

Entwicklung der Hausarztmedizin



Dr. Christoph Dachs

Arzt für Allgemeinmedizin, Hallein

Als erfahrener Hausarzt am Ende seiner Karriere und Beobachter und Mitgestalter der Primärversorgung mache ich mir viele Gedanken über die Entwicklung der Hausarztmedizin.

Obwohl bei den jungen Kolleg:innen zunehmend mehr Interesse an Allgemein- und Familienmedizin besteht, ist es Fakt, dass die Hausarztmedizin nach wie vor wenig attraktiv scheint und Kassenstellen österreichweit schwer besetzbar sind. Wenn allgemeinmedizinische Kassenstellen nicht mehr nachbesetzt werden, geht ein wesentlicher Aspekt der AM, die Kontinuität der Versorgung, die in weiten Teilen bis dato noch gut funktioniert, verloren.

Im Gespräch mit vielen jungen Kolleg:innen höre ich immer wieder die Unsicherheit und die Angst vor Verantwortung heraus, sowohl in fachlicher als auch finanzieller Hinsicht als Unternehmer:in, die vom Sprung in die Praxis abhalten. Viele – vor allem junge Frauen – haben Sorge vor der Arbeitsbelastung, die möglicherweise auf sie zukommt. Auch die unsicheren Zeiten schrecken vor einem Gang in die Selbstständigkeit ab.

Eine der wichtigsten Maßnahmen sehe ich in der Stärkung der hausärztlichen Primärversorgung.

Das bedeutet für mich:

- klare Wertschätzung der Allgemeinmedizin von allen Seiten
- eine verpflichtende Steuerung der Patient:innen in die Primärversorgungsebene: Gesundheitssysteme, die gut und effizient funktionieren, haben eine Steuerung.
- Der/die Fachärzt:in für Allgemeinmedizin, seit kurzem Realität, bringt eine deutliche Aufwertung des Faches Allgemeinmedizin. Die damit verbundene Neuorientierung der Ausbildung mit

einer deutlich verlängerten Praxiszeit stellt eine große Chance dar, die jungen Kolleg:innen auf die komplexe Aufgabe gut vorzubereiten. Da muss eine gute Struktur und Qualitätssicherung geschaffen werden.

- verpflichtende Qualitätszirkel
- Anbieten von Mentoring-Programmen und Balint-Gruppen – Junge lernen aus der Erfahrung der Älteren
- Stärkung der Institute für Allgemeinmedizin
- Reduktion von Bürokratie
- stärkere Unterstützung bei der Gründung von unterschiedlichen Praxisformen und wirtschaftlicher Support
- klare Definition des Berufsbildes „Ärzt:in für Allgemeinmedizin“
- Schaffung eines klaren Versorgungsauftrages
- unabhängige allgemeinmedizinische Fortbildung
- Anpassung der Honorierung an die Bedürfnisse der Allgemeinmedizin

Die Politik und die Sozialversicherung kennen diese Probleme schon länger, und man versucht – mit mehr oder weniger effektiven Maßnahmen – entgegenzusteuern. Die Bundesregierung hat vor kurzem ein Primärversorgungsgesetz auf Schiene gebracht, das durchaus in die richtige Richtung geht. Man

setzt zurzeit ganz auf die Schaffung von PVE, vergisst aber, dass man die vielen Einzelpraxen mit engagierten Allgemeinmediziner:innen genauso unterstützen sollte. Die Idee der PVE ist prinzipiell gut und auch die Entwicklung hin zu mehr solchen Versorgungseinheiten. Der Großteil der ärztlichen Versorgung findet allerdings immer noch in Einzelpraxen statt. Deshalb sollte man diese Struktur genauso gut unterstützen, sonst bekommen wir innerhalb der Hausarztmedizin eine Zwei-Klassen-Hierarchie.

Viele dieser Maßnahmen könnten relativ rasch umgesetzt werden. Das Problem ist unser sehr fragmentiertes Gesundheitssystem, in dem viele Menschen mit unterschiedlichsten Interessen mitreden und Reformen und Veränderungen nur schwer möglich sind. Dennoch gibt es einen optimistischen Ausblick. Es besteht in der jungen Kollegenschaft deutlich mehr Interesse an der AM als noch vor ein paar Jahren. Der/die Fachärzt:in ist umgesetzt, und an der neuen Ausbildung wird mit Hochdruck gearbeitet. Als Fachgesellschaft werden wir immer mehr wahrgenommen und sind mittlerweile in vielen Diskussionsrunden auf Augenhöhe vertreten.

Ich bin überzeugt, dass ein Gesundheitssystem ohne eine starke Allgemeinmedizin auf Dauer nicht finanzierbar ist und dass insbesondere dieses Fach aufgewertet werden muss. Gerade neue Daten zur Hausarztmedizin belegen eindrucksvoll, dass Patient:innen in einer hausarztbasierten Versorgung mehr Überlebenszeit und mehr gesunde Lebensjahre haben – bei deutlich geringeren Gesundheitsausgaben.

Es wäre schade, wenn wir alle gemeinsam diese Chance nicht nützen würden. ■

PS: Der Artikel entspricht meinen persönlichen Gedanken und stellt meine Meinung dar. Er deckt sich nicht zu 100 % mit der offiziellen ÖGAM-Linie.

Allgemeinmedizin in Europa: hoch geschätzt und ausreichend gefördert?

Die Primärversorgung wird zu Recht als tragende Säule des Gesundheitswesens bezeichnet. In den letzten Jahrzehnten wurde die Allgemeinmedizin jedoch zumindest in Österreich sträflich vernachlässigt, was zu einem großen Nachholbedarf geführt hat. Dieser Beitrag soll Maßnahmen zur Förderung der Hausarztmedizin in anderen europäischen Staaten darstellen.



Mag.^a Katharina Wieser

Linzer Institut für
Gesundheitssystem-Forschung LIG
www.ligforschung.at

Großbritannien

In Großbritannien ist das Gesundheitssystem im Wesentlichen durch den NHS (National Health Service) organisiert, der als öffentliche Gesundheitsorganisation für die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen verantwortlich ist. Grundsätzlich ist das Gesundheitswesen in Großbritannien steuerfinanziert und für Patient:innen kostenlos. Die primäre Anlaufstelle für medizinische Anliegen sind Hausärzt:innen, die als General Practitioners oder kurz als GPs bezeichnet werden. Diese können bei Bedarf an Fachärzt:innen im Spital überweisen, die nicht frei zugänglich sind.

Die meisten Ärzt:innen, und damit auch Allgemeinmediziner:innen, sind beim NHS angestellt und daher im öffentlichen System tätig. Obwohl bei in Krankenhäusern angestellten Allgemeinmediziner:innen zuletzt gute Zuwachsraten verzeichnet werden konnten, gingen die Vollzeitäquivalente bei den vollausgebildeten GPs zwischen 2016 und 2023 um 7 % zurück. Im Zufriedenheitsreport geben GPs bei der Arbeitszufriedenheit den geringsten Wert aller Arztgruppen an und sind am häufigsten von einem hohen Arbeitsaufkommen und erhöhtem Burn-out-Risiko betroffen.

In Großbritannien, vor allem in England und Schottland, kämpft man derzeit mit einem Mangel an GPs. Daher wurde versucht, die Ausbildungszahlen in der Allgemeinmedizin anzuheben, was bisher eher zögerlich gelang. Die Zahl der Studienplätze wurde um 1.500 erhöht, was einem Plus von 25 % entspricht, und zusätzlich wurde eine neue Studienbei-

hilfe eingeführt, die nicht zurückbezahlt werden muss. Es wird aber davon ausgegangen, dass die Früchte dieser Maßnahmen erst in einigen Jahren in der Primärversorgung ankommen werden. Um ältere GPs länger im System zu halten, wurden das Pensionssteuersystem und das NHS-Pensionsschema reformiert. Praktische Hilfestellungen im Alltag seitens des NHS sollen für mehr Wohlbefinden am Arbeitsplatz sorgen. Für beim NHS angestellte GPs werden auch flexible Arbeitszeiten und Teilzeitmodelle angeboten. Außerdem wurde eine Personalbeschaffungsmassnahme gestartet, die eine Karriere im NHS bewirbt. 2023 startete der NHS ein Programm zur Verbesserung der Arbeitssituation in den Praxen und Versorgungszentren (National General Practice Improvement Programme, GPIIP). Das Programm soll, bei gleichbleibender Versorgungsqualität, die Arbeitslast reduzieren. Eine bessere Patientenlenkung und ein Triage-System, das den/die Patient:in zum „best point of service“ lenkt, sind die Schlüsselfaktoren dieses Programms. Gleichzeitig sollen Telefonkontakte, Online-Konsultationen und

die Unterstützung durch Online-Tools (z. B. für die Terminvergabe) intensiviert werden. Ein weiterer wesentlicher Punkt des Programms ist die Reduktion bürokratischer Aufgaben. Zu diesem Themenkreis stehen von allgemeinen Seminaren bis hin zu persönlichen Weiterbildungsprogrammen viele Hilfsmaßnahmen zur Verfügung.

Finnland

In Finnland ist gerade eine große Reform des Gesundheitswesens in Gange, die das historisch gewachsene dezentrale und fragmentierte Gesundheitswesen mehr zentralisieren soll. Insgesamt wurde die Rolle des Staates damit bereits deutlich gestärkt. Jede Person ist in Finnland obligatorisch von der sozialen Krankenversicherung erfasst. Als Erstanlaufzentrum für alle medizinischen Anliegen sollen die Finn:innen grundsätzlich das Gesundheitszentrum ihrer Wahl nutzen. Dieses kann maximal einmal im Jahr gewechselt werden. Die Gesundheitszentren, die ein breites Spektrum der Primärversorgung abdecken und teilweise sogar fachärztliche Aufgaben (durch Allgemeinmediziner:innen) übernehmen, fungieren als Gatekeeper für Spitäler und die fachärztliche Versorgung. Die Hausärzt:innen erwarten bei ihrer täglichen Arbeit eine Tätigkeit, die nicht nur von der Aufgabenstellung sehr umfassend ist, sondern auch in ein Team eingebettet abläuft. Medizinische Fachkräfte (z. B. Nurse Practitioner, Physician Assistant), die über eine Ausbildung auf Masterniveau verfügen, dürfen bestimmte ärztliche Leistungen entweder selbstständig oder unter ärztlicher Supervi-

Zeitschrift für Gesundheitspolitik
– kostenloses Abonnement oder
Einzel exemplar bestellen unter:
www.ligforschung.at



Kantone und Weiterbildungsstätten die Möglichkeit, mit Teilzeitangeboten oder gezielten Freistellungen von zu leistenden Notdiensten die Attraktivität der Allgemeinen Inneren Medizin zu steigern. Die Stiftung zur Förderung der Weiterbildung in der Hausarztmedizin (WHM) betreut seit 2009 ein Praxisassistenten-

sion durchführen. Flexible Arbeitszeitmodelle sind in den Gesundheitszentren möglich und werden auch gelebt.

Insgesamt ist in manchen abgelegenen Regionen zwar ein Mangel an Allgemeinmediziner:innen zu verzeichnen, dieser ist jedoch im letzten Jahrzehnt zurückgegangen, und Finnland ist daher von keiner massiven Knappheit betroffen. Dies ist unter anderem einem Tutoren- und Mentorenprogramm zu verdanken, das jungen Ärzt:innen in den Gesundheitszentren ausreichend Unterstützung zusichert. Aber auch die durch die Einschreibungspflicht in ein Gesundheitszentrum quasi erzwungene Kontinuität in der Versorgung, in deren Mittelpunkt der/die Hausärzt:in steht, hat zur Beliebtheit der Allgemeinmedizin beigetragen, die bei jungen Mediziner:innen sogar zugenommen hat. Der Anteil von Allgemeinmediziner:innen in der Ärzteschaft ist in Finnland vergleichsweise hoch.

Schweiz

Das Schweizer Gesundheitswesen gilt allgemein als gut, aber teuer. Durch die Versicherungspflicht hat die gesamte Bevölkerung Zugang zum Gesundheitssystem, das im Bereich der Versicherungsmodelle viele Wahlmöglichkeiten bietet und durch geringe Wartezeiten auffällt. Die Lebenserwartung in der Schweiz ist äußerst hoch – wie auch die Kosten des Gesundheitssystems. In der Schweiz existiert zwar kein klassisches Hausarztsys-

tem, in der Praxis sind aber die meisten Schweizer:innen in ein Versicherungsmodell eingeschrieben, das den direkten Zugang zur fachärztlichen Versorgung und zu den Spitälern einschränkt, dafür aber tarifliche Vergünstigungen bietet.

Die Schweiz ist allgemein für die guten Arbeitsbedingungen für Ärzt:innen bekannt, wodurch sich relativ einfach Personal aus dem Ausland anwerben lässt. Trotzdem ist der Altersschnitt des ärztlichen Personals eher hoch, und der Nationalrat machte daher 2022 klar, dass die gute Versorgung in der Schweiz durch Hausärzt:innen bis 2030 nur unter der Prämisse aufrechterhalten werden kann, dass die hohe Zuwanderung ausländischer Fachkräfte weiterhin bestehen bleibt. Zahlreiche Maßnahmen sollen der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung dienen. Um die Zahl der Absolvent:innen in der Humanmedizin zu erhöhen (von 900 im Jahr 2016 auf 1.300 im Jahr 2025), wurden 100 Mio. Franken aufgebracht. Ein Schwerpunkt liegt hier auf der Sensibilisierung für die medizinische Grundversorgung. Außerdem wird die Hausarztmedizin an allen Ausbildungsorten als transversales Thema gelehrt, und den Studierenden werden zahlreiche Praktika in der Grundversorgung ermöglicht. 2021–2022 versuchte die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin, mit ihrer Nachwuchskampagne #MehrVielfaltGibts-Nirgends Medizinstudierende für den Fachbereich zu gewinnen. Darüber hinaus haben

programm, im Rahmen dessen sie Löhne von Praxisassistentenärzt:innen subventioniert und Lehrpraktikerkurse und Praxisführungskurse für Assistentenärzt:innen organisiert.

Fazit

Es zeigt sich, dass auch in den vorgestellten Ländern Probleme bestehen, den Bedarf an medizinischer Primärversorgung zu decken. Mit Ausnahme von Finnland wurden Gegenmaßnahmen erst eher spät gesetzt. Vor allem aber zeigt die Vielzahl an Konzepten zur Förderung der Allgemeinmedizin, dass die große Bedeutung des Fachbereiches für die Versorgung der Bevölkerung mittlerweile bei der Politik angekommen ist. ■

Förderpreis für Diplomarbeiten



Als wissenschaftliche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin hat die ÖGAM (Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin) starkes Interesse an der Unterstützung allgemeinmedizinischer Forschung in Österreich. Zu diesem Zweck wurde auch der „Förderpreis für Diplomarbeiten“ ins Leben gerufen. Mit Vorstandsbeschluss 2014 und folgend ist vorgesehen, dass eine Vergabe des Förderpreises in der Höhe von 500 Euro an Studierende und eine maximale Aufwandsentschädigung in Höhe von 500 Euro an unentgeltlich betreuende Allgemeinmediziner:innen jährlich im Rahmen des STAFAM-Kongresses in Graz stattfindet. Einreichschluss der Arbeiten für das Jahr 2024 ist der 15. 9. 2024 mit fertiger Diplomarbeit und Lebenslauf. Die Einreichung findet online über die Website statt. Kriterien für die Teilnahme am Förderpreis der ÖGAM sind folgende:

1. Gefördert werden 2 allgemeinmedizinisch relevante 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. Sofern ein Votum der Ethikkommission notwendig ist, ist die Genehmigung des Projektes, das der eingereichten Arbeit zugrunde liegt, durch die zuständige Ethikkommission eine Voraussetzung für die Zuerken-

nung der Förderung und ist als Bescheid der Ethikkommission beizulegen.

4. Der/die Verfasser:in sichert mit der Einreichung der ÖGAM zu, die eingereichte Arbeit oder Auszüge daraus auf der Website oegam.at sowie in Papierform und in kooperierenden Medien der ÖGAM unter Berücksichtigung der Autorschaft zu veröffentlichen. Entsprechende Texte sind der ÖGAM vor der Preisverleihung zur Verfügung zu stellen.
5. Die Anwesenheit bei der Preisverleihung und eine eventuelle Kurzpräsentation der Arbeit (1 Slide – 5 min) sind erwünscht, aber nicht Voraussetzung.
6. Voraussetzung für die Ausschüttung des Preises sind der Abschluss der Arbeit durch die zuständige Universität und durch den ÖGAM-FB. Ausgeschüttet werden jeweils 500 Euro für Studierende und ggf. eine Aufwandsentschädigung von maximal 500 Euro für mitbetreuende ehrenamtliche Allgemeinmediziner:innen.
7. Die Anträge sind per Online-Formular einzureichen. Einsendeschluss ist der 15. September 2024. Der ÖGAM-FB trifft die Entscheidung innerhalb von vier Wochen. Der Preis wird auf dem STAFAM-Kongress in feierlichem Rahmen verliehen.
8. Der wissenschaftliche Beirat des „ÖGAM-Preises für Diplomarbeiten“ führt die Beurteilung durch und setzt sich wie folgt zusammen: Vertreter:innen der allgemeinmedizinischen Lehre der medizinischen Universitäten und Fakultäten Österreichs und zwei Vertreter:innen der ÖGAM.
9. 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 Preisbewerber:innen dar. ■

ZUM FÖRDERPREIS

