

Kernaspekte einer guten Facharztausbildung für Allgemein- und Familienmedizin

In Österreich wird derzeit an einer großen Veränderung für die allgemeinmedizinische Versorgung gearbeitet: der Einführung des Facharztstitels für Allgemein- und Familienmedizin. Für mich als angehenden Allgemeinmediziner am Ende der Ausbildung und meine Kolleg:innen der Jungen Allgemeinmedizin

Österreich (JAMÖ) stellt sich die Frage, wie die Ausbildung verändert werden muss, um die Allgemeinmedizin qualitativ zu verbessern.

Ich glaube, dass es drei Kernaspekte gibt, die für eine gute Ausbildung zum/zur Fachärzt:in für Allgemeinmedizin wichtig sind.

Lehrpraxis am Anfang und am Ende der Ausbildung: Allgemeinmediziner:innen sollten von Allgemeinmediziner:innen ausgebildet werden. Es erscheint unverständlich, dass dies in Österreich jedoch im Großteil der Ausbildungen nicht verankert ist: Die Lehrpraxis, die seit wenigen Jahren existiert, findet erst am Ende der Ausbildung statt. Stattdessen verbringen wir zurzeit 27 Monate im Spital, wo wir keinen Kontakt zur allgemeinmedizinischen Versorgung außerhalb des Spitals haben. Die Lehrpraxis braucht es, um uns zu motivieren und um die relevanten Aspekte für die hausärztliche Primärversorgung erkennen und lernen zu können.

Allgemeinmedizinische Mentoringprogramme während der Krankenhauszeit: Während der Zeit im Spital passiert es leider leicht, dass der Bezug zum extramuralen Sektor verloren geht. Deshalb ist es wichtig, ein ergänzendes Mentoring durch Allgemein- und Familienmediziner:innen aus der Niederlassung zu etablieren. Nur so können wir durch den Austausch wieder erfahren,



Dr. Richard Brodnig, BSc
JAMÖ-Obmann

was wirklich relevant ist und was wir hier selbst einfordern sollen. So ein Austausch wäre auch für uns Ausbildungsärzt:innen im Spital wertvoll, um zu erfahren, welche Ausbildungsinhalte für uns praxisrelevant sind.

Verbesserung der alltäglichen Arbeitsbedingungen: Ich habe leider zu oft in meiner Ausbildung erlebt, dass ich für

zweitrangige Tätigkeiten herangezogen wurde, während den Assistenzärzt:innen mehr Ausbildung und Wertschätzung entgegengebracht wurde. Dies ist von Abteilung zu Abteilung verschieden und hängt vom jeweiligen Team ab. In Deutschland kam es auf diesem Gebiet zu Verbesserungen der Bedingungen, indem Pflichtfächer in Wahlfächer umgewandelt wurden. Hierdurch mussten Abteilungen ihre Ausbildungsbedingungen attraktiver machen und konnten sich nicht mehr auf einen fixierten „Durchfluss“ an rotierenden Turnusärzt:innen verlassen. Ich halte es für sinnvoll, vor allem das Pflichtfach Gynäkologie und Geburtshilfe, in denen laut Erfahrungsberichten von Kolleg:innen die schlechtesten Ausbildungsbedingungen herrschen, zum Wahlfach umzuwandeln.

Ich glaube, dass eine langfristige Verbesserung der Ausbildungsbedingungen nachhaltig und sinnvoll ist. Die JAMÖ bemüht sich aktiv, dass unsere Standesvertretung und das Bundesministerium diese wichtigen Punkte in der Entwicklung nicht aus den Augen verlieren. Ich hoffe, dass unsere Bemühungen Früchte tragen werden, um die Versorgung in der Allgemeinmedizin kontinuierlich zu verbessern.

Viel Spaß beim Lesen!
Richard Brodnig

Aspekte der allgemeinmedizinischen Lehrpraxis im Studium und in der Fachausbildung

1. Das Fach „Allgemeinmedizin“ auf der Suche nach seiner Identität

In den 1950er-Jahren begann mit der europaweiten Gründung allgemeinmedizinischer Gesellschaften die Erforschung der Allgemeinmedizin als eigene Disziplin. Insbesondere R. N. Braun versuchte in internationaler Zusammenarbeit mit einer Vielzahl von Kolleg:innen das Prinzip der Allgemeinmedizin über alle Verschiedenheiten der Gesundheitssysteme hinweg zu definieren.

1974 beschrieb die Leeuwenhorst-Gruppe das Berufsbild „General Practitioner“ mit sich von anderen Arztbildern klar unterscheidenden Merkmalen und formulierte die Konsequenzen für die Ausbildung.

1978 wurde in der Alma-Ata-Konferenz die Bedeutung der medizinischen Grundversorgung in einer Deklaration festgestellt und dringender Handlungsbedarf eingemahnt. 1998 erfolgte eine Definition der WHO zum Begriff „General Practice“, um die Erfüllung der in der Alma-Ata-Deklaration¹ beschriebenen Aufgaben zu gewährleisten. 2002 erfolgte die europäische Definition der Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin durch die Europäische Gesellschaft für Allgemeinmedizin – WONCA Europe.² In diesem Grundsatzpapier wurden vor allem auch die Schlüsselkompetenzen für den Beruf „Ärzt:in für Allgemeinmedizin“ zusammengefasst. Die European Academy of Teachers in General Practice (EURACT) erarbeitete im Anschluss eine gemeinsame Stellungnahme zur Umsetzung der „European Definition of General Practice“ in der Ausbildung: „The EURACT Educational Agenda“.³ Die Lehre in der niedergelassenen allgemeinmedizinischen Praxis wird darin gefordert, also an jenem Ort, an dem in der Regel auch die spätere Tätigkeit stattfindet. Aufgrund einer Vorgabe der Europäischen Union wurden 1994 in der Ärzteausbildungsordnung 6 Monate Ausbildung in Einrichtungen, die der medizinischen Erstversorgung dienen, festgeschrieben. Erst mit der Änderung der Ausbildungsordnung



MR Dr. Reinhold Glehr
 Arzt für Allgemeinmedizin,
 Hartberg



Dr.ⁱⁿ Ulrike Spary-Kainz
 Ärztin für Allgemeinmedizin,
 Institut für Allgemeinmedizin und
 evidenzbasierte Versorgungsforschung,
 Medizinische Universität Graz

2015 hat sich diese Vorgabe in Österreich verwirklicht.

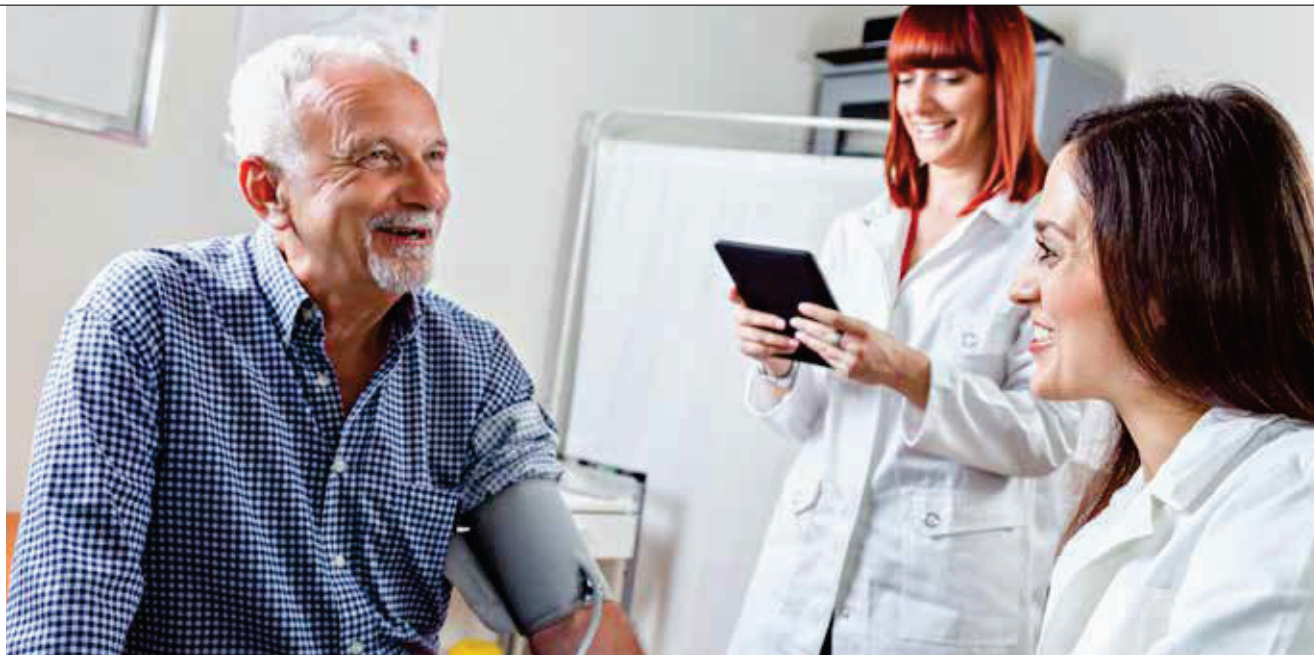
2. Lehrpraxis Allgemeinmedizin im Klinisch-Praktischen Jahr (KPJ)

Bei den meisten Studierenden besteht noch keine gefestigte Entscheidung für ein Fach. Vorurteile gegenüber dem Fach Allgemeinmedizin können überwunden, die Wahl dieses Faches eventuell gestützt werden.

Das Vorurteil „Mangel an Komplexität“ weicht in der Regel rasch der Erkenntnis, dass in der Realität ein rascher Wechsel der Komplexität erfolgt, auf den angemessen reagiert werden muss. Dass Allgemeinmedizin nur Erstversorgung erbringt, wie oft fälschlich dem Begriff „Primary Care“ entnommen wird, ist ebenfalls ein Lernergebnis der ersten Tage. Die hausärztliche Wirklichkeit mit kontinuierlicher Versorgung, Nachbetreuung, Simultanbetreuung mit anderen Berufsgruppen, Umgang mit Lebensstilrisiken, Sekundärprävention und Tertiärprävention ist in den wenigen Wochen des Klinisch-Praktischen Jahres (KPJ) erfahrbar. Die eigene Methodik der Allgemeinmedizin mit ihrem generalistischen Ansatz, der Patientenorientierung anstelle einer Organzentrierung, mit einem Shared-Decision-Process, Zeit als diagnostischem Faktor, Erkennen von Krankheiten in frühen Stadien, Erkennen von abwendbar gefährlichen Ver-

läufen kann gerade in der allgemeinmedizinischen Lehrordination eindrücklich vermittelt werden. Aspekte der kontinuierlichen Behandlungsbeziehung, Herausforderungen im Bereich der Diagnostik im Niedrigprävalenzbereich sowie die spezifische problemorientierte Entscheidungsfindung können vermittelt werden.

Die Studierenden sollen den klinischen Alltag einer allgemeinmedizinischen Ordination kennenlernen und haben in diesem Abschnitt auch die Möglichkeit, den niedergelassenen Bereich kennenzulernen. Alle anderen Pflichtteile des Klinisch-Praktischen Jahres werden im Krankenhaus absolviert, und somit kommt diesem Teil auch die Aufgabe zu, neben der praktischen Vertiefung der theoretisch bereits vorgebildeten Fertigkeiten im Fach Allgemeinmedizin die extramurale Arbeitsweise kennenzulernen. Im Rahmen dieser Lehrordinationszeit sollen die Basisskills der Allgemeinmedizin unter Supervision erarbeitet werden. Dies passiert im Rahmen einer 1:1-Betreuung, und damit kann und wird auch die Freude am Fach Allgemeinmedizin von den Ordinationsinhaber:innen an die Studierenden weitergegeben. An den verschiedenen Medizinischen Universitäten in Österreich ist das letzte Studienjahr unterschiedlich gestaltet, aber es ist an allen Standorten möglich, zumindest vier Wochen in einer ▶



allgemeinmedizinischen Ordination zu ver-
bringen, in Wien als Wahlfach, an den ande-
ren Standorten als Pflichtfach mit der Mög-
lichkeit zur wahlweisen Verlängerung.

3. Lehrpraxis am Ende der Fachaus- bildung Allgemeinmedizin

Die Entscheidung für die spezifische Ausbil-
dung im Fach Allgemeinmedizin ist bei den
Auszubildenden am Ende der Turnuszeit be-
reits gefallen. Zwei Bildungsphasen, Studium
und Turnusausbildung im stationären Bereich,
sind bereits vorbei, die erste ärztliche Erwerbs-
tätigkeit ebenfalls. Die Vertiefung, Erweiterung
und Erneuerung von bereits bestehendem
Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten mit dem
Schwerpunkt auf Anforderungen im nieder-
gelassenen Bereich der Allgemeinmedizin ist
nun das Ziel. Die Kompetenz zur eigenverant-
wortlichen, leitenden Praxistätigkeit soll am
Ende der Ausbildung vorhanden sein.

Die Inhalte des Rasterzeugnisses sollen nach
den Prinzipien des Erwachsenenlernens ver-
mittelt werden. Ein starker Wunsch nach
selbstgesteuertem Lernen und Einbringung
eigener Erfahrungen sollte berücksichtigt
werden. Der Kompetenzerwerb ist auf einen
effizienten und effektiven Umgang mit einer
Fallvielfalt ausgerichtet. Eigenverantwortliche
Tätigkeit inklusive Fähigkeiten zur Or-
ganisation einer Praxis und Führung von
Mitarbeiter:innen sind das Ziel.

Medizinische Expertise und Berufsethos
sollen vertieft werden. Die Reflexion der in-
tellectuellen und emotionalen Veränderungen
während der Ausbildungszeit ist deshalb
ebenso Thema wie Professionalität im All-

gemeinen. Damit ist gemeint:

- Verantwortung gegenüber sich selbst
- Verantwortung gegenüber den Patient:innen
- Verantwortung gegenüber anderen an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen
- Verantwortung gegenüber der Gesellschaft bzw. dem Sozialversicherungssystem

Die Achtsamkeit bei Unterstützungsprozessen
hat großen Stellenwert: Terminmanagement,
Dringlichkeitsbeurteilung, Telefonarbeit, Vor-
bereitung diagnostischer und therapeutischer
Maßnahmen, Dokumentation, Hygiene etc.

Bei den Kernprozessen wird der Fokus auf
Unterschiede zwischen stationärem und nie-
dergelassenem Bereich gelegt. Vor allem die
Grenzen der eigenen Kompetenz, das Erkennen
eines abwendbar gefährlichen Verlaufes bzw.
von „red flags“ bekommen besonderen Au-
genmerk. Auch der Umgang mit dem Erstat-
tungskodex der Sozialversicherungen (EKO),
mit Medikamentenplänen, Überweisungen
und Einweisungen sind wichtige Themen.

Zwei didaktische Methoden wurde 2014 von
der Sektion Allgemeinmedizin der Österrei-
chischen Ärztekammer und der Österrei-
chischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin
besondere Bedeutung beigemessen:

a) Dem EPA-Konzept (Entrustable Profes-
sional Activities): „Systematisches Erlernen
anvertraubarer fachspezifischer Tätigkeiten“;
damit soll die Vermittlung der Inhalte des
Rasterzeugnisses erleichtert und die Lern-

fortschritte besser evaluierbar gemacht wer-
den. Mehrere Kompetenzen des Rasterzeug-
nisses wurden dafür in 14 Leistungspaketen
zusammengefasst.

b) Der Cognitive-Apprenticeship-Methode:
„Reflektierendes Lernen lehren“ – Alltags-
routinen werden in Teilschritten als klare
Handlungsabfolge dargestellt und in ihrer
Bedeutung für die Zielerreichung erklärt. Ein
Vergleich mit der erlernten Vorgangsweise
im stationären Bereich wird versucht. Die
Einsicht in die Logik der Teilschritte durch
Anregung zur Reflexion ermöglicht einen
besseren Nachvollzug.

4. Befähigung zur Führung einer Lehrordi- nation bzw. Lehrpraxis

Da es an den verschiedenen Medizinuniver-
sitäten in Österreich unterschiedliche Curri-
cula gibt und sie sich auch in den Vergabe- bzw.
Bezahlungsmodalitäten unterscheiden, gibt
es an den verschiedenen Standorten auch
verschiedene Beurteilungskriterien und Aus-
bildungen, um als Lehrordination tätig sein
zu können. Die Ausbildung an den verschie-
denen Universitäten für Lehrordinationen im
KPJ wurden, so weit wie möglich, homogeni-
siert. Die Akkreditierung an einer Uni gilt auch
an allen anderen, es muss nur ein kleiner
unterschiedlicher Teil zu den organisatori-
schen Rahmenbedingungen am jeweiligen
Standort absolviert werden. Die Ausbildung
der Lehrpraxisleiter:innen für Turnusärzt:in-
nen ist österreichweit einheitlich über die
Ärztekammer geregelt. ■

Quellen: 1 www.who.int/publications/i/item/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471 2 THE EUROPEAN DEFINITION OF GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE; WONCA Europe 2002, revised 2011 3 www.euract.eu/publications/official-documents/viewcategory/3

10 Jahre „Primärversorgung – Neu“ – Wie stark sind wir heute?

Der 8. Österreichische Primärversorgungskongress 2023 findet von 14. bis 16. September 2023 in Graz und online statt. Die Pre-Conference am 14. September 2023 wird ausschließlich in Präsenz abgehalten.

FREITAG, 15. 09. 2023 – PROGRAMMHIGHLIGHTS

| | | |
|-------------|---|---|
| 09:20–10:20 | Strengthening Actionable Primary Health Care Performance Measurement and Management | Dionne Kringos – Pereira Martins, Amsterdam UMC/Simultandolmetsch |
| 10:20–10:30 | Publikumsdiskussion | |
| 11:00–11:25 | Building a strong Primary Healthcare: you matter! Inspiration and good examples | Maria van den Muijsenbergh, EFPC – online/Simultandolmetsch |
| 11:25–11:45 | Primärversorgung: Warum dauert denn alles so lange? | Clemens Martin Auer, Konsulent |
| 11:45–12:05 | Honorierung und Finanzierung von PVE – Grundsätze der ÖGK | Franz Kiesel, ÖGK |
| 12:05–12:25 | Mehr Gesundheit durch exzellente Qualität in der Primärversorgung | Christine Monika Engl, ÖGK |
| 14:00–14:20 | The Buurtzorg principles | Thijs de Blok, CEO of Buurtzorg – online/Simultandolmetsch |
| 14:20–14:40 | Personalprobleme im österreichischen Gesundheits- und Sozialsystem – eine Ursachenanalyse | Martin Sprenger, Med Uni Graz |
| 14:40–15:00 | Wunschberuf (oder) Traumberuf Hausarzt – was braucht es aus Sicht der Jungen Allgemeinmedizin? | Julia Schirgi, JAMÖ |
| 15:00–15:20 | Akademische Verankerung – wofür und was braucht es? | Andrea Siebenhofer-Kroitzsch, Med Uni Graz |
| 16:00–16:20 | Integrated Community Care: an opportunity for Primary care | Jan De Maeseneer, Ghent University – online/Simultandolmetsch |
| 16:20–16:35 | Konzept und aktueller Stand der Umsetzung des österreichischen Programms der Frühen Hilfen | Sophie Sagerschnig, GÖG |
| 16:35–16:50 | Patient*innen im Team versorgen – Chancen und Hürden | Susanna Finker, MEDIUS |
| 16:50–17:20 | PHC in Theorie und Praxis am Beispiel Wien und Wiener Kinder-Primärversorgungseinheiten in der Pilotphase – ein Modell für Österreich? | Wolfgang Mückstein, PHC Mariahilf, und Matthias Schmied, ÄK Wien |
| 17:20–17:40 | Die Plattform Primärversorgung – wir verbinden Praxis, Policy und Wissenschaft | arah Burgmann und David Wachabauer, GÖG |

SAMSTAG, 16. 09. 2023 – PROGRAMMHIGHLIGHTS

| | | |
|-------------|---|--|
| 09:00–09:05 | Videobotschaft | BM Johannes Rauch |
| 09:05–09:15 | Weiterentwicklung und Neuerungen in PVE | BMSGPK |
| 09:15–10:15 | Primärversorgung 2040 | Ferdinand M. Gerlach, Goethe-Universität Frankfurt am Main |
| 11:00–11:15 | Disease- und Case-Management – selbstständiges Krankheitsmanagement als Voraussetzung für Lebensqualität | Jürgen Ephraim Holzinger, Verein ChronischKrank |
| 11:30–11:45 | Community Nursing – die positiven Effekte der kommunalen Gesundheitspflege | Daniel Peter Gressl, „Ö-Nurse“ |

Ausführliche Informationen zum Kongress finden Sie unter: www.pv-kongress.at