehen wir für eine qualitativ hochwertige Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin mit internationalen Standards (entsprechende und voll finanzierte Ausbildungszeit in der Lehrpraxis).

Weitere Anliegen sind:
- die Aufwertung der allgemeinmedizinischen Grundversorgung in Österreich
- die internationale Kooperation mit vergleichbaren Institutionen (Teilnahme an Austauschprogrammen, Kongressen, Kontakte knüpfen und pflegen …)
- die Organisation von Auslandsaufenthalten zum Zweck der Aus- und Weiterbildung und Forschung für junge Kollegen
- die Vorbereitung auf zukünftiges Arbeiten in der Praxis, Lehre und Forschung (Lehrpraxenangebot, Übernahmepraxen, Förderung von Diplomarbeiten …)

Wir bieten:
- nationale und internationale Vernetzung
- Interessenvertretung für junge Kollegen mit dem Wunsch, Allgemeinmediziner zu werden
- monatliche Newsletter mit Aktuellem aus Politik und Alltag, Hinweisen auf Fortbildungsveranstaltungen und Arbeitskreise
- die Organisation von o.g. Auslandsaufenthalten und Austauschprojekten über das Vasco da Gama Movement (www.vdgm.eu)
- kostenlose Mitgliedschaft bei uns und in der Landesgesellschaft der ÖGAM bis fünf Jahre nach Beendigung der Ausbildung in Allgemeinmedizin (der Beitritt ist bereits im Studium möglich)
- ermäßigte Teilnahme an div. Fortbildungen und Kongressen
- Möglichkeit der aktiven Teilnahme am fachlichen und politischen Diskurs zur Allgemeinmedizin
- über die ÖGAM die Förderung von Diplomarbeiten mit allgemeinmedizinischen Themen

Wer kann Mitglied werden?
Medizinstudenten, Ärzte in Ausbildung für Allgemeinmedizin bis fünf Jahre nach Abschluss der Ausbildung.

Wo kann ich mich näher informieren?
Schreib uns: jamoe@oegam.at
Homepage: www.oegam.at/jamoe
Wir sind auch auf Facebook:
www.facebook.com/jungeallgemeinmedizin
… und auf Twitter: www.twitter.com/jungeAM

Werde aktiv, gestalte mit!

Dein JAMÖ-Vorstand,
MARIA WENDLER, ELISABETH MODLER, PATRICK REICHEL, LUKAS LEHMANN, SEBASTIAN HUTER, JONAS RECH

V.l.n.r.: Lukas Lehmann, Jonas Rech, Christofer Patrick Reichel (hinten), Katrin Bangerl (vorne), Elisabeth Modler und Sebastina Huter sowie rechts vorne Maria Wendler

Reflexion zu meiner Zeit in der Lehrpraxis

ANDERS ALS IM KRANKENHAUS kann man in der Lehrpraxis den Patienten ganzheitlich kennen lernen und verstehen. Man erlernt die hohe Kunst der lebensintegrativen Medizin.

UNMITTELBAR BEI TAUPLITZ ist der Gwöhnlistein, ein abgesetzter Klapf mitten in der Landschaft. Erreicht man dessen Gipfel, sieht man sich mit einem wunderbaren 360°-Blick auf die umliegenden Berge und auf Tauplitz konfrontiert. Auf dem Weg zum Gipfel kam ich an Höfen vorbei, wo ich Patienten traf, die erst kurz zuvor oder auch danach mit ihren Problemen in die Ordination kamen. Vom Berggipfel aus konnte ich Häuser sehen, die ich während der Visiten betreten hatte. Für mich war es also ein Blick auf eine Welt, in die ich für ein paar sehr intensive Monate meiner Lehrpraxiszeit hineingeraten war und in die ich mich rasch absorbiert und aufgenommen gefühlt habe.

Nach nun mittlerweile mehr als einem Jahr der „Krankenhaus-Konditionierung“ steht die Erinnerung des Panoramas vom Gwöhnlistein auf „mein Dorf“ als Symbol für meine allgemeinmedizinische Sicht von Patienten. Ich glaube, einer der wichtigsten Punkte in meiner Zeit in der Lehrpraxis war zu erfahren, dass die Welt des Patienten auch ein 360°-Panorama ist und man einen Patienten ganzheitlich in seinem Umfeld sehen muss. Im Krankenhaus ist der Patient aufgrund der bestehenden Selektion einer meist sehr geradlinigen Sicht- und Behandlungsweise ausgeliefert, weniger erfolgt eine ganzheitliche Betrachtung des kranken Individuums. Selten ist genug Zeit, den „Mikrokosmos“ des Patienten zu erfassen.

GROSSES VERTRAUEN AUCH FÜR „SCHÜLER“

In Lehrpraxen ist es das Vertrauen der Menschen zu ihren Hausärzten, das uns Jungärzten rasch den Blick in die Welten der Patienten eröffnet. Selten wird einem dieser Einblick verweigert. Durch das Betreten dieser sehr persönlichen Welt erlebt man immer wieder, wie viel mehr Eindrücke und Wahrnehmungen Leben und Krankheit eines Menschen erklären können als Worte. Als Lehrpraktikant gelingt es auch nicht, sich dieser Welt zu entziehen. Die Einblicke sind mannigfaltig und setzen sich aus vielen Puzzleteilen zusammen (Beschreibungen der Grunderkrankungen, familiäre Hintergründe, Anfahrt und Betreten des persönlichen Umfeldes etc.). Soll man alleine Verantwortung dem Patienten gegenüber übernehmen, erlebt man eine erstaunliche Akzeptanz und einen Vertrauensvorschuss aufgrund der einfachen Tatsache, dass man „Schüler“ bei einem Hausarzt ist.

Die Lehrpraxis selbst erschien mir wie eine Seilschaft. In dem 1:1-Verhältnis der Lehrpraxis hat man die wunderbare Möglichkeit, erste gesicherte Schritte zu tun. Manche Kollegen, die ebenfalls in Lehrpraxen waren, haben es mehr als ein „an der Leine sein“ bezeichnet, die dann zunehmend gelockert wird. Tatsache ist jedoch, dass eine der wichtigsten Komponenten der Lehrpraxis wohl auch Vertrauen ist – untereinander und auch der Patienten gegenüber den Ärzten. Hat man dieses erworben, so ist die Lehrpraxis eine wunderbare Möglichkeit des Erwerbens von (medizinischem) Wissen und Fähigkeiten (auch sog. „Soft Skills“).

Sowohl im Spital als auch in der Allgemeinmedizin erlebt man Patienten aufgrund ihrer aktuellen Beschwerden mit Leidensdruck in einer punktuellen Situation. Doch nur in seltenen Fällen (v.a. bei chronischen komplexen Erkrankungen) sind diese Menschen im Krankenhaus in einer kontinuierlichen Betreuung, bei der auch ein Blick auf eine Welt außerhalb der Krankheit geworfen wird. Als direkte Bezugsperson in medizinischen Fragen wird ein Hausarzt bei entsprechendem Vertrauen in vielen Dingen zu Rate gezogen und erlebt die Menschen in vielen Situationen ihres Lebens. Über diese vielen Kontakte setzt sich ein ganzheitliches Bild zusammen.

IM KRANKENHAUS FEHLT DIE KONTINUIERLICHE BETREUUNG

Anders als in der Klinik erscheint durch den persönlicheren Bezug auch die Sorge um das Schicksal der Patienten scheinbar als realitätsnäher und konsequenzbewusster. Patienten sind keine anonymen Namen und Stimmen, deren Arztbrief man durchliest, wenn nach der Entlassung angerufen wird, weil Unklarheiten aufgetaucht sind. Vielleicht auch aufgrund dieses sehr viel persönlicheren Bezugs ist die Zeit in Lehrpraxen vielmehr eine Zeit des regelmäßigen Feedbacks und der Erklärungen, der Reflexion über Handlungs- und Behandlungsweisen in einem Klima eines sehr motivierten Wissensaustausches. Manche behaupten, Allgemeinmedizin sei nicht „eine Kunst der hohen Medizin“. Sie irren. Allgemeinmedizin ist ebenso eine hohe Kunst – jene der lebensintegrativen Medizin und somit eine Spezialisierung auf breiter Basis, in die jeder Jungmediziner Einblick und Wissen erworben haben sollte, bevor eine aktive Entscheidung zur Allgemeinmedizin fällt.

Dr. MARIA WENDLER
Ärztin in Ausbildung für Allgemeinmedizin in Linz
marywe@gmx.at

Daiichi-Sankyo

Innovation als Grundprinzip für zufriedene Patienten

Daiichi-Sankyo ist ein weltweit agierendes Pharmaunternehmen, dessen Aktivitäten sich vorwiegend auf den Bereich Forschung und den Vertrieb innovativer Medikamente konzentrieren. Die Wurzeln des Unternehmens reichen zurück bis ins Jahr 1899.

DER KONZERN selbst ist 2005 aus der Fusion der beiden japanischen Traditionsunternehmen Daiichi und Sankyo entstanden und gehört heute mit einem Umsatz von über 9,3 Milliarden Euro im Geschäftsjahr 2011 zu den 20 führenden Pharmakonzernen der Welt. Das Unternehmen ist weltweit in nahezu 60 Ländern der Erde vertreten. Die Konzernzentrale befindet sich in Tokio, Japan. In Europa reichen die Wurzeln des Unternehmens zurück in die 1980er-Jahre, als sowohl Daiichi als auch Sankyo Niederlassungen in Düsseldorf, Deutschland, eröffneten. Inzwischen ist Daiichi Sankyo neben Österreich in elf Ländern Europas präsent und mit rund 2.500 Mitarbeitern eines der größten japanischen Pharmaunternehmen in Europa.

Zu seinen vorrangigen Aufgaben zählt Daiichi Sankyo das Streben nach Innovation als Grundvoraussetzung dafür, das Unternehmensziel, pharmazeutische Produkte zu entwickeln, die in ihrer Kategorie führend sind oder eine neue Wirkstoffklasse darstellen, auch tatsächlich zu erreichen. Darüber hinaus stützt sich auch der Anspruch, die hohen Erwartungen seitens der Zielgruppen hinsichtlich Service, Informationspolitik und organisatorischer Abläufe zu erfüllen, auf die Innovation als Grundprinzip.

PRODUKTE & DIENSTLEISTUNGEN

Daiichi Sankyo hat sich zum Ziel gesetzt, den Ärzten und Patienten neue Arzneimittel zur Therapie und Prävention verschiedenster Krankheiten zur Verfügung zu stellen. Deshalb konzentrieren sich die Forscher von Daiichi Sankyo auf die Entwicklung innovativer Arzneimittel, die zu den besten ihrer Klasse gehören oder eine vollständig neue Wirkstoffklasse begründen. Das Unternehmen hält nicht nur sein Portfolio an bereits auf dem Markt befindlichen Pharmazeutika zur Behandlung von Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen und bakteriellen Infektionen kontinuierlich aufrecht, sondern arbeitet zudem auch an Behandlungsoptionen für Patienten mit Gefäßerkrankungen und beschäftigt sich intensiv mit der Erforschung neuer Krebs-, Herz-Kreislauf- und Stoffwechseltherapien.

FORSCHUNG & ENTWICKLUNG

In den Schlüsselregionen Japan, USA, Europa und Indien arbeiten die Forscher von Daiichi Sankyo mit vollem Einsatz an innovativen pharmazeutischen Lösungen für die Patienten. In Tokio tragen etwa 1.500 Mitarbeiter dazu bei, das Produktspektrum des Unternehmens auszubauen. In Indien konnte das Forschungsnetzwerk durch die Übernahme der neuen Entwicklungsanlagen von Ranbaxy weiter gestärkt werden.

Die weltweite klinische Entwicklung von neuen Wirkstoffen wird von Daiichi Sankyo Pharma Development in Edison, New Jersey, USA, gesteuert. Die europäischen Entwicklungsaktivitäten werden von Daiichi Sankyo Development in London koordiniert. Besonders wichtige Schritte in der pharmazeutischen Entwicklung wie z.B. Analysen zum Arzneimittelstoffwechsel sowie die Festlegung der endgültigen Formulierung von Medikamenten werden an den in der Nähe von München gelegenen Standorten Martinsried und Pfaffenhofen durchgeführt. In Japan verfügt das Unternehmen zudem über ein größeres Team von Wissenschaftlern, das die klinischen Entwicklungen für die Märkte in Japan und Südostasien vorantreibt.

Daiichi Sankyo investiert umfassend in die Bereiche Forschung und Entwicklung. Im Jahr 2012 lag das Entwicklungsbudget des Unternehmens bei 1,71 Milliarden Euro. Dies entspricht 18,3% des Nettoumsatzes. Diese Zahl liegt weit über dem Durchschnittswert der Branche (15–17%). Das Ziel von Daiichi Sankyo ist es, Arzneimittel zu entwickeln, die entweder als „Best-in-Class" gelten oder eine vollständig neue Wirkstoffklasse zu begründen. Dieses ehrgeizige Vorhaben wurde in der Vergangenheit sehr oft erreicht, beispielsweise 1973 mit der Entdeckung des ersten Statins. Das Präparat zur Senkung des Cholesterinspiegels stellte in den 90ern sowie zu Beginn des 21. Jahrhunderts eine der wichtigsten Wirkstoffklassen dar. Zudem hat Daiichi Sankyo langjährige Forschungserfahrung auf dem Gebiet der Blutgerinnung.

BEZAHLTE ANZEIGE

Engagiert in der Forschung.
Im Einsatz für den Patienten.

Daiichi Sankyo ist ein weltweit tätiges Pharmaunternehmen mit japanischen Wurzeln. Unsere innovativen Präparate und Services helfen Menschen in mehr als 50 Ländern. Seit über hundert Jahren engagieren wir uns in Forschung und Entwicklung und tragen mit unseren Innovationen zum medizinischen Fortschritt bei.

Wir nutzen unsere Erfahrungen in der Behandlung von Bluthochdruck, Thrombozytenaggregationshemmung und Antikoagulation, um auch in anderen medizinischen Bereichen neue Therapieansätze zu entwickeln, zum Beispiel in der Onkologie.

Erfahren Sie mehr über uns:
WWW.DAIICHI-SANKYO.AT

Daiichi-Sankyo

Lehrpraxis in Vorarlberg – wer mitmacht, gewinnt!

NICHT ZULETZT AUFGRUND DER SCHLECHTEN AUSBILDUNG interessieren sich immer weniger Jungärzte für die Allgemeinmedizin. Ein Pilotprojekt im westlichsten Bundesland Österreichs macht es für sieben Auszubildende pro Jahr möglich, sechs bis zwölf Monate Erfahrung in einer Praxis zu sammeln.

DER BERUF HAUSARZT IST, von der Aufgabe her gesehen, ein Traumjob. Die emotionale Intention des Berufs ist eine zutiefst positive. Die intellektuellen und kommunikativen Herausforderungen sind beträchtlich. Eine außerordentlich gute Darstellung dieses Spannungsbogens liefern die „Zukunftspositionen der DEGAM", der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin.[1]
In der Realität arbeiten wir noch hart an der Zukunft. Obwohl man von unserem Fach als „Königsdisziplin" sprechen kann, ist das Ansehen weder bei den ärztlichen Kollegen noch in der Bevölkerung, geschweige denn in der Politik der Bedeutung des Fachs angemessen. Das drückt sich in geringem Interesse des medizinischen Nachwuchses, in mangelhafter Ausbildung zum Hausarzt und in mangelhafter finanzieller Wertschätzung seiner Leistung aus. Nur 20% aller Jungmediziner am Ende des Turnus interessieren sich für Allgemeinmedizin, nur 10% sehen sich danach als ausreichend ausgebildet, um eine Praxis selbstständig führen zu können – wie eine Umfrage der Vorarlberger Ärztekammer ergab.[2]
Das zeigt sich nicht zuletzt auch darin, dass es immer mehr Kassenstellen gibt, die nicht besetzbar sind.

Durch das Projekt Lehrpraxis in Vorarlberg können künftig mehr junge Ärzte die Möglichkeit haben, Erfahrung bei Allgemeinmedizinern zu sammeln

GRUNDVERSCHIEDENE KOMPETENZEN

Die Ursachen für diese mangelnde Kompetenz nach der Spitalsausbildung sind folgende:

- Im Spital wird in einem Hochprävalenzbereich gearbeitet. Wenn man dieses Gelernte im niedergelassenen Bereich anwendet, verursacht man eine für Patienten schädliche und sehr teure Überdiagnostik.
- Man lernt nicht, wie man systematisch Langzeitbeziehungen schafft und diese dann als mächtiges Instrument zur effizienten Diagnostik und Therapie verwendet.
- Im Spital wird eine organzentrierte Medizin gelebt, in der Praxis draußen dagegen eine personenbezogene Medizin, die sich jeweils in ihren Grundlagen und Methoden fundamental von dieser unterscheidet. Viele Bedürfnisse der Patienten sind nicht ausgerichtet auf Naturwissenschaft und Technik, sondern auf Zuwendung und Fürsorge. Die Kunst, „nichts" zu tun, im naturwissenschaftlich-technisch-pharmakologischen Sinn, sondern „nur" Beistand zu leisten, kann man im Spital nicht lernen.
- Geriatrische Patienten leiden oft an multiplen chronischen Erkrankungen aus vielen Fachgebieten gleichzeitig, dazu kommen noch die interkurrenten Erkrankungen. Die Priorisierung ist eine sehr komplexe und vor allem hausärztliche Aufgabe und erfordert lange Erfahrung, die man zumindest in Ansätzen erlernt haben muss, um sich eine eigene Praxis zutrauen zu können.
- Im Spital lernt man nicht, Patienten, die niederschwellig kommen, adäquat und wertschätzend zu behandeln, sondern sieht sie als Störung. In der niedergelassenen Praxis werden diese Kontakte zur Festigung der Beziehung genutzt.

ENTWICKLUNG EINES PILOTPROJEKTS

Es gibt nun in Vorarlberg eine erste Reaktion der Gesundheitspolitik, bei der Taten gesetzt werden. Ein Pilotprojekt Lehrpra-

xis wird derzeit entwickelt.[3, 4] Daran beteiligen sich Vertreter des Bundesministeriums, des Landes Vorarlberg, der Krankenhausbetriebsgesellschaft, der Vorarlberger Gebietskrankenkasse, der Vorarlberger Ärztekammer und der Vorarlberger Gesellschaft für Allgemeinmedizin.

Die wichtigsten Eckpunkte des Vorarlberger Lehrpraxen-Pilotprojekts sind:

- Es soll insgesamt fünf Lehrpraxen geben.
- Es werden zwei Modelle erprobt, nämlich zwei Praxen mit sechsmonatiger Lehrpraxis und drei Praxen mit zwölfmonatiger Lehrpraxis. Somit können insgesamt sieben Jungmediziner pro Jahr eine Lehrpraxis absolvieren.
- Die Auswahl der Lehrpraxen werden Land, Bund, Vorarlberger Gebietskrankenkasse, Ärztekammer und Krankenhausbetriebsgesellschaft (KHBG) gemeinsam treffen.
- Die Ärzte bleiben während der Lehrpraxisdauer im Krankenhaus angestellt und werden den Lehrpraxen zugeteilt, sie sollen drei Nachtdienste pro Monat im Krankenhaus machen. Nach zwei Jahren findet eine externe Evaluierung u.a. hinsichtlich der notwendigen bzw. sinnvollen Dauer der Lehrpraxis statt, dann ist eine Ausrollung über ganz Österreich geplant.

Die Kosten des Pilotprojekts sind mit jährlich 270.000 Euro veranschlagt, die wie folgt auf die einzelnen Partner verteilt sind: Land Vorarlberg 100.000 Euro, Bund 80.000 Euro, Vorarlberger Gebietskrankenkasse und Ärztekammer 45.000 Euro aus dem Reformpooltopf, alle Lehrpraxisinhaber zusammen 45.000 Euro.

ZIEL: TRAUMBERUF HAUSARZT

Es gibt noch zahlreiche Details zu klären wie Anforderungen an den Lehrpraxisinhaber, Ausschreibung und Auswahl der Lehrpraxen, Auswahl der Lehrpraktikanten, zahlreiche arbeitsrechtliche Fragen, gesamtvertragliche Änderungen, Ausbildungsinhalte – Lernzielkatalog, Curriculum, Dokumentation, Rasterzeugnisse, Tätigkeitsspektrum des Lehrpraktikanten, das Ausmaß der Anleitungs- und Aufsichtspflicht des Lehrpraxisinhabers und die Projektevaluation.
Es hat sich also ein Paradigmenwechsel ereignet, in dem wichtige Systempartner ihre Verantwortung erkannt haben. Man kann annehmen, dass die kommenden Herausforderungen im Gesundheitssystem zwangsläufig der Entwicklung der Allgemeinmedizin guttun werden. Das ist ein wichtiger Schritt in Richtung Traumberuf! Wer von den Jungen jetzt auf den Zug aufsteigt, gewinnt!

1 http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf
2 http://www.arztinvorarlberg.at/aek/dist/content-282.html
3 http://presse.vorarlberg.at/land/dist/vlk-46132.html
4 http://www.arztinvorarlberg.at/files/AIL/2014-02/index.html#/2/

Dr. THOMAS JUNGBLUT
Arzt für Allgemeinmedizin in Bregenz,
Lehrpraxisinhaber,
Präsident der VGAM

BEZAHLTE ANZEIGE

Salzburger **Initiative Allgemeinmedizin**

SEIT JÄNNER 2013 sind wir voller Elan dabei – 14 junge, engagierte Turnusärzte in Ausbildung zu Allgemeinmedizinern. Begleitet von motivierten Ärzten für Allgemeinmedizin gehen wir unseren Weg durch die Ausbildung „Turnus neu“ der Salzburger Initiative Allgemeinmedizin.

WIR TREFFEN EINANDER MONATLICH zu ganztägigen Seminaren an der Paracelsus-Universität in Salzburg (PMU), in deren Rahmen uns relevante Themen der Allgemeinmedizin in Theorie und Praxis nahe gebracht werden. Von der (in der derzeitigen Turnusarztausbildung stiefmütterlich behandelten) Orthopädie und Manualmedizin angefangen über die Rationale Diagnostik (z.B. Sinn oder Unsinn von Harnstreifentests oder Troponin T in der Allgemeinmedizin) bis hin zur heutzutage immer wichtiger werdenden Geriatrie (inkl. Geriatrisches Assessment, Frailty score etc.), die Palliativmedizin und auch den essenziellen Bereich des „Self Care“, der „Burn-out-Prävention“ streifen wir nun durch sämtliche Bereiche. Wir diskutieren eifrig, bringen unsere Erfahrungen ein und tauschen diese auch untereinander aus und nutzen zugleich die Chance, auf brennende Fragen sofort eine Antwort zu erhalten. Diese Seminartage erlebe ich als sehr intensiv, aber auch sehr anregend, sie wecken in mir große Neugierde. Oft sitze ich noch bis spätabends an meinem Schreibtisch, um die erarbeiteten Punkte zu vertiefen – und ich freue mich, das Erlernte auch im klinischen Alltag im Krankenhaus oft anwenden zu können.

ANREGENDE DISKUSSIONEN

Begleitend zu den Seminaren nehmen wir ein Mentoring-Programm in Anspruch. Hierfür wurden uns zu Beginn der Ausbildungsreihe Allgemeinmediziner zugeteilt, die uns jeweils in Zweiergruppen betreuen. Wir treffen einander regelmäßig für zwei Stunden pro Mentoringsitzung in deren Ordinationen, klären offene Fragen aus den vergangenen Seminaren, lassen in dieser Zeit auch Raum für Aktuelles aus dem Klinikgeschehen (hier bearbeiten wir einerseits fachliche Fragen, diskutieren andererseits aber auch Schwierigkeiten, die interkollegial im Team auftreten). Bereits vor den Treffen legen wir einen Themenschwerpunkt fest, auf den wir uns vorbereiten und den wir in vorgegebener Zeit aus allgemeinmedizinischer Sicht bearbeiten. Manchmal dürfen wir unseren Mentor auch zu einem Hausbesuch begleiten – obligat ist natürlich die anschließende Besprechung des Erlebten. Auch Aktuelles aus der Gesundheitspolitik findet hier Platz. Ein großes Anliegen ist uns auch die Diskussion von Fehlern, die wir als besonders spannend und lehrreich erfahren – und nicht selten wird das daraus Erlernte im Praxisalltag umgesetzt. Und so vergeht jedes Mentoring wie im Flug – und ich freue mich jedes Mal schon auf das nächste Treffen.
Insgesamt betrachte ich die mich im Turnus begleitende Salzburger Initiative Allgemeinmedizin als außerordentliche Bereicherung in meiner Ausbildung zur Allgemeinmedizinerin. Hier werden viele Lehrinhalte vermittelt, die Jungärzten im Klinikalltag nicht in dem Ausmaß gelehrt werden können, in der allgemeinmedizinischen Praxis aber eine große Bedeutung haben. Dabei

Ziel des Salzburger Pilotprojektes ist es junge Turnusärzte so durch den Turnus zu begleiten, dass sie am Ende des Turnus gut ausgebildet in die eigene allgemeinmedizinische Praxis gehen

spielt beispielsweise die oben bereits erwähnte Rationale in der Diagnostik im Bereich der Akutmedizin eine entscheidende Rolle, aber auch die Prävention sowie die Betreuung von chronisch kranken und/oder geriatrischen Patienten. Auch die im „Turnus neu“-Programm vorgesehenen, VERPFLICHTENDEN sechs Monate Lehrpraxis sollen dazu dienen, Allgemeinmedizin direkt AM Patienten zu erleben und zu erlernen.

UNTERSTÜZUNG AM WEG ZUM ALLROUNDER

Im angloamerikanischen Raum werden die Fähigkeiten eines Hausarztes auch im Wort „Generalism“ zusammengefasst – im deutschsprachigen Raum wäre wohl das Wort „Allrounder“ aus dem Englischen geläufiger und passender.
Meine Kollegen und ich dürfen eine Ausbildung genießen, die uns ermöglichen wird, solche „Allrounder“ zu werden – dank des großen Engagements der Salzburger Allgemeinmediziner, die uns mit Interesse an unserer Ausbildung, mit großem Einsatz und mit viel Elan die in vielen Jahren der Erfahrung erworbenen Kenntnisse sowie ihre Begeisterung für den Beruf des Hausarztes vermitteln. Das Modell soll dazu dienen, die derzeitige Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin zu ergänzen und zu bereichern. Ausständig ist noch eine bundesweite, durchdachte Lösung, von der wir uns eine adäquate, fundierte und hochqualitative Ausbildung (die natürlich eine finanzierte Lehrpraxiszeit beinhaltet) erwarten.

Dr. ELISABETH MODLER
Stv. Obfrau der JAMÖ, Turnusärztin am
Klinikum Wels/Grieskirchen
elisabeth.modler@gmx.at

© Brigitte Meckle – Fotolia.com

Hausarzt: Mein Traumberuf!

Die *Ärzte Krone* hat drei Vertretungsärzte und drei Ärztinnen mit Kassenvertrag gefragt, was sie dazu bewogen hat, in die Allgemeinmedizin zu gehen und welche Tipps sie für Studenten und nachfolgende Kollegen haben.

Redaktion: Mag. Simone Peter

Lehrpraxis

- Für alle: Seht man nie die Abläufe in einer allgemeinmedizinischen Ordination, kann man auch nicht auf den Geschmack kommen.
- Für mehr Professionalität: Kommt man direkt aus dem Turnus, fehlen viele Informationen – die Patienten bemerken Unsicherheiten.
- Von allen: Eingesessene Praktiker sollten unbedingt Lehrpraxen anbieten – auch für sie ist die Erfahrung befruchtend!

„Das Gefühl des Erfolges ist größer“

Dr. Stefan Berger

Dr. STEFAN BERGER vertritt seit wenigen Wochen in einer Praxis für Allgemeinmedizin, in der er schon während des Studiums einen Monat gearbeitet hatte. So schwierig wie anderen Kollegen fiel ihm der Einstieg nicht, da er schon zwei Jahre die Fachausbildung für Chirurgie machte und als Assistenzarzt schon eigenverantwortlich Entscheidungen treffen musste. Diese Ausbildung unterbrach er dann, um den Turnus fertigzumachen. Auch mit dem Familienleben ist der Beruf bisher gut kompatibel.

Ob Berger eine Kassenstelle anstrebt? „Ich nütze die Zeit als Vertretungsarzt, mich einzuarbeiten und im Moment wäre es der Plan, dass ich einmal eine Kassenstelle bekomme. Aber jetzt habe ich mal für drei Monate die Zeit, mir anzusehen, ob das überhaupt was für mich ist.

Schon jetzt fällt auf, dass die Arbeit sich von der im Krankenhaus unterscheidet: „Im Spital verliert man einen Patienten nach einer ambulanten oder stationären Betreuung rasch aus den Augen. Jetzt habe ich die Möglichkeit, den Verlauf zu beobachten, sehe die Leute und ihre Entwicklung und habe im Endeffekt doch mehr das Gefühl eines Erfolgserlebnisses als im Spital.“

Fazit: Die Arbeitszeiten als Allgemeinmediziner unterscheiden sich oft nicht wesentlich von den langen Arbeitszeiten der Spitalsärzte. Allerdings verbringt man auch wesentlich qualitativere Zeit mit den Patienten und hat Kontinuität in der Betreuung.

„Allgemeinmedizin – der Inbegriff des Arzt-Seins“

Dr. FLORIAN CONNERT arbeitet seit dreieinhalb Jahren als Vertretung in einer Hausarztpraxis in Köstendorf bei Salzburg und fühlt sich sehr wohl in seinem Beruf, den er als interessant beschreibt. Noch einmal zurück ins Krankenhaus zu gehen wäre unvorstellbar für ihn. Natürlich war es anfänglich schwierig, in die Rolle des Hausarztes zu schlüpfen – eine Arbeit, auf die man im Turnus schlichtweg nicht vorbereitet wird. „Man muss sich im 10-Minuten-Takt auf einen neuen Menschen einstellen, ihn kennen lernen und sein Vertrauen gewinnen“, fasst er zusammen.

Ein Einsatz, der sich lohnt? Allerdings! „Die Hausarztmedizin ist eine sehr dankbare Form der Medizin. Wenn man den Menschen das Gefühl gibt, dass man sie ernst nimmt, dass sie immer kommen können und dass man sich um sie bemüht, bekommt man sehr viel von ihnen zurück.“ Vor allem das Gefühl, dass man als Allgemeinmediziner hat, wenn man aufgrund der richtigen Diagnosestellung die Menschen optimal durchs Gesundheitssystem lotsen kann, beschreibt der junge Arzt als besonders schön. „Ich finde den Beruf auch reizvoll, weil die Zeiten des ‚Einzelkämpfertums‘ zunehmend der Vergangenheit angehören. Die Leute vernetzen sich, machen Qualitätszirkel, treffen sich in Form von Stammtischen, geben sich Tipps und unterstützen sich“, betont Connert.

Dr. Florian Connert

Wirtschaftlich ist es allerdings so, dass man sich als Allgemeinmediziner sein Geld härter verdienen muss: „Ich kann gut von meiner Arbeit leben. Allerdings ist die Honorierung deutlich schlechter als die der niedergelassenen Fachärzte, und das obwohl wir Visiten, Nachtdienste und Wochenenddienste machen!“

Fazit: Die Allgemeinmedizin ein sehr schöner und abwechslungsreicher Beruf, der viel Spielraum lässt, in dem man sich verwirklichen kann und wo man viel zurückbekommt. Ginge es nach Connert, sollte der Beruf eigentlich eine Positivselektion sein – die besten sollen Allgemeinmediziner werden, denn dort werden die meisten Menschen versorgt und viele Behandlungsschicksale entscheiden sich hier. ▶

Turnus nutzen

- Fragen, fragen, fragen: Um gut gerüstet in die Niederlassung gehen zu können, muss man sich während des Turnus alles ansehen und wissbegierig sein.
- Kleine Krankenhäuser bieten oft den Vorteil, dass man viel sieht, was man später braucht.

„Mehr eine Berufung als ein Beruf“

Dr. Nika Mayerhofer

Dr. NIKA MAYERHOFER arbeitet seit 4,5 Jahren als Vertretungsärztin und beschreibt ihre Arbeit als die beste überhaupt. „Es ist jeden Tag schön für mich, dass die Patienten mit so viel Vertrauen zu mir kommen und sich von mir helfen lassen.“ Anfänglich war es schwierig für sie, ohne die Möglichkeit zur Rücksprache Entscheidungen zu treffen. Hinzu kam das Bedürfnis, jeden Patienten mit einem besseren Gefühl aus der Ordination gehen lassen zu wollen. Dazu gehört für Mayerhofer, den Patienten physisch wie auch psychisch komplett zu untersuchen. Dass sich die Wartezeiten dadurch verlängern, nimmt sie gerne in Kauf. „Sowohl in meiner Wahlarztordination, als auch in der Kassenordination, in der ich vertrete, ist Zeit kein Thema. Ich bin für jeden Patienten solange da, wie er mich braucht.“ Dazu gehört für Mayerhofer ebenso, fachliche und auch organisatorische Grenzen mit Kollegen gleicher und anderer Fachrichtungen zum Vorteil des Patienten zu besprechen. Ein Aufwand, der sich auszahlt: „Bei den Patienten stößt dies auf gute Resonanz.. Kommen die Patienten wieder, weiß ich, dass ich etwas richtig gemacht habe. Diese Menschen begleitet man im besten Fall ein Leben lang.“

Ernüchternd an der Arbeit als Allgemeinmedizinerin seien allerdings die Honorare und Tarife: „Da wird ziemlich schnell klar, dass es eigentlich wenig Wertschätzung für unsere Arbeit von den verantwortlichen Stellen gibt. Mein Stundenlohn nach allen Abzügen liegt derzeit bei dem einer Hilfskraft!“

Fazit: Wer das Ziel hat, in der Medizin viel Geld zu verdienen, sollte laut Mayerhofer kein Hausarzt werden. „Es gibt meiner Meinung nach aber wirklich keinen schöneren Beruf. Die Arbeit muss einem eben liegen. Das ist eigentlich schon eine Berufung! Wenn man das nicht wirklich aus ganzem Herzen machen möchte, sollte man es lieber gar nicht machen.“

Bereit für wirtschaftliche Aspekte

- Gute wirtschaftliche Beratung erspart Ärger und Geld.
- Aneignung eines eigenen guten wirtschaftlichen Verständnisses ist ratsam.
- Keine Angst vor der Niederlassung! Es gibt genügend Stellen (z.B. auch Ärztekammer), die Hilfe anbieten.

Ausbildung

- Einführung des Facharztes für Allgemeinmedizin
- Verpflichtende Lehrpraxis: Junge Ärzte fühlen sich nach dem Turnus im Spital oft unvorbereitet, in der Lehrpraxis werden sie optimal auf eine Niederlassung vorbereitet.
- Vorbild angloamerikanisches System: Die Ausbildner sind dafür verantwortlich, was die Auszubildenden lernen.

„Diese Art von Patientenbeziehung gibt es sonst nirgends“

Dr. Ute Waldmann

Dr. UTE WALDMANN hat erst seit 1. Jänner 2014 einen Kassenvertrag und das Glück, dass ihr Mann nun den Haushalt und die drei Kinder managt und sie somit ausreichend Zeit für ihre neue Arbeit hat. Obwohl sie schon langjährige Berufserfahrung im Krankenhaus und einem Landespflegeheim hat, fielen ihr der Einstieg und besonders die Übergangsphase extrem schwer. „Das Aussteigen aus einem gut funktionierenden System und das Hineinfinden ins Neue ist eine große Herausforderung.“ Schwierig ist auch der Zeitfaktor, denn die Kassenstellen sind oft kurzfristig ausgeschrieben. Dazu kommen die wirtschaftlichen Herausforderungen. Anstatt der Niederlassungsseminare vor der Praxisgründung würde sich Waldmann einen Mentor wünschen, der ihr jeden Tag aufs Neue zur Seite steht bei banalen Dingen wie der Entscheidung, welche Bank die beste ist, wie viel Kredit leistbar ist etc. „Was mich über Wasser hielt, war der Austausch mit Kollegen, die alle extrem hilfreich waren und bemüht sind, mich zu unterstützen“, so die Ärztin.

Ganz klar zu sagen ist, dass sich die Strapazen auszahlen. „Zu 95% sind die Begegnungen mit den Patienten sehr freundlich, offen und vertrauensvoll. Sie freuen sich, dass ich da bin und signalisieren mir das auch.“

Außerdem stimme das alte Bild des Hausarztes, der rund um die Uhr für seine Patienten abrufbar sein muss nicht mehr.

„Wir sind zu sechst im Sprengel und teilen uns die Wochenenden auf. Nachdienste mache ich gar keine und freitags gehe ich um 15.00 nach Hause. Dadurch ist mein Beruf auch wieder mit meiner Familie vereinbar.“

Fazit: Sobald man weiß, dass man Allgemeinmediziner werden möchte, ist es ratsam sich Praxis als Vertretungsarzt anzueignen. Außerdem sollte man nicht davor zurückschrecken, die Kollegen alles zu fragen, sei es medizinischer oder wirtschaftlicher Natur.

„Das große Plus, das am Ende herauskommt, sind die Gestaltung des eigenen Arbeitsplatzes und diese jahrelange freundschaftliche Beziehung, die man zu Patienten aufbauen kann. Das ist etwas, was es sonst nicht gibt.von Beruf und Familie.“

Honorar heben

- Anhebung der Honorare und Anpassung an die Bezahlung der Fachärzte

Arbeitsbelastung senken

- Möglichkeit zur Teilung eines Kassenvertrags
- Freiere Möglichkeiten für ärztliche Kooperation ohne Fremdbestimmung

„Mein absoluter Traumberuf!“

Dr. Veronika Baumgartner

Dr. VERONIKA BAUMGARTNER hat nun seit acht Monaten einen Vertrag als Kassenärztin für Allgemeinmedizin in Rastenfeld – ein Wunsch, der in Erfüllung ging: „Es war immer mein Traum, Hausärztin zu werden und zu sein. Ich habe mich während des Turnus gut darauf vorbereitet und auch sechs Monate Lehrpraxis gemacht“, so die junge Ärztin.
Schwierigkeiten, in diese verantwortungsvolle Rolle zu schlüpfen hatte sie keine, denn „das bin ich“. Baumgartner betont auch, dass sie nicht Praktikerin wurde, weil sie keine Ausbildungsstelle bekommen hätte – im Krankenhaus war man sogar enttäuscht, dass sie nicht „weitermachte“. „Für mich ist mein jetziger Beruf das Weitermachen. Das ist mein Fach!“
Ein großer Kritikpunkt ist für Baumgartner die Unvereinbarkeit von Beruf und Familie. Um eine Familie gründen zu können, bräuchte sie einen Vertretungsarzt oder noch besser die Möglichkeit, sich die Kassenstelle zu zweit teilen zu können. Ebenfalls zu bedenken gibt sie, dass sie jetzt zu Beginn ihrer Tätigkeit wirtschaftlich nicht gut dasteht. „Mein Tipp wäre, anfangs bescheiden zu sein und keine großen Sprünge zu machen.“
Entschädigt wird sie allemal, denn es gibt viele schöne Momente in ihrem Alltag, der auch von Sterbebegleitung und der Behandlung von Schmerzpatienten geprägt ist. Die vielen verschiedenen Menschen, die sie kennen lernte und auch die Hausbesuche, machen ihren Beruf zu etwas Besonderem.
„Das eigentlich Schönste ist, wenn ein Lächeln oder ein einfaches Danke zurückkommt.“

Imageaufwertung
- Hausärzte sind keine angesehene Berufsgruppe, weder in der Bevölkerung, noch bei den fachärztlichen Kollegen. Die Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin würde bei der Aufwertung helfen.
- Berufsbild transparenter machen: Die Zeiten von 24/7 sind vorbei!

Kollegialer Austausch
- Ältere Kollegen helfen gerne – bei Einrichtungsfragen, medizinischen Unklarheiten und wirtschaftlichen Aspekten.
- Teilnahme in Qualitätszirkeln, Balintgruppen etc. hilft sowohl dem Arzt als auch dem Patienten.

Fazit: Sobald man den Beschluss fasst, in die Allgemeinmedizin gehen zu wollen, sollte man unbedingt schon in den Beruf schnuppern. Für den Beginn sollte man sich auch unbedingt professionelle Hilfe eines Wirtschaftsmanagers suchen, denn sonst wird man von diesem Aspekt erschlagen. „Die Arbeit an sich ist aber unvergleichbar – es ist und bleibt einfach mein Traumberuf!“

„Ich bin glücklich!“

Dr. JUTTA ZACH ist seit 1987 Kassenärztin und ist nach wie vor glücklich in ihrem Beruf. Durch die langjährige Erfahrung und Freude an der ständigen Weiterbildung hat sie nach und nach mehr Sicherheit gewonnen. Doch Anfangs hatte auch sie Probleme: „Der Sprung vom Turnus in die Praxis war schwierig, weil ich plötzlich alleine Entscheidungen treffen musste. Die andere Schwierigkeit war, den Betrieb aufzubauen und sich den wirtschaftlichen und Einrichtungsfragen zu stellen.“ Geholfen haben ihr damals Kollegen, die schon Praxen aufgebaut hatten und ein guter Steuerberater. „Trifft man von Anfang an die richtigen wirtschaftlichen Entscheidungen, ist man einfach freier für die medizinische Tätigkeit. Weiterempfehlen kann sie auch die Teilnahme an einer Balintgruppe, was Zach schon seit Beginn ihrer Tätigkeit selbst praktiziert. Dies hilft ihr auch dabei, mit schwierigen Patienten besser umgehen zu können. „Es ist einfach eine Art Supervision.“

Dr. Jutta Zach

Für ihr Engagement wurde sie stets belohnt: „Ich habe immer sehr guten Kontakt mit den Patienten gehabt und hatte das Gefühl, dass ich rasch angenommen wurde. Ich hatte nur am Anfang das Problem, dass ich als sehr jung angesehen wurde, aber ich konnte mir über die Arbeit meine berufliche Autorität schaffen.“
Der größte Lohn sind neben der Rückmeldung der Patienten und dem guten Verhältnis auch die Erfolge der Arbeit nach Jahren der Betreuung, in denen man auch miterlebt, wie die ärztliche Betreuung sich auf eine gesamte Familie auswirken kann.

Fazit: Ein Teil der Arbeit als Allgemeinmediziner in der Kassenpraxis ist wirtschaftlich, dafür muss man bereit sein. „Wirklich hilfreich für die Niederlassung ist es, sich einen guten kollegialen Umgang zu suchen und Netzwerke aufbauen. Außerdem würde ich jedem zukünftigen Allgemeinmediziner raten, so viele praktische Erfahrungen zu sammeln wie möglich.“

„Aber der alte Doktor **hat doch immer …“**

KONTINUITÄT ODER NEUBEGINN – Erfahrungen mit dem Umgang mit Beharrungstendenzen bei Patienten oder Personal nach der Ordinationsübernahme.

APRIL 2011, vielleicht am Stammtisch einer Landgemeinde im Waldviertel: „Der Neue ist da. Endlich haben wir wieder einen Hausarzt – wir haben schon Angst gehabt, es kommt keiner mehr – wo sollten wir denn da hingehen? Habt's Euch den schon angeschaut?“

HEUTE GEMMA DOKTOR SCHAUN …

Erster Tag. Ich komme abends euphorisch und zugleich ziemlich müde nach Hause. Alles hat geklappt, es ist nichts Gröberes schiefgelaufen, den Ansturm haben wir auch ganz gut bezwungen. Und – Gott sei Dank! – keiner wollte die „rote Spritze“.
Natürlich war von vorne herein klar, dass ich viel länger brauche als mein Vorgänger nach über dreißig Jahren Begleitung seiner Patienten. Damit nicht alle stundenlang warten müssen, haben wir vom ersten Tag an begonnen, Termine zu vergeben: vor Ort, wenn eine längere Wartezeit vorauszusehen war, und natürlich auch telefonisch. Auch diese Termine waren oft nicht zu halten. Dann wurde eben angerufen und die Termine verschoben, was auch sehr goutiert wurde. Einigen älteren Patienten war diese Veränderung natürlich nicht gleich zuzumuten. Ich erinnere mich noch gut an den Einwurf meiner Sprechstundenhilfe, so könne man – ich – nicht mit den Älteren umgehen, als ich sie kurzerhand wegschickte und zwei Stunden später neuerlich bestellte. Wahrscheinlich hatte sie Recht. Damals dachte ich mir, es kann doch nicht wirklich jemand ernsthaft glauben, er könne bei einem Neustart einer Ordination – „meinem“ Projekt – einfach dastehen und erwarten, in der nächsten halben Stunde dranzukommen. Außerdem sah ich natürlich gleich meine Veränderungen sabotiert. Heute ist mir klar, dass diese Erwartung der Patienten nicht böse Absicht, sondern einfach ihre Gewohnheit war. Und nur weil ich mir den Kopf zerbrach, was ich alles anders machen möchte, setzte ich auch voraus, dass alle anderen Veränderungen gegenüber ebenso aufgeschlossen waren.
Überhaupt war ich einige Male sehr überrascht über meine neuen Patienten. Mit derselben Offenheit, mit der sie mir begegneten, einer Art Urvertrauen in mich als Arzt (das ich selber in mich nicht hatte) erwarteten sie auch wie selbstverständlich, dass irgendwie alles so bliebe wie zuvor.

ENTSCHLOSSENHEIT VS. PATIENTENBEGEHREN

Und dann kam es doch – das Begehren nach der „roten Spritze“. Ich erklärte, warum ich sie nicht gebe, zeigte Alternativen, die durchaus auch gut wirksam waren – wenn auch natürlich nicht so

Manchmal brauchen Patienten einfach Zeit, um dem „neuen Herrn Doktor“ zu vertrauen

prompt wie das gute alte Cortison. Das rief zumindest Neugierde hervor, und natürlich Diskussionen. Kurzfristig war ich schon so weit, meine Entschlossenheit aufzugeben und wider meine Überzeugung dem Begehren nachzugeben. Zum Glück tat ich es nicht, denn rasch war mir klar, dass eine Therapie nach Wunsch des Patienten den Arzt schnell in Bedrängnis bringt. Was mit der Wunschmedikation, dem Wunschkrankenstand, diversen Bestätigungen auf Wunsch beginnt, endet nicht immer gleich mit Lüge oder Fälschung, aber doch schnell beim Verbiegen der Wahrheit. Und letztlich mit dem Verlust meiner freien Entscheidungsfähigkeit nach den Regeln der Kunst.
Heute fragt kaum mehr jemand nach der „roten Spritze“, der eine oder andere berichtet, sie im Wochenenddienst vom Kollegen bekommen zu haben. Ich ärgere mich zwar dann immer noch, bin mir aber treu geblieben. Triumph war für mich die Äußerung eines Patienten: „G'holfen hat's eh nix, nach drei Tag' war's wieder desselbe.“

VISITE – NUR WENN WIRKLICH NOTWENDIG

Und dann noch die Visiten. Ich nahm es wirklich sehr wörtlich mit der Gehunfähigkeit, die die Krankenkasse für Transporte und Visiten voraussetzt. Natürlich war das eine Umstellung für einige, aber für mich einfach eine Notwendigkeit. Ordination von 8–17 Uhr, ohne wirkliche Pause, Mittagessen im Stehen – ich lernte mein Müsli lieben – und dann noch einige Visiten, bei denen ich zur Begrüßung hörte: „Na Sie sind aber spät dran, jetzt ist's ja schon finster.“ Drei Autos stehen vor der Tür des gehfähigen Pa-

© Shutterstock.com

tienten – da hatte ich kein Verständnis. Für die Bequemlichkeit meiner Patienten rotiere ich nicht den ganzen Tag.
Ich hatte natürlich trotzdem öfter ein schlechtes Gewissen, aber letztlich fühle ich mich bestätigt: Ein sicher schwer gehbehinderter Patient, der mit der betreuenden mobilen Schwester zu mir in die Ordination gefahren wird, mit dem Krankentransport ins Spital, kann mit dem Mopedauto sehr wohl seine Bank aufsuchen. Diese befindet sich pikanterweise im selben Gebäude wie meine Ordination, ist aber im Gegensatz dazu nicht barrierefrei erreichbar … Nun, auch aus dieser Erfahrung lernte ich, dass meine Verpflichtung zum Wohl des Patienten nicht bei seiner Bequemlichkeit oder dem Nicht-zuständig-Fühlen seiner Angehörigen beginnt. Und wie die Augen leuchten, wenn sie einmal im Wartezimmer unter Leute kommen, raus aus der Isolation der Zimmerdecke des Einsiedlerhofes. Da kann's schon einmal passieren, dass beim eifrigen Plaudern der Aufruf in die Ordination überhört wird. Dann hol' ich sie eben selber aus dem Wartezimmer ab.

UMSTELLUNG AUCH FÜRS PERSONAL

Natürlich waren mit diesen Neuerungen auch Umstellungen für meine beiden Mitarbeiterinnen verbunden. Sie mussten diese Veränderungen ja auch verkaufen. Visiten konnten nicht einfach bestellt werden, sondern es war Rücksprache mit mir erforderlich. Das Laborsystem wurde mehrfach umgestellt, zusätzliche Aufgaben wie die Durchführung von Laborschnelltests, Abrechnung, Wartung der Hausapotheke und DMP übertragen.
Letztlich stieg mit dem Grad der Eigenverantwortlichkeit der Mitarbeiter deren Motivation. Widerstände gab es daher eigentlich nicht. Außerdem war mir von Anfang an eine Arbeit im Team mit Wahrnehmen der Resonanz meines Personals sehr wichtig, um bestehende, etablierte Strukturen auszubauen und Neues erfolgreich umzusetzen zu können.
Somit lässt sich für mich das trennende „oder" in der Einleitung in ein verbindendes „und" umwandeln: Eine Praxisübernahme vereint im Idealfall Kontinuität und Veränderung. Und beides ist ja nicht nach der Phase der Übernahme vorbei: Auch eine Praxis – und das sind ja wir im Team – lernt lebenslang.

Dr. BENEDIKT HOFBAUR
Arzt für Allgemeinmedizin, Arbesbach
benedikt.hofbaur@gmx.at

Hausbesuche gibt es nur, wenn sie wirklich erforderlich sind

Niederlassung – die Zügel selbst in der Hand halten

SELBSTÄNDIGKEIT. Eigenverantwortung. Unabhängigkeit. Sollten diese Begriffe ein wohliges Kribbeln in Ihrer Magengrube verursachen, dann schlummert in Ihnen möglicherweise eine unternehmerische Seele.

WENN SIE mit der alltäglichen Tätigkeit als Arzt in einem Krankenhaus vollauf zufrieden und rundum glücklich sind, dann wollen wir Sie von diesem Standpunkt gar nicht abbringen, sollten Sie allerdings bereits einen Keim der Selbständigkeit in Ihnen tragen, dann möchten wir Ihnen aus eigener Erfahrung sagen: Es gibt nichts Spannenderes und Befriedigenderes, als selbständig zu sein, die Zügel selbst in der Hand zu halten und die Geschicke des eigenen Unternehmens zu bestimmen.

Natürlich ist der Schritt in die Niederlassung kein einfacher, es ist für Sie unentdecktes Land. Möglicherweise haben Sie Bedenken ob der unbekannten Gefahren, die dort lauern können – diese Ängste möchten wir Ihnen nehmen. Zum einen haben wir selbst am eigenen Leib diese Unsicherheiten am Weg in die eigene Selbständigkeit verspürt, zum anderen haben wir bereits hunderte Ärzte bei der Ordinationsgründung begleitet und unterstützt. Wir kennen daher die Fragen, die Jungmediziner oftmals zögern lassen:

- Muss ich mich vor einer Niederlassung fürchten?
- Soll ich neu gründen oder eine Praxis übernehmen? Wie hoch sind Praxisablösen an den Vorgänger?
- Wie viel muss ich investieren? Woher nehme ich das Geld? Kann ich mir das Ganze überhaupt leisten und die Kredite zurückzahlen? Wie groß ist die Pleitegefahr?
- Wie organisiere ich die Praxis? Was habe ich als Dienstgeber zu tun? Wie läuft das mit dem Personal?
- Was passiert, wenn ich einmal krank bin? Kann man neben der Ordination ein Privat-/Familienleben haben? Ist die Niederlassung für Frauen überhaupt geeignet?
- Worauf muss man besonders aufpassen? Wie kann man Gefahren in den Griff bekommen?
- Wer hilft mir bei der Gründung und danach?

Die erste Frage ist sehr schnell beantwortet: NEIN! Die letzte Frage bietet gleichzeitig die Lösung für die meisten Probleme: Exzellente Beratung!

Für alle Teilbereiche der Niederlassung als Arzt gibt es spezialisierte Berater, deren Hilfe Sie in Anspruch nehmen können und sollen. Für berufsrechtliche Fragen gibt es die Ärztekammer, für Rechtliches gibt es Anwälte, für Versicherungen gibt es Makler, für die Ordinationseinrichtung gibt es Ausstattungsfirmen, für wirtschaftliche Belange, Rechnungswesen und Personalverrechnung gibt es Steuerberater.

ZENTRALE KOORDINATIONSSTELLE: STEUERBERATER

Viele einzelne Berater. Viele einzelne Spezialisten. Viele „Fachärzte“. Die Idee des Allgemeinmediziners – des Hausarztes – in der Medizin ist, als zentrale Stelle und Koordinator in allen gesundheitlichen Belangen zu fungieren. Eine Person, die zwar Sonderfragen an spezialisierte Fachärzte weiterverweist, aber über alle Maßnahmen den Überblick und die Kontrolle hat.

Genauso sollte die Beratung im Hinblick auf Ihre selbständige Tätigkeit erfolgen, beginnend bei (noch besser bereits vor) der Praxisgründung. Sie benötigen einen ständigen Begleiter, einen Coach, der den Überblick über die Gründungsschritte hat und Ihnen mit Rat und Tat zur Seite steht. Aus unserer Sicht ist diese Schaltstelle am besten beim Steuerberater aufgehoben, dort laufen alle Fäden zusammen, und alle Schritte und Unternehmungen wirken sich dort aus, nämlich in der Buchhaltung – in Euro. Das ist im Wirtschaftsleben jene Größe, in der sich alle Maßnahmen auswirken und die das Ausmaß des Erfolgs beschreibt.

Wir beraten und begleiten ausschließlich Ärzte und stellen bei unserer täglichen Arbeit fest, dass besonders die steuerlichen und wirtschaftlichen Herausforderungen Praxisinteressenten oftmals vor dem Schritt in die Selbständigkeit zurückschrecken lassen. Diesem Umstand wollen wir entgegenwirken, so manche Gerüchte zerstreuen und die Herausforderungen der Niederlassung transparenter machen.

VON DER IDEE ZUR PLANUNG

Diese sind sehr individuell, daher muss die Beratung auf die jeweils konkreten Rahmenbedingungen abgestimmt sein. Als Berater gehen wir dabei genauso vor wie Ärzte beim Erstgespräch mit dem Patienten: Man macht eine Anamnese. Je ärztevertrauter der Berater ist, desto zielführendere Fragen kann er stellen und sogar bis zu den inneren Beweggründen für die Praxisgründung vorstoßen; auch das private Umfeld ist dabei nicht außer Acht zu lassen, nachdem die Niederlassung nicht nur den Arzt selbst, sondern auch seine Familie betrifft, jetzt und in der Zukunft.

Es beginnt mit ganz generellen Fragen, ob es sich um eine Neugründung oder eine Praxisübernahme handelt, um eine Kassenpraxis oder eine Wahlarztpraxis, um eine haupt- oder nebenberufliche Niederlassung. Auf diese Weise wird man zu der derzeitigen, gedanklichen Ordination vordringen, der Mediziner würde sagen: zur Diagnose. Danach können die Gefahren (besser: die zu bewältigenden Aufgaben) konkretisiert und dargestellt werden, wie man an die Aufgabenbewältigung am besten herangeht. Eine gute Methode, der Praxisgründung konkretere Formen zu verleihen, ist ein sogenanntes Unternehmensplanspiel. Es ist eine intuitive Herangehensweise an das komplexe Thema Niederlassung und in unseren Intensiv-Workshops zur Praxisgründung bei den Ärzten

© Bobo - Fotolia.com

sehr beliebt. Wir gründen dabei mit dem Arzt gemeinsam eine virtuelle Praxis und gehen die Praxisgründungsschritte durch: Begonnen wird beim Raumbedarf für die Praxis und der davon abhängigen Miet- und Betriebskosten, die notwendigen Investitionen (mit oder ohne Ablöse) werden besprochen und ein Investitionsplan erstellt. Die Personalkosten sind in der Regel die größte Kostenposition in einer Praxis; ihnen ist daher großes Augenmerk zu widmen, sodass der gewünschte Mitarbeiterstab zusammengestellt und je nach erforderlicher Wochenstundenanzahl und erforderlicher Qualifikation der Mitarbeiter in Euro bewertet, d.h. in Kosten umgewandelt werden kann.
Genauso werden alle übrigen kostenverursachenden Positionen der virtuellen Praxis durchgeplant, wir können hierbei auf Vergleichswerte aus unserer beruflichen Erfahrung zurückgreifen und sie daher realistisch bewerten.

GANZHEITLICHE INDIVIDUELLE BERATUNG

Wenn die Kostenseite der virtuellen Praxis im Wesentlichen ermittelt ist, wird die Finanzierung intensiv beleuchtet und – je nachdem, ob private Geldmittel eingesetzt werden sollen oder nicht (Vorteilsabwägung!) – ein Finanzplan erstellt, in dem natürlich auch auf jene Zeit, in der es noch keine Einnahmen gibt oder diese erst anlaufen, Bedacht zu nehmen ist. Bei der Übernahme von Kassenpraxen wird man die voraussichtlichen Geldflüsse seitens der Kassen zeitlich einplanen können. Die Unterstützung durch Ihren Berater sollte aber nicht vor dem Bankportal enden, sondern auch die Einholung/Aufbereitung von Bankangeboten umfassen, die dann mit Erläuterung der wichtigsten Eckdaten zur Entscheidungsfindung besprochen werden.
Ähnliches sollte im Hinblick auf die mit der Praxisgründung erforderlichen Versicherungen (inkl. allfälliger Privatversicherungen für die Absicherung der Familie) erfolgen. Auch hier ist eine unabhängige Beratung ohne Provisionsinteresse wichtig; so können unsinnige Versicherungsverträge verhindert werden, wenn man entsprechende Branchenkenntnis bei Arztpraxen einbringen kann. Sämtliche Fragen sind mit dieser individuellen Praxisentwicklung behandelbar und kein Fragenkomplex bleibt dabei auf der Strecke. Wichtig ist, dass der Berater eine ganzheitliche Sicht anwendet, d.h. die Branche kennt und auch alle Teilbereiche der Praxisgründung abzudecken bereit ist.

DIE GRÜNDUNGSPHASE, EINE HEIKLE ZEIT

Die Praxisgründungsphase ist die allerwichtigste im ganzen ärztlichen Berufsleben; hier sollte – so wie in der Medizin – nicht auf Untersuchungen verzichtet werden, wenn sie zur Erhellung des Praxisgründungsvorhabens von Auswirkung sind. Bei der Praxisgründung kann – abhängig von der Qualität der Beratung – viel Geld gewonnen oder verloren werden. Gefahren können vermieden werden, wenn die Beratung nicht punktuell, sondern laufend und automatisch erfolgt, nicht erst auf Anfrage. Sie benötigen einen Coach, einen Begleiter in allen wirtschaftlichen Angelegenheiten, auch die Entnahmen für Privatzwecke müssen – je nach Praxisprojekt – individuell errechnet und besprochen werden, bis hin zu einem Entnahme-Modus, der für Sie bequem ist und bei dem keine Gefahr besteht, Überentnahmen zu tätigen (z.B. unkontrollierte Entnahmen von Bargeld bei Hausapotheken).
Eine Praxisgründung ist wie eine Operation: Der Patient – in diesem Fall sind Sie der Patient – muss auch nach dem Eingriff laufend in Beobachtung sein. Das erzielt man im wirtschaftlichen Bereich am besten durch die monatliche Buchhaltung beim Steuerberater. Sie ist die Nabelschnur zwischen Ihrem Unternehmen und Ihrem Berater und ermöglicht den lebenswichtigen Informationsaustausch! Die Ergebnisse der Verbuchung müssen für Sie verständlich kommentiert werden; mit der Übersendung von Zahlenlisten alleine werden Sie nicht ausreichend informiert, um Ihr Unternehmen effektiv steuern zu können. Bereits während des Jahres sollten daher automatisch mehrmals Ergebnishochrechnungen erfolgen, damit Fehlentwicklungen entgegengewirkt und für die zu erwartende Steuerlast vorgesorgt werden kann.
Die Organisation der Praxis im Hinblick auf die Erfüllung der verschiedenen bürokratischen Steuergesetze ist ebenfalls ein wichtiger Beratungsbereich. Dabei sollte bei Praxisübernahmen auf gegebene Strukturen Rücksicht genommen werden; wenn diese sich aber als unzureichend oder nicht mehr zeitgemäß herausstellen, sollte im Dialog mit allen Betroffenen (z.B. übernommenem Personal) ein individuell optimierter Organisationsweg erarbeitet werden. Dies betrifft nicht zuletzt die Kontrolle der zu führenden Aufzeichnungen, der Belegausstellung (Honorarnoten), der Belegsammlung usw. Aus unserer Erfahrung gesprochen ist ein Lokalaugenschein vor Ort (in der Praxis) durch den Steuerberater bei Anwesenheit der in diese Prozesse eingebundenen Ordinationsmitarbeiter die beste Lösung.

„WAGEN SIE DEN SCHRITT!“

Wir hoffen, Ihnen mit den vorgehenden Ausführungen die mögliche Angst vor dem Schritt in die Selbständigkeit, vor der Niederlassung als Hausarzt, genommen zu haben. Gut begleitet kann Ihnen nichts passieren, egal ob Sie Mann oder Frau sind. Bei Frauen ist naturgemäß der Familienplanung in der Regel eine größere Aufmerksamkeit zu widmen; hier müssen Kinderwünsche, privates Umfeld und Vertretungsmöglichkeiten intensiv dargestellt und die Optionen im Vorfeld besprochen werden. Unserer Meinung nach wird in Zukunft die Führung von Hausarztpraxen durch Ärztinnen erleichtert werden müssen; die Politik wird hier nicht länger wegschauen können.
Abschließend nochmals eine Bestärkung für Sie, wenn Sie schon einmal einen Wunsch nach einer eigenen Praxis verspürt haben: Wagen Sie diesen Schritt! Das Praxisleben ist belebend und hält jung und aktiv! Die Arbeitsqualität ist für Unternehmerseelen ohnehin in der eigenen Praxis am besten, weil Sie hier Ihre eigenen beruflichen Vorstellungen verwirklichen können. Wichtig ist nur, dass Sie nicht alleine gelassen werden und ein branchenspezialisierter Berater Ihre steuerliche und wirtschaftliche Gesundheit kontrolliert und begleitet.

Dr. KARL BRAUNSCHMID
Ärztetreuhand Dr. Braunschmid
4020 Linz, 8010 Graz
kanzlei@braundschmid.at

Mag. KARL BRAUNSCHMID
Ärztetreuhand Dr. Braunschmid
4020 Linz, 8010 Graz
kanzlei@braundschmid.at

© K.-U. Häßler - Fotolia.com

Nur Ärztinnen und Ärzte, die tatsächlich gerade die betreffenden Patientinnen und Patienten behandeln oder betreuen, haben Zugriff auf die Gesundheitsdaten

ELGA kommt: Was erwartet Ärzte und Patienten wirklich?

SEIT JAHRESBEGINN ist das Zugangsportal zur elektronischen Gesundheitsakte ELGA unter www.gesundheit.gv.at erreichbar, ab 2015 werden die ersten Spitäler schrittweise mit ELGA arbeiten. Ein Überblick, was diese Neuerung für Ärzte und Patienten bedeutet.

„HERR DOKTOR, in der Früh nehm' ich zwei von den kleinen weißen Pillen, mittags die großen Kapseln und am Abend die eckigen rosa Tabletten" – solche Aussagen von Patientinnen und Patienten auf die Frage, welche Medikamente sie denn nehmen, sind, bei allem Verständnis für den medizinischen Laien, leider keine Seltenheit. In unserem Gesundheitssystem haben Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte selbst zu wählen. Bedingt durch die Spezialisierung in der Medizin und eine abgestufte Behandlungsorganisation findet die Patientenversorgung zumeist in vielen verschiedenen Gesundheitseinrichtungen statt. Entscheidungen für Diagnostik, Therapie und Medikation werden daher – insbesondere bei Personen mit chronischen Erkrankungen – an ganz unterschiedlichen Stellen getroffen.

UNTERSTÜTZUNG FÜR ÄRZTE

Ein durchgehender Informationsfluss über Befunde und Medikamentenverordnungen zwischen behandelnden Ärztinnen und Ärzten oder den Krankenhäusern ist gegenwärtig nicht immer gegeben. Übernehmen es nicht die Patientinnen und Patienten selbst, ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte zu informieren, kennen diese beispielsweise die Verordnung oder den Befund ihrer vorbehandelnden Kollegen und Kolleginnen nicht und umgekehrt. Müssen Patientinnen oder Patienten im Krankenhaus im Rahmen eines Notfalls versorgt werden, besteht häufig gar keine Möglichkeit zur Nachfrage. Genau hier setzt die elektronische Gesundheitsakte ELGA an. Die Information kann so mit der Patientin oder dem

© Brigitte Meckle – Fotolia.com

Meine elektronische Gesundheitsakte.
Meine Entscheidung!
Mehr Information: ELGA-Serviceline 050 124 4411 oder elga.gv.at
elga

Patienten auf dem Weg durch das Gesundheitssystem „mithalten“. Bereits heute sind ja die meisten medizinischen Befunde in den Rechenzentren der erstellenden Organisation, z.B. eines Spitals oder Pflegeheims, gespeichert. Mit ELGA können in Zukunft Ärztinnen und Ärzte, sowohl im Spital als auch in der Kassenordination, die Befunde oder die Medikationsübersicht ihrer Patientinnen und Patienten, die aktuell bei ihnen in Behandlung sind, komfortabel im Wege ihrer Arbeitsplatzsoftware aufrufen, ausdrucken oder speichern. ELGA dient so den Ärztinnen und Ärzten als unterstützende Entscheidungsgrundlage für Diagnostik und Therapie. Befunde, Entlassungsberichte und Medikation sind – neben dem jeweiligen Fachwissen – unabdingbare Voraussetzung für eine hochqualitative ärztliche Gesundheitsversorgung.

NUTZEN FÜR PATIENTEN

Krankenhaus-Entlassungsbriefe, Laborbefunde, Röntgenbefunde sowie Medikationslisten sind wichtige Puzzlesteine im Gesamtbild des Gesundheitszustandes eines Patienten. Im ELGA-Portal werden diese nach einem gesicherten Log-in (Handysignatur oder Bürgerkarte) auf www.gesundheit.gv.at für die einzelne Bürgerin oder den einzelnen Bürger automatisch zusammengestellt. Die Patientin oder der Patient kann so mit ELGA schnell und sicher selbst auf die eigenen Gesundheitsdaten zugreifen. Röntgenbefunde und künftig auch -bilder, Laborbefunde und Entlassungsbriefe müssen nicht mehr

zum Arztbesuch mitgenommen werden. Medikationen und Dosis-angaben können nicht mehr vergessen werden. In Zukunft sollen weitere Befunde und ELGA-Anwendungen integriert werden, z.B. ein elektronischer Impfpass. ELGA bringt den Bürgerinnen und Bürgern zukünftig mehr Wissen und stärkt so ihre Gesundheitskompetenz. Die Zugriffsrechte für ihre Gesundheitsdiensteanbieter (Ärztinnen und Ärzte, Spitäler, Pflegeeinrichtungen), bei denen sie aktuell in Behandlung oder Betreuung sind, können Patientinnen und Patienten mit ELGA selbst „verwalten“. Der Zugriff auf die eigenen Dokumente kann beispielsweise gesperrt, verkürzt oder verlängert werden, ebenso kann ein Zugriffsprotokoll abgerufen werden. Wer als Patientin oder Patient ELGA nicht nutzen möchte, kann einen Widerspruch bekannt geben, diesen aber auch jederzeit wieder rückgängig machen.

MEHR SICHERHEIT, KLARE ZUGRIFFSREGELUNGEN

Das Ziel von ELGA ist die Unterstützung von ELGA-Gesundheitseinrichtungen beim Umgang mit Befunden und Medikamentenverschreibungen zum Wohle der Patientinnen und Patienten, vor allem dann, wenn mehrere Gesundheitseinrichtungen am Behandlungsprozess beteiligt sind. Im ELGA-Gesetz ist klar geregelt, wer mit ELGA auf Gesundheitsdaten zugreifen darf. Der Zugriff ist damit streng auf jene Ärztinnen, Ärzte oder Gesundheitseinrichtungen beschränkt, die tatsächlich gerade die betreffenden Patientinnen und Patienten behandeln oder betreuen. Im niedergelassenen Bereich wird dies technisch so abgesichert, dass das Stecken der e-card des Patienten oder der Patientin die Grundvoraussetzung für die Zugriffsmöglichkeit dieser Ordination ist.

KEINEN Zugriff auf ELGA haben somit:

- Chefärztinnen und -ärzte der Sozialversicherungen
- Ärztinnen und Ärzte, die für private Versicherungen Untersuchungen durchführen
- Behörden sowie Amtsärztinnen und Amtsärzte
- Schulärztinnen und Schulärzte
- Betriebsärztinnen und Betriebsärzte
- Stellungsärztinnen und -ärzte des Bundesheeres
- jene Gesundheitsdiensteanbieter, die durch den Patienten vom Zugriff ausgeschlossen wurden

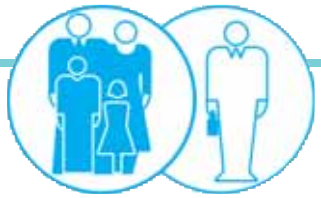
SICHERER EINSTIEG, VERSCHLÜSSELTE ÜBERTRAGUNG

Mit Bürgerkarte und Handysignatur stehen Methoden für die persönliche Identifizierung beim Einstieg ins ELGA-Portal zur Verfügung, die im e-Government bereits erprobt wurden und sich bestens bewährt haben. Die eindeutige Identifikation der Person ist eine wichtige Voraussetzung für den Datenschutz und die Qualität der medizinischen Behandlung und Betreuung. Für den Abruf der ELGA-Gesundheitsdaten durch berechtigte Gesundheitsdiensteanbieter oder die Bürgerin oder den Bürger selbst werden höchste Sicherheitsstandards angewendet. ELGA-Gesundheitsdaten werden bei der Kommunikation zwischen Gesundheitsdiensteanbietern ausschließlich in verschlüsselter Form transportiert. Bei missbräuchlicher Verwendung der ELGA-Gesundheitsdaten drohen hohe Strafen. Bei Verdacht auf Datenmissbrauch können sich die Bürgerinnen und Bürger zukünftig an die ELGA-Ombudsstellen bei den regionalen Patientenanwaltschaften wenden. Dort erhalten sie u.a. Information, Beratung und Unterstützung in Angelegenheit des Datenschutzes.

BESSERER INFORMATIONSFLUSS

Ziel von ELGA ist die Unterstützung der medizinischen Behandlung und Betreuung durch einen verbesserten Informationsfluss, vor allem dann, wenn mehrere Gesundheitseinrichtungen entlang einer Behandlungskette zusammenarbeiten. Eine moderne und integrierte Gesundheitsversorgung verlangt ganz klar, dass alle Gesundheitsdienste, die ein Patient oder eine Patientin braucht, eng zusammenarbeiten und strukturiert kommunizieren. Durch ELGA werden sich neue Formen der übergreifenden Zusammenarbeit und Kommunikation im Gesundheitswesen ergeben. Damit hat ELGA das Potenzial, wesentlich zu einer grundlegenden Modernisierung des österreichischen Gesundheitssystems beizutragen.

© Fotolia Candy Box Images



„Wir im Praxisteam haben gemeinsame Ziele“

IN DER LANDÄRZTLICHEN ORDINATION von Dr. Gottfried Thalhammer funktioniert die breite allgemeinmedizinische hausärztliche Versorgung dank der guten Zusammenarbeit aller Teammitglieder. Neben dem Fokus auf zufriedene Patienten wird auch Fortbildung großgeschrieben – für die Arztassistentinnen und für Medizinstudenten und Turnusärzte.

1986 HABEN MEINE GATTIN BIRGIT UND ICH uns in Rohrbach an der Lafnitz niedergelassen und von meinem Vorgänger eine große Praxis für Allgemeinmedizin mit Hausapotheke übernommen.
Die Gemeinde Rohrbach an der Lafnitz liegt an der Südseite des Wechsels im oststeirischen Berg- und Hügelland. Sie weist eine ländliche Struktur mit einer hohen Gewerbedichte auf. Dennoch müssen viele Einwohner zur Arbeit oft bis nach Wien oder Graz oder in das nahe Burgenland pendeln.
Dieser Umstand prägt seit nunmehr 28 Jahren die Gestaltung unserer Ordinationszeiten.
Von Dienstag bis Samstag steht die Ordination der Bevölkerung zur Verfügung. Vormittags sind die Ordinationszeiten angesetzt, nachmittags Hausbesuche, spezielle Termine für Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, Vorsorgeuntersuchungen, Eingriffe aus der kleinen Chirurgie, Beratungstermine.
Seit dem Jahre 2009 gibt es nun in der Zeit von 19–7 Uhr einen bezahlten Wochentagsnachtbereitschaftsdienst. Ab 14 Uhr macht der diensthabende Kollege bereits den Hintergrunddienst, damit haben wir alle im Sprengel an Lebensqualität gewonnen.
Jeder Kollege hat in unserem Dienstsprengel einen Wochentag übernommen. Die Wochenenddienste einmal im Monat werden in Absprache mit den Sprengelkollegen eingeteilt.
Der Montag ist ordinationsfrei und wird für Tätigkeiten im Distriktsarztwesen, im Lehrauftrag für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Universität Graz, aber auch zur Freizeitgestaltung genutzt.

OHNE TEAM NICHT MÖGLICH

Trotz Absolvierung der Lehrpraxis und einer guten medizinischen Ausbildung, brachten die eigenverantwortliche Praxisführung und die Führung der Hausapotheke neue Aufgaben, die nur im Team für mich bewältigbar waren und auch heute noch sind.
Unsere Ordination umfasst eine Fläche von 170 m² und beinhaltet neben der Rezeption und dem Wartebereich ein Sprechzimmer für Beratungsgespräche, einen multifunktionalen Behandlungsraum für kleine Eingriffe, Untersuchungen und Wundversorgungen. Bewährt hat sich der eigene, mit Spielsachen ausgestattete Raum für die Kinder. In diesem können unsere kleinen Patienten mit ihrer Begleitung auf die Untersuchung vorbereitet werden und in kindgemäßer Umgebung warten. Der Laborbereich, die Infusionsliegen sowie der Physiotherapie- und Massagebereich finden sich in einem durch Kojen gegliederten Zentralraum. Ein kleines Büro, ein Sozialraum und Nebenräume für Toiletten und Raumpflege ergänzen die Raumaufteilung.
In unserem Team arbeitet meine Gattin Birgit als Arztassistentin und im Back-Office-Bereich. Kassenabrechnungen, Finanzverwaltung, Personalabrechnungen, Kommunikation mit Software-/Hardwarefirmen, Steuerberatung, Versicherungen, Qualitätssicherungsmaßnahmen sind oft zeitaufwändig und erfordern umsichtiges Handeln.
Weiters Frau Monika Zisser als Arztassistentin vorwiegend in der Anmeldung und als Unterstützung im Hausapothekenbereich.
Frau Theresia Prenner hat eine Ausbildung als Heilmasseurin und Heilbademeisterin absolviert und arbeitet als Heilmasseurin und in der Physiotherapie der Praxis und in der Patientenverwaltung.
Frau Helga Feichtinger steht mir als Diplomkrankenschwester und ausgebildete Diabetesberaterin zur Seite. Sie führt zusammen mit mir die Schulungen im Rahmen des DMP–Diabetes „Therapie Aktiv” und „Herz-Leben” und begleitet mich auf den Notfallvisiten. Sie betreut Labor, EKG, LUFU, ABI-Messungen, parenterale Therapien, Wundversorgung, Patientenvorbereitung und Notfallversorgung.

BEREICHSÜBERGREIFENDES ARBEITEN

Die Teammitglieder sind dergestalt ausgebildet, dass sie auch bereichsübergreifend tätig werden können, womit auch eine Vertretungsmöglichkeit gegeben ist. Der Einblick in die verschiedenen Arbeitsbereiche erfordert Flexibilität und fördert die Gesamtschau für die Funktionalität der Praxis.
Im täglichen Praxisablauf ist es immer wieder notwendig die Abläufe neu zu überdenken und im Sinne der Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität zu optimieren. Dabei sind sowohl die „Arbeiten nach außen“, das heißt die Arbeiten am Patienten, als auch die „Arbeiten nach innen“, das heißt die interne Kommunikation und Kooperation, im Auge zu behalten.
Im Frühsommer 2013 haben wir unsere Rezeption und den Warteraum funktionell und optisch neu gestaltet. Dabei ging es darum, die Arbeitsplatzsituation in der Anmeldung und das Patientenmanagement in diesem Bereich zu optimieren.

Das Praxisteam (v.l.n.r.): Frau Monika Zisser, Frau Theresia Prenner, Dr. Gottfried Thalhammer, Frau Helga Feichtinger, Frau Birgit Thalhammer

Arbeit im Team ist für uns die Zusammenarbeit einer Gruppe von Personen, um ein gemeinsames Ziel zu erreichen.
Unser Bestreben ist eine möglichst breite allgemeinmedizinische hausärztliche Versorgung im ländlichen Raum anzubieten, das bedeutet eine vertrauensvolle, individuelle, familienzentrierte, zeitnahe, wohnortnahe, problemübergreifende, wo möglich evidenzbasierte, meist langfristige Patientenversorgung und Patientenbetreuung.
Unser Ziel ist der effektiv und qualitätsvoll behandelte Patient, der zufrieden die Praxis verlässt bzw. vertrauensvoll wiederkommt.
Effektivität in diesem Zusammenhang bedeutet für uns, dass alle notwendigen Maßnahmen, die die Behandlung eines Patienten erfordern, planvoll und strukturiert ablaufen.
Qualität in der Behandlung erreicht man durch Strukturierung der Abläufe (z.B. Ordinationshandbuch), gute interne Kommunikation, Ermöglichen von Selbständigkeit bei einzelnen Arbeitsabläufen und Förderung von Bewusstseinsbildung.
Unser Ziel ist aber auch die zufriedene Mitarbeiterin, die gerne ihre Arbeit tut. Strukturiertes Arbeiten bedeutet auch Entlastung und eine Perspektive für die Arbeit der Teammitglieder.
Die Arbeit soll getragen sein von Respekt vor der Würde des einzelnen Patienten, aber auch von gegenseitigem Respekt im Team.
In unserem Team hat jede ihren ihrer Ausbildung, ihren Neigungen und ihren Stärken entsprechenden Platz. Dennoch soll jede im Vertretungsfall einspringen können.

FORTBILDUNG ERWÜNSCHT

Wir fordern und fördern die Fortbildung, weil wir der Ansicht sind, dass das Aufgabengebiet einer Arztassistentin so anspruchsvoll und vielseitig geworden ist, dass nur regelmäßige, auch theoretische, Beschäftigung mit einzelnen Themen hilft, ein gewisses Niveau zu halten.
Die Praxis ist eine allgemein anerkannte sowie auch universitäre Lehrpraxis der Medizinischen Universität Graz und bildet neben Medizinstudenten auch Turnusärzte aus.
Die 1:1-Lehrsituation in der Praxis ist belebend und bringt sowohl für die Studierenden und Turnusärzte wie auch für mich als Lehrarzt immer wieder neue Erfahrungen und Erkenntnisse. Auch stehen wir jederzeit für Erklärungen zu einzelnen Krankheitsbildern, Diagnosen und Therapien bzw. zu Fragen die Fachsprache betreffend zur Verfügung.
Die neben den Patientenkontakten oft zeitaufwändigen Kontakte im Umgang mit den Krankenversicherungsträgern sowie anderen versorgungswirksamen Partnern im Gesundheitssystem erfordern oft rasche und effiziente Kommunikation und Kooperation.
In den täglichen Nachbereitungen in Form des Tagesprotokolls können vom Team viele Dinge eingebracht und geklärt werden, eventuelle Eindrücke, besondere Begegnungen mit Patienten sowie Fehler gleich besprochen, dokumentiert und gegebenenfalls korrigiert werden.
Natürlich läuft auch bei uns nicht immer alles reibungslos ab: Fehler kommen vor, Unstimmigkeiten herrschen. Aber die Stärke des Praxisteams zeigt sich im richtigen Umgang mit den Fehlern und in der Gesprächskultur.
Die hausärztliche Versorgung erfordert vom gesamten Ordinationsteam eine hohe Kompetenz im Sinne einer umfassenden allgemeinmedizinischen Patientenbetreuung:

- in Diagnostik, Therapie und Patientenmanagement
- im Erkennen psychosozialer Zusammenhänge, die den Krankheitsverlauf beeinflussen
- im Erkennen und Fördern von Ressourcen der Salutogenese
- in der Initialisierung, Koordination und Kooperation der Patientenwege im Gesundheitssystem

Abschließend möchte ich mich bei meinen Mitarbeiterinnen und meiner Gattin für ihr Engagement in unserer gemeinsamen Arbeit sowie für die Motivation und Identifikation mit den Zielsetzungen der Praxis bedanken!

Dr. GOTTFRIED THALHAMMER
Arzt für Allgemeinmedizin,
Distriktsarzt, Rohrbach an der Lafnitz
Additivfach Geriatrie, Lehrbeauftragter an der
Medizinischen Universität Graz
g.thalhammer@aon.at

Selfcare für Hausärzte

IN DIESEM ARTIKEL werden Begriffe und Lebensbereiche dargestellt, die geeignet sind, die Hausarzttätigkeit erfüllend und sinnvoll zu erleben.

RESILIENZ

Jeder fünfte Arzt entwickelt nach Studien ein Burn-out. Was schützt die anderen vier vor dem Ausbrennen? Dieser Frage sind Psychologen um Dr. Julika Zwack der Sektion Medizinische Organisationspsychologie am Universitätsklinikum Heidelberg im Rahmen eines Projekts „Resilienz im Arztberuf" nachgegangen.
Als Hauptstressoren wurden genannt: Bürokratie und Verwaltungsaufwand, Freizeitmangel und lange Arbeitszeiten, „Fließbandmedizin", hierarchischer Druck, Angst vor Behandlungsfehlern, fordernde Patienten und schlechte Honorierung. Als positive Faktoren wurden erwähnt: eine gute Arzt-Patienten-Beziehung, die offene Kommunikation mit den Patienten sowie die Abgrenzung und der Selbstschutz.
Dahinter steht die Frage: Wofür stehe ich, und wo setze ich Grenzen? Als wichtig wurde auch erachtet, kontextorientiert, also nicht nur symptombezogen vorzugehen und auch die Zusammenhänge des Krankheitsgeschehens zu sehen. „Realitäten zu akzeptieren" und zu erkennen, wo der eigene Einflussbereich endet sowie die eigene Begrenzung im ärztlichen Tun anzuerkennen wurden als weitere Schutzfaktoren genannt. Als hilfreich wurde auch das Wechseln in die distanziertere Beobachterperspektive bei fordernden Patienten bezeichnet.
Bei den strukturellen Rahmenbedingungen gab jeder dritte Arzt an, auf die Begrenzung der Arbeitszeiten sowie auf kurze Auszeiten auch während des Arbeitstages und eine strategische Urlaubsplanung zu achten.
Elementar ist auch die Erfahrung der medizinischen Wirksamkeit, also die Gewissheit, Symptome und Leiden gelindert zu haben. Dazu gehört auch, sich die Situation vor und nach der Behandlung bewusst vor Augen zu führen, sowie die Pflege der eigenen Professionalität durch Fortbildungen. Als wichtige Stresspuffer wurden auch ein kollegiales Miteinander sowie klare Grenzziehungen gegenüber Vorgesetzten angesehen.

Tab. 1: KLEINES EINMALEINS GEGEN BURN-OUT
• Regelmäßig für Erholung sorgen: Tagträumen, Pausen, Bewegung, Entspannung
• Konsequent eigene Prioriäten setzen, vertreten und leben: Effektivität statt Effizienz
• Bewusst Ausgleich suchen: Arbeitsbelastungen gezielt kompensieren, z.B. Kopf- vs. Handarbeit; Stabilität im Privatleben bei beruflichen Veränderungen
• Soziale Kontakte pflegen, sich aufgehoben fühlen
• Supervision, Balintgruppen, Netzwerke, Qualitätszirkel
• Abschalten, um abzuschalten: Handy- und E-Mail-freie Zeiten
• Konzentration aufs Wesentliche: eigenen Einfluss nutzen, Gelassenheit und Vertrauen; die kleinen Dinge genießen, die Sinne nutzen, um Sinn zu stiften
• Gute Praxisorganisation, delegieren
• Regelmäßige Teambesprechungen
• Sport, Freizeit planen, nicht rauchen, Umgang mit Alkohol lernen
• Einen Hausarzt haben

Kurze Auszeiten, Urlaube, eine gute Beziehung zu den Patienten, aber auch Selbstschutz gegen berufliche Belastungen sind einige Aspekte, die vor Burn-out schützen

Die Untersuchung zeigt Zwack zufolge, dass resiliente Ärzte sich vor allem durch selbstbestimmte Entscheidungen im Umgang mit den Belastungen ihres Berufsalltags auszeichnen. Voraussetzung hierfür scheinen gut gepflegte familiäre und freundschaftliche Beziehungen und außerberufliche Interessen zu sein. So gaben 80% der Befragten an, regelmäßig sportlichen oder kulturellen Ausgleichsaktivitäten nachzugehen. Darüber hinaus zeichnet es belastungsfähige Ärzte aus, dass sie Erschöpfungssignale rechtzeitig wahrnehmen.

Buchtipp: Julika Zwack: Wie Ärzte gesund bleiben – Resilienz statt Burn-out, Thieme-Verlag

EMPATHIE, UMFASSUNG UND MITGEFÜHL

Die Fähigkeit zur Empathie ist Grundvoraussetzung für soziales Verhalten. Wir sind in unserer ganzen Ausstattung so veranlagt, dass Empathie zwangsläufig entsteht. Empathische Prozesse haben einen entscheidenden Stellenwert für die Entwicklung von Beziehungen und somit für die Arzt-Patienten-Beziehung bzw. vice versa (Patienten-Arzt-Beziehung).
Carl Rogers postulierte bereits 1959, dass jedes Individuum in sich die prozesshafte Tendenz trägt, eine mit seinem Selbst übereinstimmende Person („fully functioning person") zu sein, wir könnten sagen, in Richtung Salutogenese. Dies kann gefördert werden durch eine heilende Beziehung mit drei Variablen: Empathie, uneingeschränkte Wertschätzung und Kongruenz.
Carl Rogers meint 1972: „Empathisch zu sein bedeutet, den inneren Bezugsrahmen des anderen möglichst exakt wahrzunehmen, mit allen seinen Komponenten und Bedeutungen, gerade so ‚als

© Shutterstock.com

ob‘ man die andere Person wäre, jedoch ohne jemals die ‚Als-ob-Position‘ aufzugeben“. Verliert man diese „Als-ob”-Position, befindet man sich im Zustand der Identifizierung. „In gewisser Weise bedeutet es, das eigene Selbst beiseite zu legen; dies ist jedoch nur einer Person möglich, die in sich selbst sicher genug ist … und in ihre eigene Welt zurückkehren kann, wann sie will.“
Für die Selbstsorge des Arztes erachte ich diesen Satz von entscheidender Bedeutung: sich erlauben, in die eigene Welt zurückzukehren, wann immer man will. Das kann im Praxisalltag heißen: zwischendurch Tagträumen, Achtsamkeit üben, Innehalten, bewusst atmen (Was man nicht kann, kann man üben). Ein ununterbrochenes „Einfühlen“ in die Patientenwelt führt hingegen zu Distress. Einfache Übung: Fantasieren Sie bei einem „schwierigen Patienten“ das Antlitz des eigenen (oder anderen geliebten) Kindes als Säugling herbei.
Martin Bubers Begriff der „Umfassung“ (1920) ist nahe der Empathie angesiedelt: Er meinte damit „zu einem selbständigen Gegenüber in Beziehung treten“. Umfassung ist bipolar: Sie bezieht sich gleichzeitig auf beide Seiten. „Umfassung ist dieses mutige Pendeln, eine intensive Bewegung des ganzen eigenen Seins, durch das man in einem gewissen Maß konkret phantasieren kann, was der andere denkt, fühlt und will“. Im Praxisalltag kann man dies durchaus ausprobieren: durch Zuhören und ein gleichzeitiges Wahrnehmen des eigenen inneren Zustands.
Tania Singer vom Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften Leipzig hat die Plastizität des empathischen Gehirns wissenschaftlich erforscht und auch mit Hilfe von MR „verortet“ (Cingulum, Insula). Ihre Arbeit führte zu einer wissenschaftlichen Betrachtungsweise von „Mitgefühl“ (compassion): Sie meinte damit eine über Empathie hinausgehende Fähigkeit, mit anderen in Beziehung zu treten, es entsteht eine Win-win-Situation. Mitgefühl kann man trainieren wie einen Muskel, neuronale Netzwerke werden aktiviert (what wires together, fires together). Mitgefühl beruht auf Bindungssystemen (Oxytocin) und ist eine Art professionelle Liebesfähigkeit. Das hat absolut nichts zu tun mit einer „touchy feely-Gefühlsduselei“, sondern beruht auf „harten Daten“.

Mehr dazu im sehr empfehlenswerten kostenlosen e-Book http://www.compassion-training.org: Mitgefühl in Alltag und Forschung von Tania Singer und Matthias Bolz.

Zum Nachdenken zitiere ich aus einem Gedicht von Peter Turrini: „Wie lange noch werde ich auf andere eingehen und mich selbst mit freundlicher Miene vergessen?“
Und als Gegenpol Martin Buber: „Ich nehme ihn, der mir zuhört, an der Hand und führe ihn zum Fenster. Ich stoße das Fenster auf und zeige hinaus. Ich habe keine Lehre, aber ich führe ein Gespräch.“

Tab. 2: RESILIENZ
Als Resilienz wird die Widerstandskraft der Seele, die Menschen Traumata offensichtlich unversehrt überstehen lässt, bezeichnet, man kann dies auch als eine Art seelisches Immunsystem betrachten.
Resiliente Personen
• haben eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung,
• glauben an die Wirksamkeit ihrer Handlungen,
• schreiben Erfolge ihrem Können, Misserfolge eher dem Zufall zu,
• sind besser vor Krisen geschützt, da ihr Selbstwert nicht an Erfolge gekoppelt ist,
• verfolgen realistische Ziele,
• verlassen bei Krisen schneller die Opferrolle und bleiben auch in schwierigen Zeiten optimistisch,
• fragen aber auch früher nach Hilfe,
• haben einen stabilen Freundeskreis und
• sind besonders beziehungsfähig

Tab. 3: DIE 7 SÄULEN DER RESILIENZ
• Akzeptanz: Annehmen, was geschieht. Es ist ein Teil meines Lebens.
• Optimismus: Ich vertraue darauf, dass es besser wird.
• Selbstwirksamkeit: Ich bin überzeugt, dass ich Einfluss nehmen kann.
• Verantwortung: Ich weiß, welche Verantwortung (Grenzen) ich habe und welche andere haben.
• Netzwerkorientierung: Ich traue mich, um Hilfe zu bitten und sie anzunehmen.
• Lösungsorientierung: Ich gehe die Dinge an, werde aktiv.
• Zukunftsorientierung: Ich plane meine Zukunft, ich sorge für mich.

BALINTGRUPPENARBEIT

Der Besuch einer Balintgruppe ist wohl eine einzigartige Möglichkeit, die eigene Beziehung zu Patienten zu reflektieren, zu verändern und zu festigen. Eine Balintgruppe ist der ideale Platz, einer Oase gleich, die eigene berufliche Intimität zu erfrischen, neue Wege zu gehen, andere Sichtweisen anzunehmen, die eigene Unsicherheit zu beachten, Ärger in Kraft umzuschichten, kurz: sorgfältige Selbstsorge zu entfalten.
Balintgruppen werden seit 2003 von der ÖQmed als qualitätssichernde Maßnahme der ÖÄK geführt. In der Ärzteausbildungsordnung 2006 §7 heißt es: „In der Ausbildung ist der Erwerb psychosomatisch-psychosozialer Kompetenz vorzusehen, der auch Supervision mit der Möglichkeit zur Selbstreflexion mit einzuschließen hat.“ Im Krankenanstaltengesetz (§11c) findet man den Satz: „Die Landesgesetzgebung … hat ... sicherzustellen, dass den ... einer entsprechenden Belastung ausgesetzten Personen …Gelegenheit zur einer berufsbegleitenden Supervision geboten wird.“ Damit hat jeder Arzt Anrecht auf eine berufsbegleitende Supervision, die auch eingefordert werden kann.
Bereits Sigmund Freud meinte 1910: „Wer in einer Selbstanalyse nichts zustande bringt, …. mag sich die Fähigkeit, Kranke … zu behandeln, ohne weiteres absprechen.“
Die Bezeichnung „Balintgruppen“ geht auf den ungarischen Psychoanalytiker Michael Balint (1896–1970) zurück, der bereits 1927 mit kleinen Gruppen von prakt. Ärzten arbeitete und 1939 nach London emigrierte. 1956 kam es zum Beginn von „Balint-Gruppen“, am Anfang „Training-cum-research seminars“ genannt, um die Arzt-Patienten-Beziehung zu erforschen. Von Balint wurde der Begriff „Droge Arzt“ geprägt.
Wie funktionieren Balintgruppen? In geschlossene Kleingruppen mit acht bis zwölf Teilnehmern wird von einem Gruppenmitglied ein „Fall“ vorgestellt. Das freie Assoziieren der Gruppe (Fantasien, Gefühle, Bilder, „sharing“, Körpersensationen) steht im Mittelpunkt und allmählich wird die Gestalt des vorerst unbewussten ▶

Beziehungsgefüges sichtbar. Assoziieren, Kreativität, Perspektivenwechsel, Konfrontation, Deutung stehen im Vordergrund, es gibt kein „richtig oder falsch“. Messbare Veränderungen durch Balintgruppenarbeit sind: Steigerung der kommunikativen Kompetenz, Patientenzentriertheit, vermehrt psychosomatische Diagnosen, die Teilnehmer sind zufriedener und weniger belastet.

FEHLERKULTUR – UMGANG MIT KRITISCHEN EREIGNISSEN (NACH EINEM VORTRAG VON R. GLEHR)

Die personenorientierte Perspektive: „Wer war schuld?“ ist wenig hilfreich, wir sollten eine systemorientierte Perspektive einnehmen: „Was war schuld?“ Denn Fehler werden nicht absichtlich gemacht und können daher nicht durch „besser aufpassen“ vermieden werden. Die oberste Maxime sollte heißen: „No blame!“ In einem guten Praxisteam kann man die Mehrperspektive der einzelnen Praxismitglieder nutzen. Es gibt immer nicht nur eine Lösung, sondern mehrere Varianten und: das Problemlösungsverhalten ist ebenso wichtig wie eine Lösung. Hier sei ein kurzgefasstes Konzept geschildert: Durch Hinführen – Sammeln – Bewerten – Sichern – Reflektieren und Gebrauch einer Struktur kann man Betroffenheit reduzieren und Distanz gewinnen. Ein einfaches Schema, das man bei jedem eingetretenen Fehler oder „Fastfehler“ benützen kann, ist in Tabelle 5 dargestellt. Vor allem Organisationsfehler tragen zu kritischen Ereignissen bei. Wichtig ist von Anfang an das Führen eines „Fehlerbuchs“, das von allen Mitarbeitern genutzt wird. Es versteht sich von selbst, dass Einträge gemeinsam besprochen und Verbesserungen gemeinsam umgesetzt werden sollen. Erfahrungsgemäß sind kritische Ereignisse oft Folge von unvorhergesehenen Ereignissen, z.B. Ausfall eines PCs oder eines Versuchs von „Multitasking“, also „zu viel auf einmal“. Daher ist eine häufige gemeinsame Botschaft nach einer Besprechung: „Slow down!“ Ist eine respektvolle Fehlerkultur einmal eingeführt, wird diese vom Team als selbstverständlich erlebt und verbessert die gegenseitige Unterstützung und das Wir-Gefühl.
Benutzen Sie auch das Fehler- und Lernsystem:
www.cirsmedical.at/. Es bietet viele Einblicke, Aha-Erlebnisse.

Allgemeinmediziner begegnen einer Mannigfaltigkeit an Erkrankungen

SALUTOGENESE

Aaron Antonovsky (1923–1994) war Medizinsoziologe in Israel. Bei Forschungsarbeiten mit Frauen im Klimakterium war er erstaunt, dass viele Frauen nationalsozialistische Konzentrationslager ohne offensichtliche, psychische und soziale Schäden überstanden. Er identifizierte bei diesen Frauen Fähigkeiten („Widerstandsressourcen“), die ein gutes, gesundes Leben ermöglichten.
Das Kohärenzgefühl (sense of coherence) (SOC) steht im Mittelpunkt von Antonovskys Modell: Es wird definiert als „eine globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens besitzt“. Das Kohärenzgefühl beinhaltet ein Lebensgefühl der: Verstehbarkeit (comprehensibility), Handhabbarkeit (manageability) und Sinnhaftigkeit (meaningfulness).
Kurz gesagt: Das Kohärenzgefühl beinhaltet die eigenen Ressourcen und Grenzen, vergleichbar mit einem Kontinuum zwischen Kranksein und Gesundsein ähnlich einem fließendem Gewässer.
Für uns Ärzte übersetzt könnte dieses Lebensgefühl heißen: Ich verstehe mein Tun als sinnhaft, ich bin mir klar über meine Aufgaben, ich entscheide, wie ich meine Tätigkeit ausübe (das Gegenteil von „Ich bin Opfer des Systems“ oder gar: „Ich bin meinen Patienten ausgeliefert“). Das hat durchaus zu tun mit der philosophischen Frage „was mache ich auf der Welt?“, z.B. indem man sich gestattet, Fragen zu stellen, die die innere Landkarte öffnen: Was ist der Sinn des Lebens? Von wem oder was werde ich gehalten, wenn es mir nicht gut geht? Wo in meinem Körper fühle ich mich am lebendigsten? Würde ich auf meine Gesundheit jemandem zuliebe verzichten?

UMGANG MIT UNSICHERHEIT

Sowohl die geringe Auftretenswahrscheinlichkeit von einzelnen Erkrankungen (Niedrigprävalenz) als auch die Mannigfaltigkeit von möglichen Erkrankungen – insbesondere im ganzheitlichen Sinne des bio-psycho-sozialen Modells – stellen eine hohe diagnostische Herausforderung dar, die häufig mit Unsicherheiten im hausärztlichen Alltag einhergeht. Insofern gilt der professionelle Umgang mit Unsicherheit als Kernkompetenz des Hausarztes. Im Lauf der beruflichen Entwicklung sollte Unsicherheit nicht nur toleriert, sondern auch als abwechslungsreiche Herausforderung erlebt werden.
Angst vor Unsicherheit scheint mit vermehrten diagnostischen Aktivitäten einherzugehen. Jedoch verleiten die immer besseren und risikoärmeren technischen Möglichkeiten den Arzt, diagnostische Tests ungezielt einzusetzen, um alle diagnostischen Möglichkeiten

Resiliente Ärzte treffen selbstbestimmte Entscheidungen im Umgang mit Belastungen und pflegen außerberufliche Ausgleichsaktivitäten

auszunutzen. Dabei wird außer Acht gelassen, dass im Niedrigprävalenzbereich der positive Vorhersagewert reduziert und damit einhergehend der falsch positive Vorhersagewert erhöht ist.
Letztlich ist es also eine Illusion, dass durch den Einsatz von immer weiteren Tests sich die Unsicherheit beliebig reduzieren ließe. Gegenpart des Anordnens von Tests ist das „abwartende Offenlassen"(watchful waiting, test of time). Diese Strategie ist bei diagnostischer Unschärfe nicht nur ökonomischer, sondern auch schonender und damit schützender für den Patienten, wenn das eindeutige Zuordnen einer Diagnose zum Zeitpunkt der Symptompräsentation noch nicht möglich ist. Der Arzt verzichtet bewusst auf weitere Diagnostik und Therapie und beobachtet den Fall über einen definierten Zeitraum, um aus den sich vielleicht verändernden Symptomen Schlüsse zu ziehen.

INTUITION

Hall bezeichnete Intuition als „kognitiven Kurzschluss", bei dem eine Entscheidung getroffen wird, ohne dass die Gründe dafür klar beschrieben werden können. Es wird diskutiert, ob das Bauchgefühl dabei eine eigene Entität in Abgrenzung zur Intuition bildet. Stolper et al. beschreiben, dass das Bauchgefühl entweder eine warnende oder beruhigende Rolle einnimmt. Es basiert einerseits auf dem Wissen und der Erfahrung des Hausarztes und andererseits auf der Information des Patienten. Es ist wie das Aneignen von Wissen und Erfahrungen einem stetigen Reifungsprozess unterworfen und kann dabei als Form von Intuition nicht bewusst kontrolliert werden. Bezogen auf die medizinische Entscheidungsfindung zählt es zum nichtanalytischen System, das schnell und automatisch bei der Bewertung und Wiedererkennung von Situationsmustern abläuft. Das können innehaltende, verlangsamende Prozesse sein, aber umgekehrt schnelle Entscheidungen. Nicht immer sind intuitive Entscheidungen richtig, Intuition aber basiert auf dem enormen Speicher gesammelter Erfahrung und angehäuften Wissens, der mit den Arztjahren noch größer wird. Die Basis einer guten intuitiven Entscheidung ist immer eine gelungene Arzt-Patienten-Beziehung, daher ist das Üben und Reflektieren der eigenen Beziehungsfähigkeit (z.B. in einer Balintgruppe) eine gute Investition.

Tab. 4: DIE 5 FUNKTIONEN VON BALINTGRUPPEN
1. Lehrfunktion
• Beziehungsdiagnostik und Beziehungstherapie
• Balintgruppe als Resonanzkörper spiegelt die unbewussten Ängste, Konflikte, Leidenschaften des Pat. – hinter die Krankheit blicken
• Verlernen, in den gewohnten biomechanischen Modellen zu denken
• Lernen, neue Modelle in den Beziehungsaspekt zu integrieren
2. Supervision
• Fremd- und Selbstwahrnehmungstraining
• Selbstreflexion
• Spiegelung der Gruppe
3. Selbsterfahrung
• Begrenzung auf berufliches Umfeld
• Erkennen eigener Stärken und Schwächen, „blinder Flecken"
• Selbstwahrnehmung
• Selbstreflexion
4. Forschung
• Verändern durch Verstehen
• Analyse unbewusster zwischenmenschlicher Prozesse
5. Burn-out-Prophylaxe
• In geschütztem Rahmen schwierige, peinliche, belastende Situationen, Fehler aussprechen
• Entlastendes „sharing"
• Ermutigung
• Entspannung
Weitere Informationen unter www.balintgesellschaft.at

Tab. 5: SCHEMA ZUR BEARBEITUNG EINES KRITISCHEN EREIGNISSES
• Was ist passiert?
• Wer war beteiligt?
• Was war die Folge?
• Welche Umgebungsbedingungen?
• Welche vermuteten Ursachen?
• Welche Lösungen?
• Welche Barrieren?
• Welche Nebenwirkungen?
• Zusammenfassen

Dr. BERNHARD PANHOFER
Arzt für Allgemeinmedizin und psychotherapeutische Medizin, Präsident der ÖGPAM, Präsidiumsmitglied der ÖGAM, Vorstandsmitglied der OBGAM Lehrpraxis der MedUni Wien, Graz, Salzburg und Innsbruck, Lehrtherapeut der Österreichischen Ärztekammer für die Psy-Diplome

Optimiertes Teamwork im Ärztenetzwerk Styriamed.net

VOR MEHR ALS 15 JAHREN entwickelte sich zwischen Allgemeinmedizinern und Fachärzten in Hartberg/Steiermark ein Qualitätszirkel, der bald zum ortsübergreifenden Netzwerk wurde. Durch ein genormtes Überweisungssystem können Patienten in kurzer Zeit diverse Untersuchungen absolvieren.

DIE MEDIZIN ALS TÄTIGKEITSGEBIET ist unüberblickbar groß geworden: Das medizinische Wissen verdoppelt sich alle zwei bis drei Jahre. Dazu kommen in zunehmendem Maße ökonomische Zwänge, sodass es fast unmöglich erscheint, alles unter einen Hut zu bringen. Doch nur wenn alle Komponenten unseres Gesundheitssystems optimal vernetzt sind, können Krankheiten und der Patient als Ganzes effektiver und ökonomischer behandelt werden.

Es kommt also auf die richtige Kombination und Koordination von ambulanter und stationärer Versorgung an. Ärztenetzwerke sind hierbei ein wichtiger Ansatz. Voraussetzung für deren Funktionieren ist, dass sich Fachärzte und Allgemeinmediziner dazu bekennen, gemeinsam für die Erhaltung der Gesundheit der Menschen in einer bestimmten Region verantwortlich zu sein. Es muss der gemeinsame Wille bestehen, Wissen, Erfahrung und Strukturen zu vernetzen, um die Patienten eines Einzugsgebietes unabhängig vom Fachgebiet optimal zu versorgen. Der Austausch sollte nicht vertikal – also Allgemeinmediziner, darüber die Fachärzte und ganz oben die Krankenhauseinrichtungen –, sondern horizontal und in Augenhöhe erfolgen.

ENTSTEHUNG DES STEIRISCHEN ÄRZTENETZWERKS STYRIAMED.NET

Die zentrale Frage lautet: „Wer macht was, mit welchen Mitteln, zu welchem Zeitpunkt am besten für ein bestimmtes Gesundheitsproblem eines Menschen?“ Aus dieser Überlegung heraus hat sich bereits vor mehr als 15 Jahren in Hartberg in der Steiermark ein Qualitätszirkel von Allgemeinmedizinern und Fachärzten entwickelt, der bald zu einem Netzwerk wurde, in dem Erfahrungen und Behandlungsstrategien ausgetauscht wurden und Hilfestellung bei fachüberschreitenden Problemen geleistet wurde. Zudem wurde ein kleines gemeinsames Fehlermanagement aufgebaut, in dem es auch einen regen Austausch und gegenseitige Hilfe bei der Qualitätssicherung und Qualitätsevaluierung gibt.

Mit Hilfe der Ärztekammer und professioneller Beratung wurde daraus ein Konzept für Versorgungsnetzwerke in kleinen bis mittelgroßen Regionen entwickelt – auch als Kontrapunkt zu den staatlich geplanten ärztlichen Versorgungszentren (ÄVZ).

Natürlich muss es in einer solchen Versorgungseinheit genaue Qualitätsvorgaben für die Aufnahme von Partnern und deren Zusammenarbeit geben. Einerseits, um den Patienten verlässliche Qualitätsstandards zu bieten, andererseits, um den zuweisenden Kollegen größtmögliche fachliche Kompetenz zur Verfügung zu stellen und eine gerechte Verteilung der Ressourcen zu gewährleisten.

Die Aufnahmekriterien für Styriamed.net sind:

- Evaluierungszertifikat ÖQMed
- Bereitschaft, Patientenbefragungen durchzuführen
- Fortbildungsdiplom ÖÄK
- schulmedizinische Praxisführung (Alternativmedizin mit ÄK-Diplom)
- Bestellsystem: Möglichkeit der Terminvergabe
- eigene Ordinations-E-Mail-Adresse (für organisatorische Fragen), welche regelmäßig bearbeitet wird
- Hotline für „Styriamed.net“-Mitglieder – Durchwahl oder eigene Nummer
- Bereitschaft, Öffnungszeiten zu koordinieren
- Fachärzte: Hausarztabfrage
- Teilnahme am medizinischen Meeting des Netzwerkes
- Teilnahme am organisatorischen Meeting des Netzwerkes
- Teilnahme am gemeinsamen Fehlermanagement
- Urlaubskoordination (AM und gleiche Fächer)

Im Versorgungsnetzwerk Styriamed.net sind auch öffentliche ambulante und stationäre Einrichtungen im Sinne von optimierten Aufnahme- und Entlassungsnahtstellen eingebunden. Außerdem gibt es Kooperationen mit Spezialambulanzen. Zudem können Spezialisten, die nicht unbedingt ortsansässig sein müssen, in dieses Netzwerk kooptiert werden, um den Patienten die gesamte Palette ambulanter Medizin anbieten zu können.

VORTEILE FÜR ÄRZTE UND PATIENTEN

Der Vorteil für teilnehmende Ärzte ist, dass sie vom Einzelkämpfer zum Teamspieler werden. So nimmt jede und jeder Einzelne am Gesamterfolg der Versorgungseinheit teil und kann sich bei Problemfällen auf die Unterstützung der anderen Mitglieder verlassen. Fachärzte können sich – von Bagatellfällen befreit – ganz auf ihr Fachgebiet konzentrieren und wissen, dass ihr Be-

handlungskonzept vom Hausarzt weitergeführt wird. Das bedeutet aber nicht, dass dieser nicht auch begründete Anpassungen vornehmen kann.
Es gibt einen einheitlichen öffentlichen Auftritt, der vom Logo über die Website bis zur Telefonansage reicht. So weiß der Patient sofort, dass er sich in seiner Versorgungseinheit befindet. Damit kann er sicher sein, eine abgestimmte Behandlung zu erhalten und nur im Bedarfsfall und nur zu seinem Wohl von einem Arzt zu einem anderen überwiesen zu werden.
Dazu kommen organisatorische Vorteile wie koordinierte Öffnungszeiten, die den Patienten, aber auch den Ärzten, mehr zeitlichen Spielraum verschaffen. Urlaubszeiten, besonders in den Sommerferien, aber auch in der Weihnachts- und Osterzeit, werden abgesprochen und gemeinsam veröffentlicht. Das soll auch verhindern helfen, dass Patienten in Bagatellfällen die teureren Ambulanzen aufsuchen. Eigene Kommunikationsschienen ermöglichen den Ärzten rasche Kontaktaufnahme. Durch ein genormtes Überweisungssystem können Patienten innerhalb des Netzwerkes in kurzer Zeit diverse Untersuchungen absolvieren. Dazu gehört die genaue Bezeichnung des Überweisungsgrundes, wie:

Auf www.styriamed.net finden sich alle Informationen zum Netzwerk, die Ärzte und Patienten brauchen

- zur Einzeluntersuchung
- zur allgemeinen Untersuchung
- zur Behandlung und der Vermerk der Dringlichkeitsstufe
- ST (Soforttermin): bei Akutfällen am selben Tag
- KT (Kurztermin): innerhalb einer Woche
- NT (Normaltermin): innerhalb von drei Wochen
- RT (Routinetermin): innerhalb von drei Monaten

75% SAGEN, DAS SERVICE HABE SICH VERBESSERT

Das Netzwerk Styriamed.net im Bezirk Hartberg besteht jetzt seit dem Frühjahr 2009. Im Jahr 2012 wurden eine Befragung der teilnehmenden Ärzte und auch der Patienten durchgeführt. 75% der Patienten haben in der Zeit ein verbessertes Service erfahren, 60% der Ärzte waren der Meinung, dass sich das Patientenmanagement verbessert und somit erleichtert hat. Die Hälfte der Ärzte konnte eine verbesserte Kommunikation unter den Mitgliedern erkennen. Inzwischen gibt es Styriamed.net in fünf Bezirken der Steiermark, sechs Krankenhäuser beteiligen sich daran und somit werden etwa 40% der steirischen Bevölkerung außerhalb von Graz in einem der regionalen Netzwerke betreut.
Dank ständiger Kommunikation auf kürzestem Weg sollte es gelingen, unnötige Untersuchungen und Doppeluntersuchungen zu vermeiden, was nicht nur schonender für die Patienten, sondern auch kostensparend ist. Dies gelingt nur, wenn alle Informationen beim Hausarzt zusammengeführt werden, was auch im Handbuch des Netzwerkes verlangt wird. „Die Patientin bzw. der Patient wird dezidiert nach der Hausärztin/dem Hausarzt befragt (auch wenn die Überweisung von einer Fachärztin oder einem Facharzt erfolgt ist), damit – die Zustimmung der Patientin/des Patienten vorausgesetzt – eine Kopie des Befundes der Allgemeinmedizinerin/dem Allgemeinmediziner zugeschickt werden kann."
Abgestimmte Fortbildungsaktivitäten sollen einzelne Netzwerkärzte zu „Subspezialisten" machen, damit diese seltene, aber oft umso wichtigere medizinische Leistungen in guter Qualität für die gesamte Versorgungseinheit erbringen können. Dafür sollte eine Versorgungslandkarte des Netzwerkbereiches erstellt werden, um Versorgungslücken bestimmter Untersuchungen und Behandlungen darstellen zu können. Die entsprechende Fortbildung kann dann entweder für alle angeboten werden, oder es werden bei spezifischen Erfordernissen interessierte Kollegen zur entsprechenden Aus- und Weiterbildung animiert.

Resümierend lässt sich sagen, dass das steirische Ärztenetzwerk für die Patienten eine virtuelle, für die Ärzte eine emotionelle Gemeinschaftspraxis ist, in der die Hierarchie der Disziplinen aufgehoben ist und Kollegen in der vornehmsten Bedeutung des Wortes zusammenarbeiten. Styriamed.net Hartberg hat sich genau nach dem Leitspruch von Henry Ford „Coming together is a beginning. Keeping together is progress. Working together is success", entwickelt und das sollte auch der Leitgedanke jeglicher Zusammenarbeit im ärztlichen Bereich sein.

Dr. WILFRIED KAIBA
Facharzt für Innere Medizin, Hartberg
w.kaiba@htb.at

Mentoring für **Allgemeinmediziner jeden Alters**

AUFGRUND DER IMMER WIEDER EINGEHENDEN FRAGEN von niedergelassenen Ärzten an die Mitglieder der ÖGAM wurde ein Projekt ins Leben gerufen, in dem erfahrene Allgemeinmediziner ihren Kollegen weiterhelfen.

WIR ÄRZTE, insbesondere die niedergelassenen Allgemeinmediziner, sind es gewohnt, als Einzelkämpfer zurechtzukommen. Nicht selten stoßen wir dabei aber an unsere eigenen Grenzen. Unweigerlich treten irgendwann Fragen auf, wie zum Beispiel: Habe ich die richtigen Entscheidungen getroffen, um nicht ins finanzielle Abseits zu rutschen? Wie kann ich Beruf und Familie vereinbaren? Entwickle ich mich – nach vielen Jahren in der eigenen Praxis – weiter, oder stagniere ich? Wie kann ich mir die tägliche unerfreuliche Knochenarbeit erleichtern und mich erfüllenderen Aufgaben zuwenden? Antworten auf solche oder ähnliche Fragen sind selten einfach; es hilft ungemein, wenn man sich diesbezüglich mit Kollegen austauschen kann.

Immer wieder wurden einige Vorstandsmitglieder der WIGAM von Kollegen um Auskunft und persönlichen Rat ersucht. Oftmals waren die Rat Suchenden in wesentlichen Aspekten (z.B. Karrierestufe, Alter, Erfahrung) durchaus ebenbürtig mit jenen, die gefragt wurden. Aufgrund dieses gegebenen Bedarfs für Beratungen durch „Gleiche“ (Peer-to-Peer) wurde nach einer Möglichkeit gesucht, diese in einem definierten Format anzubieten: Das Projekt Peer-to-Peer Mentoring war geboren und ist seit Jänner 2013 für Allgemeinmediziner (egal, ob bereits etabliert oder am Beginn ihrer Karriere, z.B. Turnusärzte im letzten Abschnitt mit Niederlassungswunsch) im Wiener Raum etabliert. Das Zentrum für Allgemeinmedizin (ZAM) ist als großer Veranstalter und Förderer von Fortbildungen und Kursen ein Partner, der über entsprechende Ressourcen und Organisationswissen verfügt; weiters übernimmt das ZAM bis auf Weiteres auch die Kosten für die Mentees.

Mentoring bedeutet: Ein (erfahrener) Mentor begleitet einen Mentee bei seiner eigenen Entscheidungsfindung. Der Mentee, das weiß der Mentor, hat Potenzial. Es gilt nun, dieses Potenzial im Laufe einer Mentoringbeziehung zu erkennen und freizusetzen.

WIE IST DER ABLAUF?

Wer sind nun die Mentoren, die sich für dieses Pilotprojekt zur Verfügung gestellt haben? Ausgehend von der Feststellung, dass jeder erfahrene Arzt für Allgemeinmedizin in seiner täglichen Arbeit Patienten verschiedenen Alters und von unterschiedlichstem persönlichen Hintergrund berät, dabei vor allem auch psychosoziale Aspekte nie ausklammert, besteht allein dadurch bereits die Qualifikation als Mentor. Zusätzlich weist jeder der Mentoren ein vertieftes Wissen in verschiedensten Teilbereichen auf.

Eine formlose Kontaktaufnahme mit der Steuerungsgruppe steht am Anfang; dann erfolgt je nach Anfrageschwerpunkt das Matching. Selbstverständlich wird primär der Wunsch des Mentees berücksichtigt; Mentor und Mentee treten in Kontakt und treffen sich in der Regel insgesamt viermal an einem von beiden vereinbarten Ort für jeweils eine Doppelstunde. Am Ende des Programms ist der Mentee mündig genug und auch bereit, seine eigenen Entscheidungen in die Tat umzusetzen; eine Abhängigkeit vom Mentor ist nicht erwünscht und auch nicht das Ziel des Mentorings. Begleitend wird, in Abstimmung Mentor und Mentee, protokolliert. Am Schluss gibt es eine Endevaluierung, sowohl für den Mentee als auch für den Mentor. Positive als auch negative Kritik, und auch Selbstkritik, sollen nicht zu kurz kommen – gilt es ja, sich ständig um Verbesserungen zu bemühen. Auf die Vertraulichkeit wird hier, wiederum analog zur täglichen Praxis, streng geachtet. Nicht persönliche Details, sondern das Gesamtbild mit der Richtung, die durch das Mentoring gewiesen wurde, interessieren. Diese Schreibarbeit dient zur Qualitätssicherung und auch dazu, dass eine gewisse Struktur und ein Fokus beibehalten werden.

Die bisherigen Rückmeldungen der Mentees, aber auch der Mentoren waren durchwegs positiv.

Nun hoffen wir auf den nächsten Schritt: Dass dieses Pilotprojekt in die allgemeine Praxis übergeführt wird und somit in Zukunft auch hier in Österreich eine Selbstverständlichkeit darstellt, wie sie bereits im Ausland für den Allgemeinmediziner oder im Inland für die Privatwirtschaft gelebt wird.

Allgemeine Informationen:
www.aekwien.at/index.php/fortbildung/zam/mentoring
Anmeldung und Administration:
butzendobler@aekwien.at
Rückfragen zum Programm: office@wigam.at

Dr. CORNELIA CROY
Ärztin für Allgemeinmedizin, Wien

stafam

Steirische Akademie für Allgemeinmedizin
Mitglied der ÖGAM

45. Kongress für Allgemeinmedizin

27.-29. November 2014

Stadthalle Graz

Programmanforderung

ver med

vermed G.m.b.H., St. Peter-Pfarrweg 34/11/47, 8042 Graz
Tel.: 0316 / 42 60 68, Fax: 0316 / 42 60 71, office@vermed.at

www.stafam.at

Egal wohi(r)n Sie schauen.

MEDMEDIA KOMPETENT, EFFIZIENT, SCHNELL.

WWW.MEDMEDIA.AT

PART OF MEDICAL OPINION NETWORK.

MedMedia
Verlags Ges.m.b.H.