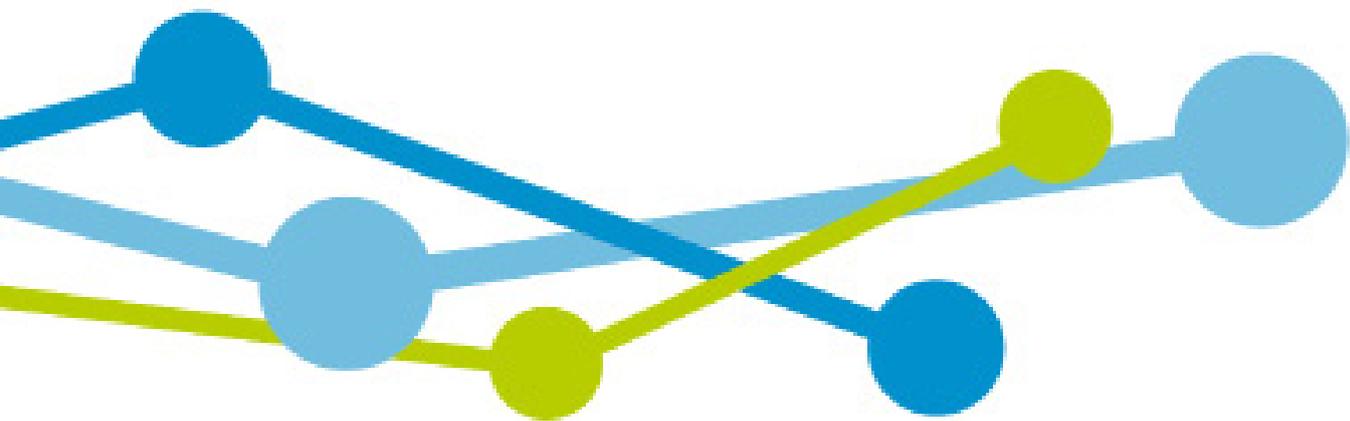


Perspektiven zur medizinischen Aus- und Weiterbildung – Eindrücke einer Fokusgruppenbefragung in Hamburg

Thomas Czihal, Ayse Özkan, Dominik von Stillfried



www.zi.de

**Zentralinstitut für die
kassenärztliche Versorgung
in der Bundesrepublik Deutschland**

Herbert-Lewin-Platz 3
10623 Berlin

E-Mail: tczihal@zi.de
Tel. +49 30 4005 2404
Fax +49 30 4005 27 2404

ISSN 2199-1480 (online)

Die Autoren danken Frau Eva Schiffmann für die Organisation und inhaltliche Vorbereitung der Fokusgruppeninterviews.



Zusammenfassung

Die überwiegende Mehrzahl der Befragten berichtete, dass sowohl im Studium als auch in der Facharztweiterbildung die ambulante, vertragsärztliche Versorgung nahezu keine Rolle gespielt hat. Zwar gaben jüngere Teilnehmer etwas häufiger einen direkten und ausführlicheren Kontakt zur vertragsärztlichen Versorgung an, jedoch sind diese zumeist zufällig – z. B. durch zeitaufwändige persönliche Initiative – entstanden.

Einigkeit bestand unter den Teilnehmern, dass die Kontakte zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung während der gebietsfachärztlichen Weiterbildung intensiviert werden sollten. Dies könnte z. B. durch vermehrte Rotationen zwischen Klinik und Praxis geschehen. Dies hätte den Vorteil, so die Teilnehmer, dass ein stärkerer Wissens- und Erfahrungstransfer zwischen ambulanter und stationärer Patientenversorgung erreicht werden könnte. Aus Sicht der Mehrzahl der Teilnehmer würden auch ärztliche Kollegen, die nicht in Betracht ziehen, einmal in der ambulanten Versorgung tätig zu werden, davon profitieren, da sie so besser die Spezifika der ambulanten Patientenversorgung in ihre klinische Tätigkeit einbeziehen könnten (z. B. beim Entlassmanagement). Darüber hinaus würde so auch sichergestellt werden, dass auch im Zuge der Ambulantisierung der Medizin weiterhin das komplette Spektrum der Medizin in die Weiterbildung einbezogen werden könnte.

Hintergrund und Methodik

Die vertragsärztliche Versorgung befindet sich in einem strukturellen Wandel. Insbesondere durch das zum 1. Januar 2017 in Kraft getretene Vertragsarztrechtsänderungsgesetz hat sich die Struktur der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten deutlich verändert. Während im Jahr 2006 2,5 % der Ärzte und Psychotherapeuten im Angestelltenverhältnis (ohne Job-Sharer) tätig waren, sind es zum 31. Dezember 2015 16,2 %.

Inwiefern diese und weitere Entwicklungen, wie zum Beispiel der stärkere Fokus auf eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu veränderten Anforderungen an die vertragsärztliche Versorgung geführt haben, soll durch die vorliegende Studie untersucht werden. Um detaillierte Eindrücke der Ärzte und Psychotherapeuten gewinnen zu können, wurde ein qualitatives und exploratives Studiendesign gewählt. In 8 ca. 3stündigen halbstrukturierten und leitfadengestützten Fokusgruppeninterviews sind insgesamt 69 (angehende) Ärzte und Psychotherapeuten zu den Themenkomplexen:

- Aus- und Weiterbildung,
- Identität und Verantwortung,
- Besitzformen,
- Arbeitsalltag,
- wirtschaftliche Situation und
- Selbstverwaltung

befragt worden. Die Teilnehmer erstreckten sich von Medizinstudierenden und Niederlassungsinteressierten bis hin zu erfahrenen Ärzten und Psychotherapeuten, die unmittelbar vor dem Eintritt in den Ruhestand stehen bzw. ihre Tätigkeit in jüngster Vergangenheit beendet haben. Durch den Einbezug von in den Selbstverwaltungsgremien der KV Hamburg aktiven Ärzten und Psychotherapeuten wurde ein breites Erfahrungsspektrum hinsichtlich der Rahmenbedingungen der vertragsärztlichen Versorgung gewährleistet. Etwa 70 % (48) der Teilnehmer waren männlich und 30 % (21) Teilnehmer waren weiblich. Unter ihnen waren Allgemeinärzte/Hausärzte (20 %), Psychotherapeuten (16 %), Ärzte der Inneren Medizin (16 %), Psychiater/Neurologen (9 %), Internisten (9 %) sowie Ärzte aus der Orthopädie, HNO, Kinder- und Jugendmedizin, Augenheilkunde, Gynäkologie, Chirurgie, Dermatologie, Radiologie, Anästhesie und insgesamt vier Studenten. Etwa ein Drittel der Teilnehmer war mehr als 20 Jahre als Arzt tätig.

Die Fokusgruppeninterviews fanden im September, November und Dezember 2016 in den Räumlichkeiten der KV Hamburg statt.

Im Folgenden werden die Perspektiven auf die Aus- und Weiterbildung (Themenkomplex 1) der Befragten dargestellt. Die Diskussion zu diesem Themenkomplex wurde gemäß Leitfaden durch die Initialfragen:

1. Welchen Stellenwert spielte die ambulante medizinische Versorgung in Ihrer Aus- und Weiterbildung?
2. Hat Ihre Aus- und Weiterbildung Ihr Interesse an einer Tätigkeit im ambulanten Bereich geweckt?
3. Wurden Sie in der Aus-/Weiterbildung auf eine mögliche Tätigkeit im ambulanten Bereich aufmerksam gemacht?
4. Wurde der ambulante Bereich als attraktive/unattraktive Option präsentiert?
5. War Ihre Aus- und Weiterbildung ausschlaggebend für Ihr Interesse an einer Tätigkeit im ambulanten Bereich?
6. Wurden Sie durch Ihre Aus- bzw. Weiterbildung auf die Spezifika der ambulanten Versorgung ausreichend vorbereitet?

Eindrücke aus den Fokusgruppeninterviews

Die Frage, welchen Stellenwert die ambulante Versorgung in der Aus- und Weiterbildung einnahm, wurde durch die Mehrzahl der Befragten kurz und prägnant beantwortet:

„Gar keine. Sie hat eigentlich weder im Studium noch in der Facharztweiterbildung stattgefunden.“

„In der Ausbildung kam ambulante Tätigkeit eigentlich nicht vor, das war dominiert von den Ordinarien, die natürlich nur ihre Klinik im Kopf und im Sinn hatten.“

Diese Aussagen stehen stellvertretend für das in den Interviews gewonnene Gesamtbild. Je nach persönlichen Umständen, Ort der Aus- und Weiterbildung und der gewählten Fachrichtung ergaben sich differenzierte Schilderungen:

„Also im Studium spielte die ambulante Versorgung überhaupt keine Rolle. Ich hab mein Studium 1986 beendet, und es gab keinerlei Vorbereitung, das gleiche eben in der klinischen Zeit. Ich bin auch zu der Zeit dann Oberarzt gewesen – 15 Jahre lang im Krankenhaus. Das waren einfach getrennte Welten. Es gab also keine Vorbereitung.“

„Ich kann das so in etwa bestätigen natürlich, weil wir vielleicht ähnlichen Alters sind, und die Approbation war '87 und in der Krankenhauszeit ging's eben um akute Krankenhausfälle, also das, was mit dem Studium dann auch in Berührung war und auf ambulante Versorgung wurde ich – soweit ich mich erinnere – nicht vorbereitet.“

Während einige der Befragte angaben, überhaupt keine Eindrücke zur ambulanten Versorgung in Aus- und Weiterbildung gewonnen zu haben, beklagten andere Teilnehmer die zu geringe Intensität.

„Das waren 3 bis 4 Wochen, wo es konkret um ambulante Patientenversorgung ging. Ansonsten hatten wir einen Professor für Allgemeinmedizin, der uns natürlich die Allgemeinmedizin sehr ans Herz gelegt hat, aber letztendlich auch nur in der Vorlesung. Insofern ist eben die Erfahrung auch mit der ambulanten Versorgung auch im Studium sehr begrenzt gewesen und gerade, was so die Versorgungsstrukturen, also mehr so die formalen Aspekte angeht, also da hab ich auch im Studium nichts darüber erfahren.“

„Im Studium war es so, dass bis auf einen Praxisbesuch, den wir 1x gemacht haben, die ambulante Medizin überhaupt gar nicht stattgefunden hat und für mich war es großer Schritt damals in die Niederlassung zu gehen, den ich nicht bereue, den ich ganz wunderbar fand – bis heute.“

Auch wenn zu beobachten war, dass jüngere Befragte über häufigeren Kontakt im Studium zur ambulanten Versorgung berichteten, findet auch das in einem zeitlich sehr begrenzten Rahmen statt. Dies zeigen die Aussagen der befragten Medizinstudenten:

„Kontakt zur ambulanten Versorgung gibt es in der Famulatur und im Blockpraktikum. Insgesamt sind das sechs Wochen. Viel ist das nicht. Ein Kommilitone war davon auch 3 Wochen krank, der hat also nur drei Wochen mitbekommen.“

Die Studenten begrüßten aber ausdrücklich, wenn sie Eindrücke aus der ambulanten Patientenversorgung gewinnen konnten – auch direkt im Uniklinikum:

„Was ich mir vorstellen könnte, ist, dass man ein bisschen vom ambulanten System mit in die Regellehre mit einbringen könnte, auch von den Krankheitsbildern, die wir lernen. Wir sind halt sehr universitär, wir lernen sehr die Spezialfälle, die kriegt man in jedem Uniklinikum mal gezeigt, aber dieses alltägliche 'Geschäft' eigentlich nicht so. Ich muss sagen, z. B. in der Dermatologie, da hatten wir eine Ärztin, die kam von außerhalb, das war 'ne ambulante Dermatologin, und die hat den Unterricht so toll gemacht. Also wir waren nicht dort in ihrer Praxis, sondern sie ist ans Uniklinikum gekommen, der war wirklich toll.“

Ähnliche Eindrücke wurden explizit zur Weiterbildung geschildert. Einige Befragte berichteten, dass der erste Kontakt zur ambulanten Patientenversorgung mit dem ersten Tag in der Niederlassung stattfand:

„Ich kannte die ambulante Versorgung eigentlich gar nicht aus der Weiterbildung. Ich wollte aber unbedingt mein eigener Chef sein. Also ab in die Niederlassung. Das war dann schon eine andere Medizin. Der Patient ist da und nach 15 bis 20 Minuten wieder weg. In der Zeit muss man Entscheidungen treffen. Im Krankenhaus lag der Patient im Bett und ich habe jede Entscheidung in der Nacht überschlafen.“

Die Fachärzte für Allgemeinmedizin schilderten andere Eindrücke.

„Ich bin Facharzt für Allgemeinmedizin. Das kann man nicht ohne Praxiskontakt werden – heutzutage. Zum Glück.“

Die gebietsärztlichen Fachgruppen berichteten im Allgemeinen über wenig Kontakt zur ambulanten Patientenversorgung, die jedoch eine große Abhängigkeit von der persönlichen Einstellung des Weiterbildungsermächtigten aufwiesen.

„Als Dermatologe ist man ja eigentlich in einem ambulant tätigen Fach ausgebildet. Und ich hatte das Glück, hier an der Uniklinik auch längere Zeit in der Poliklinik eingesetzt zu sein. Insofern hatte ich auch eine ambulante Ausbildung. Das gilt aber längst nicht für alle Kliniken in der Dermatologie, die anderen Kliniken, die wir hier haben, das stationäre in [Name des Krankenhauses] und auch das [Name des Krankenhauses] sind überwiegend stationär ausgerichtet, was eigentlich ein Unding ist für ein ambulantes Fach wie die Dermatologie. Ich habe schon sehr frühzeitig in den 80 er Jahren versucht, mit den Chefs ein Agreement zu treffen: Schickt mir Eure Leute, die schon 2 Jahre Stationsdienst haben, zu mir. Ich bezahle sie wie in der Klinik und die können 1 Jahr bei mir ausgebildet werden. Das ist aber, und das muss man sagen, das ist hintertrieben worden. Das wollten die Klinikchefs nicht, weil sie fürchteten, dass dann ihre Nachwuchssituation sich verschlechtert. Die Kooperation war nicht da.“

„In der Weiterbildung hat unser Chef sogar Praxisvertretung gefördert und dafür gesorgt, dass auch alle Assistenten den ambulanten Bereich kennenlernen. Meine Freunde aus dem Studium hatten nicht so viel Glück. Die durften nicht nach draußen. Aber in der Weiterbildung wurde bei uns damals das noch gemacht. Das war aber der große Unterschied und wahrscheinlich eher eine Ausnahme.“

Aus Sicht der Teilnehmer führt der mangelnde Kontakt auch zu einem schlechteren Image der Niederlassung während der Aus- und Weiterbildung

„Ich habe bis 1994 studiert, hab dann – wie damals alle – erst PJ und AIP gemacht. Meine Wahrnehmung war schon so, dass eben in der Uni und dann auch in den ersten 2 bis 3 Jahren Krankenhaus es eigentlich der Wunsch von allen war, im Krankenhaus Karriere zu machen. Also wer da gesagt hätte, er will sich niederlassen, das war eher gleich der Loser.“

„Ich habe vorher im [Name des Krankenhauses] gearbeitet mit Ausbildung als Gastroenterologe. Bis ich das Krankenhaus verlassen hatte, dachte ich noch, dass die Medizin im stationären Bereich stattfindet, war bis dato Eindruck. Und jetzt stellt sich das für mich genau gegenteilig dar. Ich bin fest davon überzeugt, dass die ambulante Medizin sehr viel leisten kann – vielleicht manchmal mehr leisten kann als die stationäre Medizin, die natürlich für bestimmte Krankheitsbilder wichtig ist, und man braucht den stationären Bereich, aber die ambulante Medizin habe ich nicht kennengelernt mit der Weiterbildung.“

Viele Teilnehmer berichteten, dass mehr Kontakt zur ambulanten Versorgung, die Qualität des ärztlichen Austauschs bzw. der intersektoralen Zusammenarbeit erhöhen würde.

„Mehr ambulante Weiterbildung wäre schon deswegen gut, weil die Jungen doch auch neues Wissen aus Studium und Klinik mit in die Praxis bringen. Das ist besser als irgendein Journal zu lesen. Und dann nehmen die mit in die Klinik, was Grundversorgung ist. Davon könnte das Krankenhaus wiederum profitieren.“

„Jeder muss für ein paar Monate und nicht nur für eine Woche in die Praxis. Das ist doch wichtig für die Kollegen im Krankenhaus zu wissen, was vor der Klinikpforte passiert.“

„Man merkt an jeder zweiten Entlassmedikation, dass die Kollegen im Krankenhaus nie in der Praxis waren. Das ist schade und macht mir die Arbeit schwerer, weil ich alles umstellen muss.“

„Wenn alle im niedergelassenen Bereich gearbeitet hätten, wäre der Austausch viel besser. Alle kennen die Klinikperspektive, aber die Kollegen im Krankenhaus nur rudimentär die Praxisperspektive. Da ist es doch logisch, dass es bei der Zusammenarbeit mal knirscht, oder?“

Fazit

Im Zentrum des Themenkomplexes Aus- und Weiterbildung steht der Stellenwert der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung im Studium und in der Weiterbildung zum Facharzt.

Die überwiegende Mehrzahl der Ärzte berichtete, dass sowohl im Studium als auch in der Facharztweiterbildung die ambulante, vertragsärztliche Versorgung nahezu keine Rolle gespielt hat. Zwar gaben jüngere Teilnehmer etwas häufiger einen direkten und ausführlicheren Kontakt zur vertragsärztlichen Versorgung an, jedoch sind diese zumeist zufällig – z. B. durch zeitaufwändige persönliche Initiative – entstanden. Im Ergebnis war bzw. ist die ambulante vertragsärztliche Versorgung während der Ausbildung kaum präsent. Dies wurde von der weit überwiegenden Mehrheit der Teilnehmer ausdrücklich bedauert. Die Meinungen, ob darunter die medizinischen Ausbildungsinhalte leiden, gingen auseinander. Ein Teil der Befragten gab an, dass einige Krankheitsbilder, die in der ambulanten Versorgung eine große Relevanz besitzen, nur nachrangig behandelt würden. Auch würden die Möglichkeiten von ambulanten Therapien nicht umfassend genug abgebildet werden. Der andere Teil der Befragten teilte diese Sichtweise nicht. Sie fühlten sich durch das Studium ausreichend auf die Inhalte der ambulanten Medizin vorbereitet.

Einigkeit bestand aber darin, dass die Rahmenbedingungen der vertragsärztlichen Versorgung nicht ausreichend dargestellt würden. Dies betrifft insbesondere zulassungsrechtliche, organisatorische und betriebswirtschaftliche Aspekte einer vertragsärztlichen Tätigkeit. Durch die fehlende Präsenz, so berichteten die Teilnehmer, falle es sehr schwer, sich früh ein Bild über eine mögliche Tätigkeit in der ambulanten Versorgung zu machen. Auch dadurch würde die Option einer Niederlassung während des Studiums eher nachrangig in Betracht gezogen, weil zu viele Unwägbarkeiten – z. B. in Bezug auf die Größenordnung des Investitionsbedarfs und das tatsächliche, damit verbundene Risiko – existierten.

Die konkretesten Verbesserungswünsche wurden naturgemäß von der Gruppe der Medizinstudierenden geäußert. Sie wünschten sich von der Kassenärztlichen Vereinigung einen medizinstudierenden-Beauftragten, der einen strukturierten und kontinuierlichen Kontakt der Studenten zur vertragsärztlichen Versorgung herstellt. Auch Informationsveranstaltungen zu den Rahmenbedingungen der

vertragsärztlichen Versorgung an den Universitäten wurden vorgeschlagen. Diese sollten jedoch weniger als Werbeveranstaltung konzipiert werden, sondern vielmehr kompakt die Chancen und Risiken unterschiedlicher Möglichkeiten der Arbeit in der ambulanten Versorgung darstellen und konkrete Sachinformationen und Ansprechpartner vermitteln. Zudem würden die Medizinstudierenden einen unverbindlichen Leitfaden zum möglichen Ablauf einer Famulatur in der vertragsärztlichen Versorgung, der je nach Studiendauer den unterschiedlichen Kenntnisständen gerecht wird, für sinnvoll erachten. So könne darauf hingewirkt werden, dass während der Famulatur ein substanzieller Einblick in eine vertragsärztliche Tätigkeit ermöglicht wird, ohne dass eine wünschenswerte individuelle Flexibilität eingeschränkt werden würde.

Die in der Ausbildung aktiven Vertragsärzte bzw. diejenigen, die eine solche Option in Betracht ziehen, äußerten ebenfalls den Wunsch nach zielgerichteten Informationen zur Betreuung eines Famulanten. Hier sollten insbesondere die rechtlichen Rahmenbedingungen im Mittelpunkt stehen. Es wurden durch die Teilnehmer Unsicherheiten berichtet, wie weit ein Famulant in die ärztliche Tätigkeit einbezogen werden kann und welche Leistungen delegiert werden können. Durch einen Leitfaden könnten diese Unsicherheiten reduziert werden.

Bei der Frage nach dem Stellenwert der vertragsärztlichen Versorgung während der Weiterbildung zum Facharzt zeigten sich naturgemäß erhebliche Unterschiede zwischen der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin und zu gebietsfachärztlichen Weiterbildungen. Während in der Weiterbildungsordnung zum Facharzt für Allgemeinmedizin eine Tätigkeit in der ambulanten hausärztlichen Versorgung verpflichtend vorgeschrieben ist, ist diese bei den gebietsfachärztlichen Weiterbildungen fakultativ.

Dementsprechend berichteten die (jüngeren) Fachärzte für Allgemeinmedizin auch durchgängig von einem engen Kontakt zur vertragsärztlichen Versorgung während der Weiterbildungszeit. Die Gebietsfachärzte berichteten einen solchen Kontakt jedoch nur in Einzelfällen. Hier scheint die individuelle Einstellung des jeweils Weiterbildungsbefugten maßgeblich zu sein. Einige Teilnehmer hatten den Eindruck, dass der Weiterbildungsbefugte einen Einbezug des vertragsärztlichen Bereichs bewusst erschwerte, um Fachkräfte nicht aus der Klinik zu verlieren. Andere Teilnehmer berichteten wiederum, dass der Weiterbildungsbeauftragte Weiterbildungs Kooperationen mit Vertragsarztpraxen ausdrücklich befördert hat. Neben der Vermittlung von medizinischen und versorgungsrelevanten Inhalten wurde hier auch von der „Pflege von Zuweiserkontakten“ als Motiv des Weiterbildungsbefugten gesprochen.

Einigkeit bestand unter den Teilnehmern, dass die Kontakte zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung während der gebietsfachärztlichen Weiterbildung intensiviert werden sollten. Dies könnte z. B. durch vermehrte Rotationen zwischen Klinik und Praxis geschehen. Dies hätte den Vorteil, so die Teilnehmer, dass ein stärkerer Wissens- und Erfahrungstransfer zwischen ambulanter und stationärer Patientenversorgung erreicht werden könnte. Aus Sicht der Mehrzahl der Teilnehmer würden auch ärztliche Kollegen, die nicht in Betracht ziehen, einmal in der ambulanten Versorgung tätig zu werden, davon profitieren, da sie so besser die Spezifika der ambulanten Patientenversorgung in ihre klinische Tätigkeit einbeziehen könnten (z. B. beim Entlassmanagement). Darüber hinaus würde so auch sichergestellt werden, dass auch im Zuge der Ambulantisierung der Medizin weiterhin das komplette Spektrum der Medizin in die Weiterbildung einbezogen werden könnte. So berichteten viele Teilnehmer, dass z. B. die konservative Augenheilkunde, die konservative Hals-Nasen-Ohrenkunde oder die konservative Orthopädie fast gar nicht mehr in den Kliniken und so auch nicht mehr in der Weiterbildung stattfinden würde. Diese Lücke könnte durch einen stärkeren Einbezug des vertragsärztlichen Bereichs in die gebietsfachärztliche Weiterbildung geschlossen werden.

Die Kassenärztliche Vereinigung sollte aus Sicht der Befragten im Bereich der Weiterbildung organisatorische Unterstützungsleistungen für die Ärzte in Weiterbildung und die Weiterbildungspraxen anbieten. Dies hätte den Vorteil, dass für eine einzelne Praxis der organisatorische Aufwand zumindest zum Teil reduziert werden könnte. Außerdem könnte so erreicht werden, dass auch kleine Praxen auf Augenhöhe mit den Weiterbildungspartnern in großen Kliniken die Weiterbildungsinhalte abstimmen könnte.