

Protokoll des 42. GHA Symposiums Baierbrunn

Samstag, 24.6.2017

1) **Begrüßung** durch A. Graf von Luckner, Vorsitzender

2) **Impaktfaktor 5.0 für die Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZFA)** von Michael M. Kochen

- Erläuterung des Begriffes 'Impact Factor' (IF) und Kriterien der Berechnung
- Vorstellung der verschiedenen Datenbanken für Zeitschriften und Artikel, deren Finanzierung und Aufnahmebedingungen für Zeitschriften
- Problematik des geringen Interesses der US Library of Medicine (Medline) an deutschsprachigen Zeitschriften
- Problematik des Missbrauches der IFen, u.a. als Bewertungsmaßstab für individuelle Forschungsleistung und damit als Zuteilungskriterium für die leistungsorientierte Mittelvergabe (LOM)
- Vorstellung der Alternativen zum IF (Hirsch-Index, Altmotrik)
- Kritik an Politik bestimmter Zeitschriftenverlage
- Diskussion
 - Frage nach der Suche alter Artikel in elektronischen Datenbanken
 - Frage nach der Bindung von Autoren

3) **Sind universitärer Anspruch und medizinische Ausbildung miteinander zu versöhnen?** von Jean-Francois Chenot

- Einleitung mit der Frage, ob das Medizinstudium nicht an eine Fachhochschule gehöre.
- Wissenschaftlichkeit versus arztbezogener Kompetenzen - Universitätsmedizin versus Medical School
- in Befragungen zeitnah zum Studium beklagen junge Ärzte eine schlechte Vorbereitung auf den Arbeitsalltag
- Befragungen in Australien ergaben wiederum eine geringe Kompetenz im Umgang mit Publikationen bzw. Wissenschaftlichkeit
- Vertretung des Anspruchs, dass ein Arzt Publikationen lesen können muss
- Vorstellung von vier Szenarien für die Zukunft
 - 1) Keine Veränderung in der bisherigen Priorisierung im Studium
 - 2) Focus auf die Vermittlung von arztbezogenen Kompetenzen zulasten der wissenschaftlichen Grundbildung
 - 3) Fokus auf die Vermittlung der Wissenschaftlichkeit, Verlagerung des Erwerbs der arztbezogenen Kompetenzen in die Weiterbildung
 - 4) „WunschszENARIO“ des Autors:
 - Vermittlung von zuvor klar definierten „basic skills“ im Studium
 - Professionalisierung der Weiterbildung unter dem Aspekt der Wissenschaftlichkeit

4) **Was bedeutet der Masterplan 2020 für die Fakultäten – Organisatorische und inhaltliche Anforderungen an die Allgemeinmedizin aus Sicht eines Studiendekans** von Thorsten Schäfer

- kurze Antwort: nichts
- lange Antwort:
 - die angestrebten Veränderungen als „Steilvorlage für die Allgemeinmedizin“ begreifen
 - longitudinaler Aufbau mit Mentoring, Netzwerkstrukturen, „forschendes Lernen“
 - Allgemeinmedizin als M3-Prüfungsfach, als wissenschaftliches Fach
 - Fazit: Forderung nach klaren Zielen, klaren Wegen in der Ausbildung und klaren Prüfungsbedingungen

5) **Quo vadis Allgemeinmedizin: wie sind die Vorgaben des Masterplans durch die Allgemeinmedizin zu realisieren?**

Von Erika Baum

- Trend der „Ambulantisierung“ der Medizin
- Institutionalisierung der Allgemeinmedizin: aktueller Status und Forderung nach ausreichend Stellen für die Institute sowie nach qualifizierten und bezahlten Prüfern
- Institute für Allgemeinmedizin müssen auf Augenhöhe mit den anderen Institutionen sein, hohe Präsenz an der Universität aufweisen und durch eine/n FÄ für Allgemeinmedizin geleitet werden
- Intern guter Mix verschiedener Kompetenzen und Schwerpunkte (Forschung, Lehre, hausärztliche Tätigkeit) erforderlich
- eigene Forschungsaktivität der Institute, Perspektiven für den akademischen Mittelbau, Problematik der schlechteren Bezahlung von Ärztinnen und Ärzten in Forschung und Lehre im Vergleich zur Tätigkeit in der

- Krankenversorgung.
- Kooperation mit Lehrpraxen (Rekrutierung, Schulung und Supervision, Netzwerkbildung) und anderen Abteilungen.
- Allgemeinmedizin als Kernfach des Medizinstudiums

6) Ambulante Weiterbildung – Stärken und Schwächen. Erste Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von Fachärztinnen und -ärzten zu ihrer Weiterbildung von Rüdiger Jacob

- Befragung von im Bereich der KV tätigen angestellten FÄ
- Trend zur größeren Versorgungseinheit sowie zur Teilzeitbeschäftigung
- viele FÄ befürworten einen ambulanten Pflichtteil in der Weiterbildung
- Angabe von Schwächen in der Weiterbildung in Bezug auf die Vermittlung betriebswirtschaftlicher Themen wie Administration, Betriebsführung und Personalwesen; hierdurch auch geringere Bereitschaft zur Niederlassung

Diskussion

- Abrechnung und Personalwesen als ambivalentes Thema, das die ÄiW können möchten, aber nicht lernen wollen... (Vergleich mit Nierenphysiologie)

7) Vom Lernenden zum Lehrenden – was wir uns von und für die Allgemeinmedizin wünschen von Julia Friedel und Pascal Nohl-Deryk

- Forderung nach Förderung von „peer teaching“ Studenten für Studenten, ÄiWs für ÄiWs, ÄiWs für Studenten
- 4x-win-Situation mit Entlastung der Lehrstuhlinhaber und Praxen, stärkere Identifikation der Studierenden mit dem Berufsbild des Allgemeinmediziners bei nur geringfügig älteren Lehrern, Schulung der Verantwortung bei den peer teachers.

8) PJ-Mobilität in der Allgemeinmedizin – Allgemeinmedizin im Studium: Was können wir als zukünftige Mediziner mitnehmen? Von Bertram Otto

- Vorstellung von Bedürfnissen der Medizinstudenten und deren Wünsche an das Arztsein.
- Forderung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin an allen Fakultäten/Medizinischen Hochschulen.
- Longitudinaler Bezug zur Allgemeinmedizin vom 1. Semester bis zum letzten statt verpflichtende Studienabschnitte/-curricula.
- Forderung nach guten Lern- und Arbeitsbedingungen, der aktiven Einbindung der Studierenden und der adäquaten Fortbildung der Dozenten.

9) Finanzierung des PJ im ambulanten Pflicht-Quartal – Vorstellungen und Pläne der KV Baden-Württemberg von Doris Reinhardt

- Vorstellung der Möglichkeiten der Finanzierung und Förderung von PJ-Studenten in der Allgemeinmedizin durch die KV
- Problematik der Begrenzung der Zuwendungen durch das BAFöG und die Studienordnung

10) PJ-Wahlfach Allgemeinmedizin – eine Weichenstellung für die Hausarztkarriere? Von Klaus Böhme

- In Befragungen scheinen Blockpraktika und PJ in der Allgemeinmedizin die Attraktivität der primärärztlichen Versorgung zu steigern, de facto aber bleiben trotz steigender Zahlen in den Praktika die Zahlen der Facharztprüfungen gleich.
- vor und nach dem PJ ist der Prozentsatz derer, die Allgemeinmedizin in der Weiterbildung anstreben, statistisch nicht signifikant unterschiedlich, es gibt aber deutliche „Wanderungsbewegungen“: durch das PJ verliert ein Teil der Studierenden ihr Interesse, im Gegenzug können andere in gleichem Maße gewonnen werden.
- die Facharztpräferenz korreliert nicht mit Geschlecht, Alter, Herkunft, Zahl der Kinder, Beziehungsstatus: Studierende in fester Partnerschaft tendieren eher dazu, AM zu wählen (n.s.),
- Lage der Lehrpraxis: Studierende, die in einer Groß- oder Mittelstadt ihr PJ gemacht haben, wählen in höherem Prozentsatz AM als diejenigen, die im ländlichen Raum oder einer Kleinstadt waren (n.s.)
- Fazit:
 - das Wahlterial wird gut angenommen, ist aber kein Selbstläufer (s. Wanderungsbewegungen)
 - die „Landverschickung“ der Studenten ist kritisch zu überdenken
 - die Herkunft ist ein deutlicher Niederlassungsprädiktor (wer vom Land kommt, geht wieder auf das Land) – Konsequenz in der Vorauswahl der Geförderten / Zulassung zum Studium?

Diskussion

- Frage nach dem „Abholen“ von in der Klinik enttäuschten ÄiWs anderer Fächer, Anbieten des Übergangs in die Allgemeinmedizin

11) Verzahnung von Aus- und Weiterbildung in der Schweiz von Silke Biller

- das Studium ist in Bachelor, Master und Eidgenössische Schlussprüfung gegliedert, die Hausarztmedizin taucht vom ersten bis zum letzten Jahr auf
- Hausärztliches Einzeltutoriat mit 1:1-Betreuung der Studierenden und wiederkehrender Behandlung der gleichen Patienten
- im Wahlstudienjahr (WSJ) sind die Studenten in der Klinik angestellt, die Universität hat keinerlei Einfluss auf die Tätigkeit der Studierenden
- Sonderprogramm Hausarztmedizin:
 - Steigerung der Absolviendenzahl von 950 auf 1350 in den nächsten Jahren, viele Bewerbungen auf die Plätze
 - Stärkung von Interprofessionalität und Hausarztversorgung
 - neu entstandene Studiengänge der Medizin in Zürich, Luzern, St. Gallen, in Zukunft auch Lugano geplant
 - Spezielle Hausarztbindung der Masterstudierenden in Fribourg
 - Herausforderungen: Hausarztpraxen rekrutieren, Finanzierung sichern, Qualität der Lehre erhalten
- Möglichkeit der Anerkennung des im Studium absolvierten Dienstärztkurses nach Abschluss des Studiums

12) Perspektive der allgemeinmedizinischen Aus- und Weiterbildung in Österreich von Maria Flamm

- Terminologie in Österreich: Weiterbildung = postgraduale Ausbildung
- Vorstellung der Struktur des Österreichischen Gesundheitswesens
 - krankenzentrierte Versorgung
 - hohe Arztdichte/Einwohner
 - Facharzt für Allgemeinmedizin ist nicht vorhanden
 - Steigende Zahl an Wahlärzten (=Ärzte ohne Kassenvertrag, die Patienten bezahlen den Arzt direkt, bekommen aber ca. 80 % der Kosten von der Kasse erstattet)
 - hoher Anteil an Einzelpraxen bei Kassenvertragsärzten in der Allgemeinmedizin (97%, Stand 2014, Quelle HVB)
- Herausforderungen
 - Drohende Pensionierungswelle
 - Umkehr der Geschlechtsverhältnisse
 - Ansprüche der „Generation Y“
 - Änderung der Rahmenbedingungen: Gesundheitsreformumsetzungsgesetz (GRUG)
- Vorstellung des Ablaufs der Ausbildung/Weiterbildung
 - Ad Ausbildung:
 - Präsenz der Allgemeinmedizin an den Universitäten sehr heterogen: Lehrveranstaltungen an der Paracelsus Universität (PMU) im 1., 2., 4. und 5. Studienjahr
 - verpflichtendes KPJ (4 Wochen) in Graz, Linz, Salzburg und Innsbruck
 - Ad Weiterbildung:
 - Neue Ärzte-Ausbildungsordnung seit 6/2015
 - Basisausbildung mit den häufigsten Krankheitsbildern für 9 Monate
 - neu: verpflichtend Lehrpraxis 6 Monate (Finanzierung noch in Verhandlung)
 - In Salzburg: Projekt Salzburger Initiative Allgemeinmedizin (SIA) mit Begleitseminaren und Mentorenprogramm, Lehrpraxis

13) Organisation of pre- and postgraduate education on a British medical school von Claire Polack

- schlechtes Image der Allgemeinmedizin in Großbritannien, schlechtere Bezahlung
- ebenfalls Probleme mit einer drohenden Pensionierungswelle
- Allgemeinmedizin ist longitudinal im Studium vertreten, häufig aber wird von den Kollegen über die schlechten Arbeitsbedingungen geklagt, so dass interessierte Studenten eher abgeschreckt werden
- Allgemeinmedizin ist als Fach absolut bestehensrelevant –
- nach Studienabschluss:
 - foundation training für zwei Jahre
 - speciality training für 5-7 Jahre für FÄ in Krankenhäusern, 3 Jahre für den general practitioner (GP)
 - Forderungen nach einem vierten Weiterbildungsjahr scheitert an der Finanzierung
- die Weiterbildungsstellen für den GP werden zentral vergeben, es können Ortspräferenzen angegeben werden
- die Weiterbildung ist durch zahlreiche strukturierte Unterrichtseinheiten, Prüfungen von Faktenwissen und klinischen Fertigkeiten sowie von Berichten der Weiterbildenden geprägt und hierdurch auch kostspielig: die Weiterbildung eines GP kostet im Durchschnitt £ 498.489 (FÄ im Krankenhaus £ 564.112)

Sonntag, 25.6.2017

1) Bedeutung der UN-Behindertenkonvention für die ärztliche Tätigkeit von Michael von Cranach

- UN-Behindertenkonvention 2008/2009 als Meilenstein mit Gebot der Nichtdiskriminierung, vollem Teilhabeanspruch, Aufgabe des Defizitkonzepts zugunsten des Konzeptes der menschlichen Vielfalt (Beispiel Trisomie 21: Forderung von Selbsthilfegruppen, die Trisomie 21 aus der ICD heraus zu nehmen, da es sich nicht um eine Krankheit, sondern Ausdruck der Vielfalt handele)
- schlechte Vorbereitung im Bundestag bei der gesetzlichen Umsetzung in Deutschland und schlechte Übersetzung
- gemeinsamer Schulbesuch nicht umgesetzt
- Geschichtlicher Hintergrund des Umgangs mit Behinderung in Deutschland
 - Kant als Träger des Begriffs der Würde des Menschen
 - Tötungen in der NS-Zeit - wie bemisst sich der Wert eines Menschen?
 - 1948 Menschenrechtscharta: alle Menschen sind mit Vernunft und Gewissen begabt
 - Individualismus als Reaktion auf völkisches Denken der Nazizeit
- Konsequenz für die Praxis:
 - Akzeptanz der völligen Gleichstellung
 - Beziehungsgestaltung: Herstellung von Einverständnis, „einfache Sprache“
 - Beispiel: Mensch mit Trisomie 21 möchte ein Kind bekommen
 - Behandeln wir Krankheiten oder Kranke?

Diskussion

- Orientierung an den Bedürfnissen der Patienten (Zuwendung, Perspektive, Wohnraum), nicht an den Behandlungsoptionen (z.B. Stimmen hören)

2) Ärztliche und nicht-ärztliche Lehrende an den medizinischen Fakultäten im Kontext des Masterplans 2020 – Probleme und Möglichkeiten von Martin Fischer

- Vorstellung Masterplan, Nationaler Kompetenzorientierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM), Harms-Kommission
- wesentliche Punkte Masterplan 2020
 - kompetenz-orientierte Ausbildung
 - Wissenschaftliches Arbeiten
 - Arzt-Patienten-Kommunikation
 - Weiterentwicklung NKLM und Gegenstandskatalog (GK)
 - Kompetenz ist aus Wissen, Fertigkeit & Haltung zusammengesetzt
 - Problematik der unterschiedlichen Ansprüche an Wissenschaftlichkeit aus epidemiologischer, internistischer, biometrischer, allgemeinmedizinischer Sicht
 - Dimensionen des Gelehrten als lebenslang Lernender, kritischer Anwender, Lehrender und Innovationsentwickler...
 - Fazit: wenig flächendeckende, interprofessionell übergreifende Modelle, viele kleine Projekte, Problematik mit notwendigem Kulturwandel

Diskussion

- Problematik der Angst der Auszubildenden in Grundlagenfächern, Pfründe zu verlieren, wegrationalisiert zu werden
- „Umarmung“ der Vorklinik durch die Klinik
- Frage nach Lehrenden mit pflegerischem, physiotherapeutischem und geburtshilflichem Hintergrund

3) Faculty development for general practitioners: Promoting educational excellence von Yvonne Steinert

- Bitte um Handzeichen: wer lehrt wen, wer wurde für die Lehre geschult, wer gestaltet berufspolitisch?
- Beispielfall 1 – seit 5 Jahren niedergelassener Kollege soll chirurgisch interessierten Studenten begeistern
- Beispielfall 2 – Probleme mit unfokussiertem, oft zu spät kommenden ÄiW
- was ist „faculty development“ (FACDEV)? Fokus auf stetige Erneuerung
- Übersetzungen FACDEV: Perfectionnement pedagogique, staff development, Dozentprofessionalisierung, Personal- und Organisationsentwicklung ...
- was bedeutet „faculty“? Warum FACDEV? Was kann FACDEV auf individueller und organisatorischer Ebene?
- Gründe für Nichtteilnahme an FACDEV
 - Räumliche und psychologische Distanz zwischen Fakultät und Praxis

- Arbeitslast, klinische Realität
- fehlende Validierung, Bedürfnisse der Lehrenden nicht anerkannt
- Beispiel erfolgreicher Rahmen für FACDEV
- Vorstellung der Ziele FACDEV für Allgemeinmedizin
- Literatur und Forschung konzentrieren sich auf formale Gruppenarbeit, de facto ist aber peer coaching häufig wichtiger, ABER:
- in den letzten 10 Jahren Zunahme von longitudinalen Konzepten, leichte Abnahme von Workshops
- wenn durchgeführt, wird FACDEV oft positiv bewertet, Feedback und experimentelles Lernen wichtige Anteile bei FACDEV
- Grobe Übersicht eines FACDEV-Designs
- Ziel: Lebenslanges Lernen der Lehrenden auf Basis des klinischen Alltags

Diskussion

- Problem des Kulturwandels als Voraussetzung für die Akzeptanz des FACDEV; wie kann FACDEV gegen initiale Widerstände gestartet werden?
 1. Vorschlag des niederschweligen Anfangs in kurzen Workshops und des gleichzeitigen „Köderns“ über beliebte Themen wie Zeitmanagement
 2. Vorschlag über die Reaktion auf Studentenevaluation einzusteigen
 3. Initiativen Gleichgesinnter bilden
 4. Immer Kaffee, Tee und Snacks da haben...

4) Hausarzt 4.0 – wie sieht die hausärztliche Versorgung in 20 Jahren aus? Von Ernst Engelmayr

- Position des Bayerischen Hausärzterverbandes:
- in Zukunft
 - mehr Delegation nicht-ärztlicher Tätigkeiten (VERAH)
 - größere Praxen bzw. MZV
 - Modellprojekt TeleArzt
- wichtig ist die kontinuierliche Qualifikation der nicht-ärztlichen MitarbeiterInnen
- gemeinsame elektronische Patientenakte
 - wichtig ist es, die Hoheit der Daten zu sichern
 - doctor's hopping vermeiden
 - Problem Schnittstelle, Kommunikation zwischen Behandlern, Leitlinienadhärenz
- Einsatz evaluierter Qualitätsindikatoren insbesondere für die Versorgung chronisch Kranker, QM-Handbuch ≠ Qualität!
- Attraktive Bedingungen für Nachwuchs/ÄiW
- Forderung nach freiwilligem Primärarztssystem (z.B. Weiterentwicklung HZV, Vorteile für Patienten schaffen)

Diskussion

- schlechtes Netzwerk für TeleArzt, Software-Vielfalt, teure Lizenzen
 - Versuch über die HZV einheitliche, günstige Software zu entwickeln
- Problem Arzt-Patienten-Beziehung bei TeleDoc
 - Versorgung nicht ohne Delegation zu stemmen...
 - MFA oft engere Bindung an Patient (gleicher Dialekt + Sozialisation)
 - Ist Kontinuität der MFA nicht wichtiger?
- Problem elektronische Gesundheitsakte mit Datenauswertung durch Krankenkasse (wie oft Antibiotika bei grippalem Infekt? Zu wenig Depressionen festgestellt?)
 - Rausschmiss der Praxis aus HZV?
 - Die Daten haben die Kassen auch ohne die elektronische Akte

5) Verabschiedung durch A. Graf von Luckner