

Allgemeinmedizinische Weiterbildung in England: Austausch mit dem Hippokrates-Programm

Family Medicine Vocational Training in England: Hippokrates Exchange Program

Madeleine Kiderle

Zusammenfassung: Ein zweiwöchiges Austauschprogramm hat mir Einblicke in hausärztliche Strukturen und die allgemeinmedizinische Weiterbildung in England ermöglicht. Aufgrund des strikten Primärarzt-Systems umfasst der hausärztliche Aufgabenbereich dort ein breiteres Spektrum, als es in Deutschland üblich ist. In die Weiterbildung integriert sind daher festgelegte Rotationen in mehrere Fachrichtungen. Ebenso gibt es ein Mentoring sowie ein begleitendes Lehrprogramm. Neben Ärzten können in der Hausarztpraxis auch speziell ausgebildete medizinische Fachangestellte bei verschiedensten Anliegen konsultiert werden. Außerdem gibt es eine gut etablierte, evidenzbasierte und patientenorientierte Online-Informationsplattform. Diese Komponenten geben Anregung zur Verbesserung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung und Praxisorganisation in Deutschland.

Schlüsselwörter: Weiterbildung; England; Vereinigtes Königreich; Hippokrates-Austausch; Hausarztpraxis

Summary: A two-week exchange program gave me the opportunity to gain insight into family practice and family medicine training in England. Family doctors in England work within a much broader medical spectrum compared to Germany because they function as gatekeepers in the medical system. Hence, family medicine training includes many specialties in which trainees rotate. Furthermore, junior doctors benefit from mentoring and an associated teaching program. In family practice, patients can consult not only doctors but also practice nurses for various concerns. Moreover, an evidence-based, patient-friendly online reference guide is well established. These components provide inspiration to improve specialty training and practice organisation in family medicine in Germany.

Keywords: specialty training; United Kingdom; Hippokrates Exchange; family practice

Als Ärztin in Weiterbildung (AiW) Allgemeinmedizin im vierten Jahr hatte ich die Gelegenheit, einen Einblick in den Praxisalltag einer Hausarztpraxis in England zu gewinnen. Das Hippokrates-Austauschprogramm (<http://vdgm.woncaeurope.org/content/abouthippokrates>) hat mir diese Erfahrung ermöglicht. Es ist ein europaweites Programm für Ärzte in der Weiterbildung (ÄiW) Allgemeinmedizin sowie in den ersten fünf Jahren nach der Facharztprüfung. Über den Verteiler der „Jungen Allgemeinmedizin Deutschland“ in Hamburg (www.jungeallgemeinmedizin.de) habe ich von freien Plätzen erfahren. Bereits während des Studiums habe ich mehre-

re Famulaturen und den Großteil des Praktischen Jahrs im englischsprachigen Ausland verbracht, u.a. in Irland, in den USA und auf den Philippinen. Die fortschrittliche Medizin in England mit jahrzehntelangem Fokus auf „evidence-based medicine“ interessiert mich seither. Einen Hippokrates-Austausch empfand ich als große Chance, einen Einblick in die Weiterbildung, das Gesundheitssystem und den Beruf als Hausarzt in England zu bekommen. Eine E-Mail an die deutschen Koordinatoren (hippokrates-germany@gmx.de) mit der Angabe von gewünschtem Land und Zeit sowie einem Lebenslauf auf Englisch hat die Gastgeberbesuche initiiert. Wenige

Monate später habe ich zwei Wochen lang bei der englischen Ärztin Dr. Ruth Skipper in Brighton gewohnt und sie während ihrer Arbeit in einer ländlichen Hausarztpraxis 20 Minuten außerhalb Brightons begleitet. Sie ist dort eine von zwei Ärztinnen in Weiterbildung Allgemeinmedizin.

Erster Eindruck von der Praxis

Hassocks Health Centre ist eine große, allgemeinmedizinische Gemeinschaftspraxis mit neun Fachärztinnen und -ärzten; es gibt weitere kleinere Partner-

Hamburg

Peer-reviewed article eingereicht 15.11.2017, akzeptiert: 06.02.2018
DOI 10.3238/zfa.2018.0134-0139

Praxen in der Umgebung. Während des Austauschs konnte ich mehrere Ärztinnen und Ärzte und eine speziell ausgebildete medizinische Fachangestellte (MFA) („practice nurse“) während deren Sprechstunden begleiten.

Mein erster Eindruck von der Praxis, den Ärztinnen und Ärzten, den „practice nurses“ sowie den Empfangsdamen war durchweg positiv. Die Abläufe sind klar strukturiert und bis ins Detail geplant. Für Akuttermine, kurzfristige Hausbesuche und Telefontermine gibt es in der Regel genügend Puffer bei Ärzten und MFAs. Während der Vormittags- und der Nachmittagsprechstunde ist jeweils eine Kaffeepause für alle fest eingeplant, bei der man sich in der Kaffeeküche gut austauschen kann. Die Atmosphäre ist freundlich und entspannt.

Alltag der ÄiW in der englischen Hausarztpraxis

Auch der Alltag der ÄiW ist strukturiert und beinhaltet viel Zeit für die Weiterbildung. Jeder ÄiW ist einem weiterbildungsbefugten Facharzt zur Supervision in der Praxis fest zugeteilt. Es gibt einen eigenen Raum für die Sprechstunde. Bei den ÄiW werden in der Regel zwanzigminütige Konsultationen eingeplant (bei den Fachärzten zehnminütige). Wenn ein ÄiW während der Sprechstunde einen Rat braucht, kann er über einen Messenger eine Nachricht an anwesende Fachärzte schicken, welche bei nächster Gelegenheit vorbeischauchen, um einen zweiten Blick auf den Patienten zu werfen und gemeinsam Fragen zu klären. Nach jeder Sprechstunde bespricht der ÄiW alle gesehenen Patienten kurz mit dem Weiterbilder. Jeder ÄiW hat einen Nachmittag pro Woche für das Selbststudium zur freien Verfügung. Zusätzlich ist circa einmal pro Woche anstatt der Sprechstunde eine Stunde Unterricht mit dem Weiterbilder terminiert, um besondere Fälle oder bestimmte Themen detailliert zu besprechen. Dabei wird regelmäßig das für Ärzte in England konzipierte, leitlinienorientierte Online-Nachschlagewerk des NHS (National Health Service, staatliches Gesundheitssystem im Vereinigten Königreich) hinzugezogen.

Es finden außerdem regelmäßig Analysen zum Patientengespräch statt. Entweder der Weiterbilder beobachtet

den ÄiW während seiner Sprechstunde oder es findet eine Videoaufzeichnung statt, welche im Anschluss gemeinsam analysiert wird. Es werden daraufhin gezielt Strategien zur Verbesserung des Patientengesprächs erarbeitet.

Exkurs: Videoanalyse und Nachschlagewerke in deutschen Lehrpraxen

In Deutschland ist eine Überprüfung und Beratung der ÄiW in Bezug auf die Patientengespräche nicht üblich, obwohl bereits Werkzeuge zur Videoanalyse für Weiterbilder vorhanden sind [1]. Auch die routinemäßige Anwendung von digitalen, leitlinienorientierten Nachschlagewerken für Ärzte in Praxen und Kliniken ist in Deutschland häufig nicht etabliert. Das empfinde ich in unserer digitalen Gesellschaft in Zeiten der evidenzbasierten Medizin als großes Manko. An Möglichkeiten würde es hier nicht mangeln, denn es gibt bereits Online-Nachschlagewerke, auch speziell für die Allgemeinmedizin, z.B. Deximed (www.deximed.de) [2] oder EBM-Guidelines (www.ebm-guidelines.de/DE/Die-Online-Version).

Das Primärarztsystem in England

Der zentrale Unterschied zwischen englischem und deutschem Hausarzt-System ist bedingt durch das strikte Primärarzt-System in England. Es stellt die Schleuse von der primären zur sekundären Gesundheitsversorgung dar. In England gibt es, im Gegensatz zum ambulanten Versorgungssystem in Deutschland, keine freie Arztwahl [3, 4]. Jeder Patient sucht mit (fast) jedem Anliegen (Notfälle ausgenommen) immer zunächst die ihm fest zugeteilte Hausarztpraxis auf. Alle nicht-allgemeinmedizinischen Fachärzte sind in England einem Krankenhaus angebunden und konsultieren dort neben den stationären auch ambulante Patienten. Für die ambulante Versorgung ist eine Überweisung durch die Hausarztpraxis (fast) immer obligat. Das Empfangspersonal der Praxis stellt dazu eine Terminanfrage an die zuständige Klinik und der Patient wird von der Klinik über den Termin informiert. Für die Veranlassung einer Überweisung gibt es in vielen Fällen klar

definierte Kriterien. Hausärzte sind angehalten, sich an diese Kriterien zu halten.

Auswirkungen des Primärarztsystems in Europa

Das Primärarztsystem ist in Europa unterschiedlich stark vertreten [5]. Auswirkungen auf die Patientenversorgung können in diesem Kontext noch nicht abschließend bewertet werden [6, 7]. Jedoch scheinen vor allem Patienten mit chronischen und psychischen Erkrankungen sowie ältere Patienten von einem Primärversorgungssystem hinsichtlich einer Verbesserung ihres Gesundheitsstatus zu profitieren. Ebenso kann ein solches System Gesundheitsausgaben im ambulanten Sektor einsparen [8, 9]. Allerdings ist die Patientenzufriedenheit in Ländern mit einem stark regulierten Primärarztsystem im Durchschnitt deutlich niedriger als in Ländern mit freier Arztwahl [7].

Persönliches Fazit zum Primärarztsystem in England

1. Englische Hausärzte haben einen besseren Überblick über die Krankengeschichte der Patienten. Das ist bedingt durch die feste Anbindung der Patienten an eine Praxis und die hausärztliche Koordination der Facharztkonsultationen und Krankenhausaufenthalte mit meist zeitnahe Eingang entsprechender Befunde. Dadurch ist häufig eine schnellere und faktenorientierte Behandlung möglich.
2. „Ärzte-Hopping“, wie wir es in Deutschland finden, ist in England nicht möglich.
3. Patienten in England spielen durch die engen Strukturen des medizinischen Systems eine passivere Rolle in ihrer ärztlichen Versorgung. Eine gewisse Autonomie und Eigenverantwortung scheinen mir für Patienten aber wichtig zu sein, weil sie sich dadurch selbst vor technischen oder menschlichen Fehlern schützen können. Es überwiegt im Vergleich der Eindruck, dass Patienten in Deutschland durch die größere Autonomie und Eigenverantwortung in Gesundheitsfragen zufriedener sind.

Die Schwelle zum Hausarztbesuch in England und Deutschland im Vergleich

Große Unterschiede zwischen England und Deutschland habe ich im Umgang mit einfachen Beschwerden (Erkältungsbeschwerden, akuter Durchfall, etc.) bei sonst gesunden, erwachsenen Patienten beobachtet. In Deutschland habe ich Patienten mit Beschwerden dieser Art in der Hausarztpraxis jeden Tag gesehen. In England kam das in zwei Wochen nicht ein einziges Mal vor. Dieser Unterschied im Patientenverhalten zwischen den beiden Ländern ist bereits bekannt [10].

Ein ausschlaggebender Punkt liegt meines Erachtens darin, dass in England erst nach dem siebten Krankheitstag eine Bescheinigung für den Arbeitgeber notwendig ist. Sollten Patienten medizinischen Rat suchen, können sie sich im englischen Gesundheitswesen auf verschiedene Weise informieren, ohne sich zwangsläufig initial beim Hausarzt vorstellen zu müssen:

1. Online-Informationsplattform:

Der NHS hat für Patienten eine Online-Informationsplattform („NHS Choices“, www.nhs.uk) bereitgestellt. Darin sind zu häufigen Beschwerden und Krankheitsbildern strukturierte und evidenzbasierte Informationen mit Behandlungsempfehlungen zu finden. Diese beinhalten auch genaue Angaben darüber, wann es notwendig ist, den Hausarzt aufzusuchen oder den Notarzt zu rufen. Befragungen haben ergeben, dass junge, gesunde Patienten, welche „NHS Choices“ verwenden, die ärztliche Grundversorgung seltener in Anspruch nehmen [11]. Es scheint also eine sinnvolle Alternative zum wirren „Googeln“ für dieses Patientenkontext zu sein. In Deutschland sind evidenzbasierte Online-Informationsseiten für Patienten zwar vorhanden (z.B. www.gesundheitsinformation.de oder www.patienten-information.de), jedoch treten sie durch die Informationsflut des Internets in den Hintergrund [12]. Da der NHS in der Bevölkerung in England allgemein bekannt ist und als eigene Informationsplattform beworben wird, scheint der Zugang der Patienten zu verlässlicher Information deutlich einfacher zu sein als in Deutschland.

2. Apotheken:

Apotheken nehmen, wie auch in Deutschland, eine wichtige Rolle zur Behandlung einfacher Beschwerden ein [13].

3. Speziell ausgebildete MFA („practice nurses“):

Patienten können in den Hausarztpraxen speziell ausgebildete MFA konsultieren. Das sind examinierte MFA mit einer weiterführenden Ausbildung entsprechend den zu übernehmenden Aufgaben in der Praxis. Diese Zusatzqualifikationen können vor oder während der Anstellung in der Praxis erlangt werden. Je nach Ausbildungsstand und Kompetenz der practice nurse ist eine höher-rangige Stelle innerhalb der Praxis bis hin zur Position eines „nurse practitioner“ möglich, welche ein autonomes Arbeiten mit eigenem Patientenstamm ermöglicht [14]. Zu den Konsultationsanlässen gehören u.a. einfache Akutbeschwerden, Laborbesprechungen, EKG-Kontrollen, Wundversorgung, (Reise-)Impfberatung, Beratung zur Kontrazeption sowie die Verordnung von entsprechenden Rezepten in deren Kompetenzrahmen. Außerdem gehören Beratung und Untersuchung bei chronischen Erkrankungen (COPD, Asthma, Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz), ähnlich unserem DMP-Programm, sowie die Durchführung der Gebärmutterhalskrebsvorsorge (zervikaler Abstrich) und die allgemeine Gesundheitsuntersuchung zum Aufgabenbereich der speziell ausgebildeten MFA. Sollte ein Arzt hinzugezogen werden müssen, so findet entweder eine kurze Mitbeurteilung statt oder der Patient bekommt einen neuen Termin.

Auswirkung auf die Patientengesundheit: Die Integration von speziell ausgebildeten MFAs in das Hausarztpraxis-Setting führt zu einer Verbesserung der Patientengesundheit bei chronischen Erkrankungen [15, 16].

Situation in Deutschland: In Deutschland gibt es ebenfalls Weiterbildungen für MFA: VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) und NäPA (nicht-ärztliche Praxisassistentin) entlasten und unterstützen den Hausarzt innerhalb und vor allem außerhalb der Praxis z.B. durch eine Übernahme von Haus- und Heimbefuchen.

Eine bei den Patienten in Deutschland bekannte, verlässliche Informationsplattform sowie ein weiterer Einbezug speziell ausgebildeter MFA in die Praxisabläufe könnten die Schwelle zur hausärztlichen Konsultation erhöhen und somit die Arbeit des Hausarztes in Deutschland entlasten.

Präventionsprogramme in der Hausarztpraxis in beiden Ländern im Vergleich

In England sind Arztkontakte zur Durchführung von präventiven Maßnahmen stark limitiert. Die Gesundheitsuntersuchung „NHS Health Check“ [17], welche ansatzweise mit dem deutschen Programm „Check-up 35“ vergleichbar ist, wird in der Regel von nicht-ärztlichem Praxispersonal durchgeführt. In Deutschland stellen Gespräche und Untersuchungen z.B. im Rahmen des „Check-up 35“ eine niedrigrschwellige Möglichkeit für einen regelmäßigen Arztkontakt dar. Vor allem der Einbezug sozialer und persönlicher Fragestellungen mit dem Ziel der Gesundheitsförderung verstärkt dabei meiner Meinung nach eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung.

Eine Reduktion von Morbidität und Mortalität durch Gesundheitsuntersuchungen konnte in Studien nicht nachgewiesen werden [18].

Weiterbildung Allgemeinmedizin in England und Deutschland im Vergleich

Während des Praxisaustauschs hatte ich die Gelegenheit, die deutsche mit der englischen Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin zu vergleichen. Da der Hausarzt in England in aller Regel der erste Arzt ist, der für jegliche Beschwerden kontaktiert wird, deckt das Tätigkeitsfeld des Hausarztes einen breiteren Bereich ab als in Deutschland. Es werden unter anderem auch gynäkologische und pädiatrische Patienten initial immer vom Hausarzt gesehen, z.B. bei allen akuten Beschwerden, beim Sechswochen-Säuglings-Check und bei einfachen Prozeduren wie bspw. dem Einlegen von intrauterinen Spiralen zur Kontrazeption. Entsprechend beinhalten

tet die Weiterbildung ein breiteres Spektrum an Fachrichtungen.

Struktur der Weiterbildung: England

Die Weiterbildung zum Hausarzt gliedert sich in England in zwei Teile. In den ersten zwei Jahren („foundation training“) werden in drei- oder viermonatigen Rotationen verschiedene Fachabteilungen des Lehrkrankenhauses durchlaufen. Dabei ist jeweils eine Rotation in Innere Medizin und Chirurgie obligat. Dieser Basisausbildung für alle ÄiW schließt sich die spezialisierte Facharztweiterbildung an („specialty training“). Für das Fach Allgemeinmedizin sind das drei Jahre, welche sich aufteilen in 18 Monate Weiterbildung in einer Hausarztpraxis und 18 Monate in verschiedenen Fachabteilungen des Krankenhauses. Letztere werden in drei- oder viermonatigen Rotationen durchlaufen. Zu den Fächern gehören u.a. Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Psychiatrie, HNO, Dermatologie, Augenheilkunde, Palliativmedizin und die Notaufnahme [19].

Jeder ÄiW bekommt für jedes Weiterbildungsjahr einen festen, persönlichen Rotationsplan zugeteilt, welcher keine zeitliche oder örtliche Flexibilität für den ÄiW zulässt, dafür aber eine große Anzahl an Fachrichtungen abdeckt. Es ist in England nicht möglich, sich als Internist hausärztlich niederzulassen.

Struktur der Weiterbildung: Deutschland

In Deutschland können wir unseren Weiterbildungsplatz frei wählen, sofern die Zeiten und Voraussetzungen der Weiterbildungsordnung entsprechen. Das weiß ich seit dem Austausch deutlich mehr zu schätzen, denn man kann spezielle Interessen fördern und sich an einen Ort längerfristig binden.

Von Nachteil empfinde ich an unserem Weiterbildungssystem jedoch, dass es praktisch nicht umsetzbar ist, kürzere Rotationen selbst zu organisieren, um mehrere Fachrichtungen abzudecken. Zwar lässt das Curriculum eine Mindestzeit von drei Monaten zu, jedoch sind kurzweilige Anstellungen von ÄiW aufgrund der unverhältnismäßig langen Einarbeitungszeit in Krankenhäusern und Praxen nicht gängig.

Durch die Verbundweiterbildungsprogramme Allgemeinmedizin gibt es aber die Möglichkeit, Rotationen in kooperierenden Kliniken durch einen Arbeitsvertrag wahrzunehmen. Somit kann eine Rotation in verschiedene Fachabteilungen im stationären Bereich ermöglicht werden [20].

Dagegen steht eine Rotation in Arztpraxen unterschiedlicher Fachrichtungen neben einigen chirurgischen und pädiatrischen Praxen nicht regelhaft zur Verfügung.

Allerdings suchen im Unterschied zu England in Deutschland viele Patienten aufgrund der freien Facharztwahl bei Anliegen, welche initial durch den Hausarzt betreut werden könnten, direkt den Facharzt in der Praxis auf. Diese Konsultationsanlässe und Krankheitsbilder unterscheiden sich teils stark von denen in den entsprechenden Fachabteilungen der Krankenhäuser.

Daher könnten wir als zukünftige Hausärzte in Deutschland ein breiteres Kompetenzfeld aufbauen, wenn unsere Weiterbildung ein größeres Spektrum an Fachrichtungen auch im ambulanten Bereich beinhalten würde. Dieses würde ein souveränes Arbeiten im gesamten Aufgabenbereich des Hausarztes fördern.

Lehre und Mentoring in der Weiterbildung: England

Neben vielen Rotationen ist in England auch die begleitende Lehre fest in die Weiterbildung integriert. In der Lehrpraxis arbeitet der ÄiW unter Supervision eines erfahrenen Hausarztes, welcher eine pädagogische Zusatzausbildung erfahren hat. Somit erhält der ÄiW während seiner Weiterbildungszeit in der Hausarztpraxis einen personalisierten, strukturierten Unterricht.

Darüber hinaus treffen sich ÄiW einer Region alle drei Wochen in ihrem Lehrkrankenhaus mit ihren festen zugeordneten Mentoren für einen ganzen Vormittag unter der Woche, um Probleme, aktuelle Anliegen und besondere Fälle zu besprechen sowie ausgewählte Vorträge zu hören. Ich konnte an einem dieser Treffen mit circa 20 ÄiW teilnehmen. Das Thema war Resilienz und Arztgesundheit. Die nette Gemeinschaft und der engagierte Austausch zwischen den ÄiW untereinander und mit den Mentoren haben mich beeindruckt.

Lehre und Mentoring in der Weiterbildung: Deutschland

Bei uns gibt es bislang keine gesonderte, strukturierte Ausbildung neben dem Weiterbildungsplatz als festen Teil der Weiterbildung. Lehrangebote stehen uns regulär im Rahmen von freiwilligen Fortbildungen als eine themenspezifische, meist abendliche und häufig kostenpflichtige Freizeitangelegenheit mit allen Ärzten zur Verfügung. Für längere Fortbildungen haben wir offiziell fünf Fortbildungstage pro Jahr zur Verfügung, im Gegensatz zu 30 in England.

Für den personalisierten Unterricht der ÄiW durch die weiterbildungsbefugten Hausärzte in den Lehrpraxen gibt es in Deutschland keinen festgelegten Standard. Eine entsprechende Zusatzausbildung der Hausärzte ist für die Weiterbildungsbefugnis im Gegensatz zu England nicht notwendig.

Vor dem Hintergrund dieser Strukturen entstanden in den letzten Jahren mehrere Initiativen, welche für ÄiW eine freiwillige Ergänzung der Weiterbildung darstellen; zudem gibt es auch für weiterbildungsbefugte Ärzte entsprechende Angebote: Bei den monatlichen Treffen der JADE kommen ausschließlich ÄiW und Fachärzte in den ersten Jahren nach der Facharztprüfung zum Austausch und für selbst organisierte Fachvorträge in einzelnen Regionalgruppen zusammen. Des Weiteren befinden sich in Deutschland „Kompetenzzentren Allgemeinmedizin“ im Aufbau. Fast jedes Bundesland bringt durch Zusammenschluss der jeweiligen allgemeinmedizinischen Institute der Universitätskliniken eine ortsbezogene Plattform zur Unterstützung von ÄiW und weiterbildungsbefugten Ärzten während der Weiterbildung hervor. Neben mehrmals im Jahr stattfindenden ganztägigen Seminarangeboten und Mentoring-Programmen für ÄiW gibt es Train-the-Trainer-Programme für Weiterbilder. Die DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) empfiehlt für die Teilnahme an diesen Weiterbildungstagen einen Freizeitausgleich [21].

Dieses Angebot ist in den Grundzügen in Bezug auf Ausbildung, professionellen Austausch und Mentoring vergleichbar mit den dreiwöchentlichen Treffen der ÄiW in England. Außerdem erweitert es pädagogische Kompeten-

Dr. med. Madeleine Kiderle ...

... ist seit 2014 Ärztin in Weiterbildung Allgemeinmedizin in Hamburg. Nach dem stationär-internistischen und hausärztlichen Abschnitt ist sie aktuell in einer Kinderarztpraxis tätig.

zen der weiterbildungsbefugten Hausärzte. Somit fördert es eine hohe Qualität der Weiterbildung für ÄiW in Deutschland.

Wünschenswert wäre es nach englischem Vorbild, das Angebot der Kompetenzzentren für alle ÄiW in etwa monatlich, deutschlandweit (auch in ruralen Gebieten) sowie als Teil der Arbeitswoche greifbar und verpflichtend zu machen. Eine obligate Grundausbildung für weiterbildungsbefugte Hausärzte würde sich dem Gedanken anschließen.

Schlussfolgerung und Ausblick

Meiner Ansicht nach führte die deutsche allgemeinmedizinische Weiterbildung bisher zu einer stark auf sich selbst bezogenen Arbeitsweise der ÄiW mit Fokus auf die Innere Medizin. Im Vergleich

dazu führt die englische Weiterbildung zu einer selbstkritischeren Arbeitsweise der ÄiW in einem breiteren Tätigkeitsbereich, welche von Mentoring und professionellem Austausch profitiert und soziale Kompetenzen schult.

Ein weiterer Ausbau der Kompetenzzentren sowie das Ermöglichen von Rotationen in mehrere Fachrichtungen auch im ambulanten Bereich könnten die Qualität der Weiterbildung Allgemeinmedizin in Deutschland weiter verbessern.

Fazit zum Austausch

Während des Austauschs konnte ich Gemeinsamkeiten und Unterschiede deutscher und englischer Hausarztpraxen, Weiterbildungs- und Gesundheitssysteme erleben. Das war eine

durchweg bereichernde Erfahrung für meine Tätigkeit als angehende Allgemeinmedizinerin. Der ausschlaggebende Punkt dabei war, dass ich den Alltag einer englischen ÄiW begleiten konnte, welche auf dem gleichen Weiterbildungsstand war wie ich und welche durch ihre offene und freundliche Art jede Diskussion belebt hat. Ich kann einen Hippokrates-Austausch wärmstens jedem angehenden Allgemeinmediziner empfehlen, der einen Eindruck von unserem Arbeitsfeld außerhalb der gewohnten Strukturen gewinnen möchte.

Danksagung: Ich danke herzlich Frau Dr. Ruth Skipper und dem gesamten Team des Hassocks Health Center für den hervorragenden Austausch sowie den englischen und deutschen Koordinatoren des Hippokrates-Austauschprogramms für das Ermöglichen dieser großartigen Erfahrung.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Madeleine Kiderle
madeleinekiderle@gmail.com

Literatur

- Hammersen F, Böhmer K, von der Bey J, Berger B, Steinhäuser J. MAAS-Global-D: Instrument zur Messung und Schulung kommunikativer sowie medizinischer Kompetenzen. *Z Allg Med* 2016; 92: 13–18
- NN. Deximed: Online-Enzyklopädie für die Allgemeinmedizin. *Dtsch Arztebl* 2017; 114: A-87
- Loudon I. The principle of referral: the gatekeeping role of the GP. *Br J Gen Pract* 2008; 58: 128–130
- § 76 SGB V Freie Arztwahl
- Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract* 2013; 63: e742–750
- Velasco Garrido M, Zentner A, Busse R. The effects of gatekeeping: A systematic review of the literature. *Scand J Prim Health Care* 2011; 29: 28–38
- van der Zee J, Kroneman MW. Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. *BMC Health Serv Res* 2007; 7: 94
- Hansen J, Groenewegen PP, Boerma W, Kringos DS. Living in a country with a strong primary care system is beneficial to people with chronic conditions. *Health Aff (Millwood)* 2015; 34: 1531–1537
- Schneider A, Donnachie E, Tauscher M, et al. Costs of coordinated versus uncoordinated care in Germany: results of a routine data analysis in Bavaria. *BMJ Open* 2016; 6: e011621
- van Loenen T, van den Berg MJ, Faber MJ, Westert GP. Propensity to seek healthcare in different healthcare systems: analysis of patient data in 34 countries. *BMC Health Serv Res* 2015; 15: 465
- Murray J, Majeed A, Khan MS, Lee JT, Nelson P. Use of the NHS Choices website for primary care consultations: results from online and general practice surveys. *JRSM Short Rep* 2011; 2: 56
- Krüger-Brand HE. Patienteninformation: Navigieren durchs Gesundheits-
- Web. *Dtsch Arztebl* 2012; 109: A-1924/B-1566/C-1538
- Dewsbury C, Rodgers RM, Krksa J. Views of English pharmacists on providing public health services. *Pharmacy (Basel)* 2015; 3: 154–168
- National Health System, Health Education England. General practice nurse. www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/nursing/roles-nursing/general-practice-nurse (letzter Zugriff am 28.01.2018)
- Lukewich J, Edge DS, VanDenKerkhof E, Williamson T, Tranmer J. Association between registered nurse staffing and management outcomes of patients with type 2 diabetes within primary care: a cross-sectional linkage study. *CMAJ Open* 2016; 4: E264–270
- Sutherland D, Hayter M. Structured review: evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases. *J Clin Nurs* 2009; 18: 2978–2992

17. National Health Service. NHS Health Check. www.healthcheck.nhs.uk (letzter Zugriff am 28.01.2018)
18. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhøj Larsen C, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 10: CD009009
19. National Health Service, Health Education England, GP National Recruitment Office. The GP training programme. <https://gprecruitment.hee.nhs.uk/Recruitment/Training> (letzter Zugriff am 28.01.2018)
20. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). DEGAM-Konzept Verbundweiterbildung plus. www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Weiterbildung/DEGAM_Konzept_Verbundweiterbildung_plus_130718.pdf (letzter Zugriff am 28.01.2018)
21. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Kriterien für Kompetenzzentren Allgemeinmedizin. www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Presse/Presseordner_2015/DEGAM-Positionspapier_Kriterien%20fuer%20Kompetenzzentren%20Allgemeinmedizin.pdf (letzter Zugriff am 28.01.2018)

52. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

13. – 15. September 2018 in Innsbruck / Österreich

Wissenschaft braucht Hausärzte –
Hausärzte brauchen Wissenschaft

- Innovative Lehrkonzepte
- Praxisnahe Qualitätsforschung
- Integrierte Versorgungsmodelle



Programm, Information & Anmeldung:
www.degam-kongress.de