

Allgemeinmedizin in Dänemark

Bericht von einer Teilnahme am Hippokrates-Austauschprogramm

Family Medicine in Denmark

A Hippokrates Exchange Report

Solveig Carmienke, Michael H. Freitag, Jochen Gensichen, Konrad Schmidt

Hintergrund: Seit dem Jahr 2000 bietet das Hippokrates-Austauschprogramm des Vasco da Gama Movements, der Nachwuchsorganisation der World Organisation of Family Doctors (WONCA), Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung bzw. jungen Fachärztinnen und -ärzten für Allgemeinmedizin die Möglichkeit, ein anderes europäisches System der Primärversorgung kennenzulernen und dadurch neue Perspektiven und Inspirationen für die Weiterentwicklung der Allgemeinmedizin im eigenen Land zu erhalten.

Methoden: In Deutschland ist das Hippokrates-Programm noch vergleichsweise wenig bekannt. Dieser Artikel möchte deshalb beispielhaft die in einem Hippokrates-Austausch gewonnenen Erfahrungen einer breiteren Öffentlichkeit bekannt machen und zur Teilnahme am Hippokrates-Programm anregen.

Ergebnis: Durch eine Teilnahme am Hippokrates-Programm lassen sich interessante Einblicke in die Struktur und Organisation eines anderen Systems der Primärversorgung gewinnen. Beispielhaft wird in diesem Artikel von der Alltagserfahrung mit der dänischen hausarztzentrierten Primärversorgung berichtet. Es wird u.a. die verstärkte Delegation ärztlicher Leistungen an das nicht-ärztliche Personal, die Chancen elektronischer sektorenübergreifender Vernetzung und die strukturierte allgemeinmedizinische Facharztweiterbildung erläutert. Die Struktur des Hippokrates-Programms erleichtert den Zugang zu allen Aspekten der Primärversorgung.

Schlussfolgerungen: Die Teilnahme am Hippokrates-Austausch bietet eine persönliche Horizonterweiterung in fachlicher und kultureller Hinsicht und ermöglicht Inspirationen hinsichtlich Organisation und Struktur der Primärversorgung in Deutschland.

Schlüsselwörter: Hippokrates-Programm; Internationaler Weiterbildungsaustausch; Allgemeinmedizinische Weiterbildung

Background: Since 2000, the Hippokrates Exchange Programme of the Vasco da Gama Movement, junior organization of the World Organisation of Family Doctors (WONCA), has given physicians specializing in family medicine the opportunity to get experience with another european system of primary care. Thereby, participants may get a broader perspective of family medicine and inspirations for the development of family medicine in their home country.

Methods: In Germany, the Hippokrates Programme is relatively unknown among young physicians. By describing a current exchange perspective, this article aims to increase awareness and use of the Hippokrates Programme and to provide an insight in educational outcomes.

Results: Participating in the Hippokrates Exchange can extend perspectives on the organisation of other primary care systems. Describing aspects of daily routine in a primary care focused health care system this article highlights delegation of medical services to appropriately qualified non-physician professionals in the practice team, the potential of electronically linked health care and a structured vocational training in primary care. Structure of the Hippokrates Programme facilitates access to all aspects of primary care.

Conclusions: The Hippokrates Exchange Programme is an opportunity to broaden personal perspectives of primary care on both the professional and the cultural level and facilitates insights into the structure and organization of family practice in Germany.

Keywords: Hippokrates Programme; Family Practice/ Education; International Educational Exchange

Das Hippokrates-Austauschprogramm (HP) wurde von Dr. Per Kallestrup, einem dänischen Hausarzt, im Jahr 2000 initiiert. Es wird von dem Vasco da Gamma Movement getragen, der Nachwuchsorganisation der World Organisation of Family Doctors (WONCA) [1]. Das Programmziel ist es, durch Ideentransfer und Steigerung der internationalen Vernetzung zur Weiterentwicklung der Allgemeinmedizin beizutragen. Es bietet Ärzten in Weiterbildung (AiW) zum Facharzt (FA) für Allgemeinmedizin sowie jungen FÄ für Allgemeinmedizin die Möglichkeit, ein anderes europäisches System der Primärversorgung durch Hospitation in einer ausländischen Hausarztpraxis kennenzulernen. In letzter Zeit besuchten ausländische junge Allgemeinmediziner häufiger deutsche Gastpraxen. Unter jungen deutschen Ärzten ist das HP jedoch noch relativ unbekannt. Der Artikel möchte daher die Möglichkeiten eines Hippokrates-Austausches bekannt machen und zur Teilnahme am HP anzuregen. Dazu werden exemplarisch die subjektiven, durch einen Hippokrates-Austausch nach Dänemark gewonnenen, Erfahrungen der Erstautorin dargestellt. Für eine umfassende wissenschaftliche Darstellung der dänischen Primärversorgung mit Stärken und Schwächen oder deren Vergleich mit der deutschen Primärversorgung wird auf die Literatur [2–6] verwiesen.

Allgemeinmedizin in Dänemark – eine hausarztzentrierte Primärversorgung

98 % aller Dänen sind bei dem Hausarzt ihrer Wahl in der Patientenliste eingeschrieben, der ihre medizinische Primärversorgung übernimmt (im Mittel 1561 Patienten/Hausarzt [4]). Eine Überweisung vom Hausarzt ist zur Konsultation der wenigen niedergelassenen Spezialisten (Hals-Nasen-Ohren-, Augen- und Zahnärzte) und stets für die stationäre oder ambulante Behandlung im Krankenhaus notwendig [4, 5]. Diese potenziell effizientere Struktur der Gesundheitsversorgung [8] im Alltag zu erleben, war die Hauptmotivation diesen Hippokrates-Austausch in Dänemark durchzuführen. Gastpraxen für die 14-tägige Hospitation waren zwei Gemeinschaftspraxen, Skødstrup Lægehus

und Mårslet Lægehus, im 20 km Umkreis von Århus.

Patientenklientel und Konsultationsstil

Durch ihre Schlüsselposition im dänischen Gesundheitssystem versorgen Hausärzte häufiger als ihre deutschen Kollegen Patienten aller Altersstufen. Sie führen regelhaft gynäkologische Präventionsdiagnostik (inklusive Schwangerschaftsvorsorge), Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern und kleinere chirurgische Maßnahmen, z.B. Biopsientnahmen durch. Die Konsultationsatmosphäre erschien familiär durch fehlende akademische Titel auf Praxisschildern, die Vermeidung von Arbeitskleidung in der Hausarztpraxis und das im Dänischen übliche Duzen.

Mehr Verantwortung für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe entlastet den Hausarzt

Im Vergleich zu Deutschland werden häufiger Leistungen an das nicht-ärztliche Personal delegiert. Zusammen mit der effizienten Praxisorganisation reduziert dies die Anzahl der Arzt-Patientenkontakte auf durchschnittlich 24 Arzt-Patientenkontakte pro Tag [7]) bei im Durchschnitt längeren Konsultationszeiten (im Mittel 15 Minuten je Patient) als in Deutschland üblich. Telefon- und E-Mail-Konsultationen zusätzlich zu den persönlichen Arzt-Patientenkontakten helfen, den Praxisalltag effizient zu gestalten. Das Praxismanagement stützt sich auf die Arztsekretäre. Diese sind vom Tätigkeitsspektrum am ehesten mit den Medizinischen Fachangestellten (MFA) bzw. Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis in Deutschland zu vergleichen. Sie übernehmen administrative (Terminvereinbarung, Abrechnung) und medizinische Tätigkeiten (Telefonkonsultation, Konsultationsvorbereitung, Recall, Funktionsdiagnostik, eigenständige Hausbesuche). In den o.g. Praxen übernehmen die Arztsekretäre die initiale Triage der eingehenden Patientenanrufe durch eine strukturierte Telefonkonsultation inklusive Basisanamnese. Die klinische Erfahrung der Arztsekretäre wird dabei von einem internetbasierten Tool [8] unter-

stützt. Durch Ja/Nein-Fragen erfragt dies wichtige Alarm-Symptome („red-flags“) zum geschilderten Beschwerdebild und gibt Anleitung zur zeitlich adäquaten Terminvergabe (Arztkontakt sofort/innerhalb 24 Stunden/in den nächsten Tagen) und angemessenen medizinischen Beratung. Anders als elektiv einbestellte Patienten werden Akutpatienten in den Gastpraxen an den sogenannten *doctor on call* (täglich wechselnde Rotation unter den Praxispartnern) weitergeleitet, der auch alle dringenden Hausbesuche wahrnimmt. Das System des *doctor on call* sowie die Telefontrriage der Arztsekretäre helfen, die Arbeitslast und den Zeitverzug der ärztlichen Praxiskollegen im Bestellsystem gering zu halten.

In dänischen Hausarztpraxen sind Pflegekräfte tätig, die – anders als in Deutschland üblich – den Großteil die Routineversorgung chronisch kranker Patienten übernehmen. So werden Patienten mit Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, COPD, Asthma und oraler Antikoagulation in den Gastpraxen dreimal jährlich von den Pflegekräften und nur einmal jährlich vom Hausarzt gesehen (Jahreskontrolle) [9]. Die Pflegekräfte übernehmen die Befundung des Routinelabors und der Funktionsdiagnostik, die Impfungen und Änderungen der Medikationsdosierungen. Bei einem Präparatewechsel oder anderen Problemen erfolgt i.d.R. eine kurze ärztliche Rücksprache. Die Hausärzte der Gastpraxen erfahren weitere Entlastung durch die exzellente Vorbereitung der Jahreskontrollen durch die Arztsekretäre, die eine strukturierte Anamnese inklusive standardisierter Fragebögen bereits mit umfasst. Nach subjektiver Beobachtung übertrafen die Vorteile der Delegation ärztlicher Leistungen die Risiken einer möglichen Fehlentscheidung, v.a. durch die beeindruckende klinische Kompetenz der nicht-ärztlichen Praxismitarbeiter in den besuchten Praxen [10, 11]. Daher erschien die Qualität der medizinischen Versorgung auch bei nur einer ärztlichen Jahreskontrolle nicht beeinträchtigt. Kleinere Fragen werden in der durch die Praxisinhaber erstellten internen „Praxisleitlinie“ nachgelesen. Diese ähnelt einem Qualitätsmanagementdokument und umfasst erwünschte Standards für Konsultationsvorbereitung und evidenzbasierte Therapie (EbM) der Erkrankungen. Sie orientiert sich an nationalen und internationalen

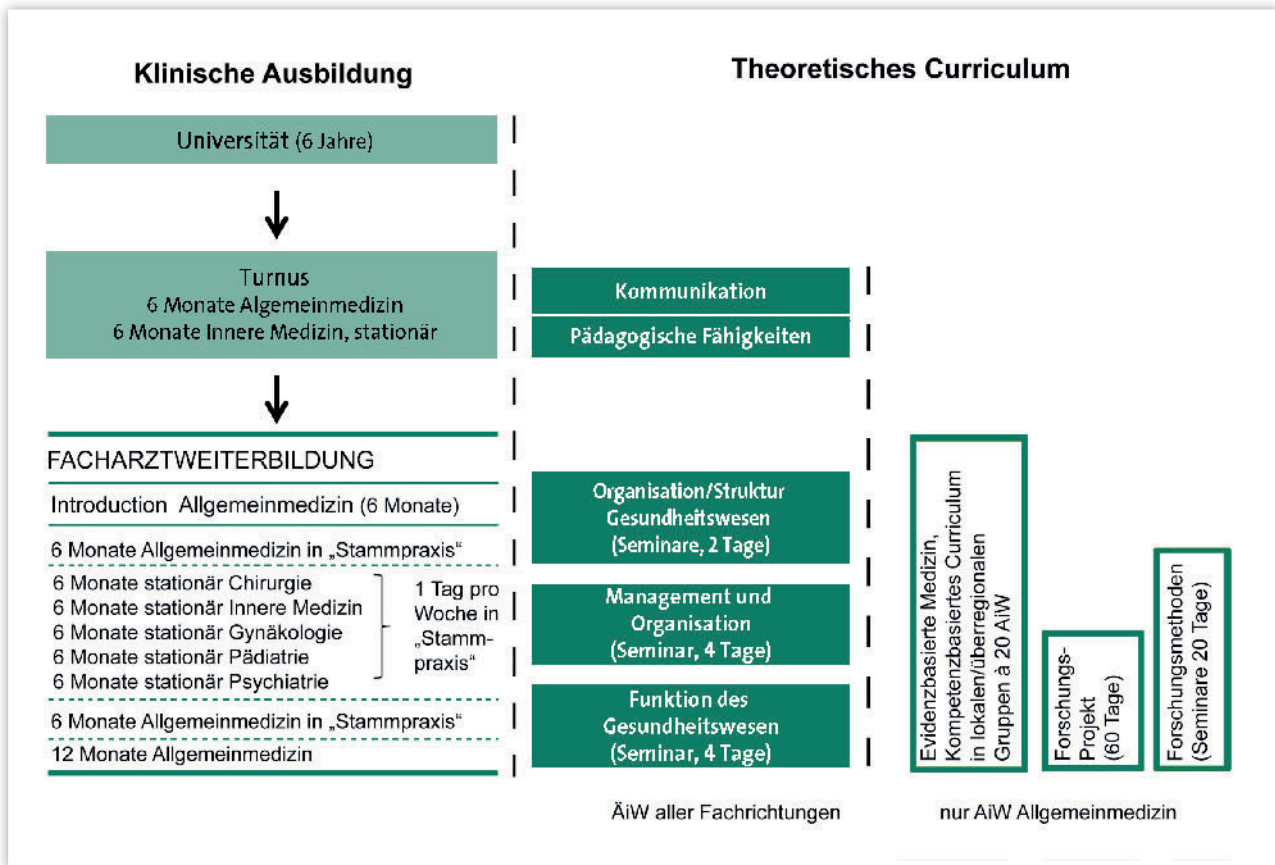


Abbildung 1 Struktur der Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Allgemeinmedizin in Dänemark (erstellt nach [15])

Leitlinien und ist in jedem Sprechzimmer in den besuchten Praxen verfügbar.

Sektorenübergreifende Gesundheitsversorgungen dank elektronischer Patientenakte

Die Interaktion zwischen Primär- und Sekundärversorgung sowie zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen erschien in Dänemark einfacher und fruchtbarer zu sein als in Deutschland. Dies wird v.a. durch eine hervorragend vernetzte, sektorenübergreifend abrufbare elektronische Patientenakte (verpflichtend für alle dänischen Hausarztpraxen) ermöglicht, die Daten zur Anamnese, Funktionsdiagnostik und Therapie des Patienten vereint. Sie basiert auf einer persönlichen Identifikationsnummer (CPR), worüber auch alle verschriebenen Medikamente des Patienten einsehbar sind. Konsiliarische Rückfragen beim Spezialisten sind somit kurzfristig, ggf. sogar telefonisch möglich, Doppeluntersuchungen und -medikationen werden reduziert. Über- und

Einweisungen, Rezepte, Arztbriefe oder Rehabilitationsanträge werden stets digital versandt und gelangen direkt in die elektronische Patientenakte. Das ist ein Gewinn für Behandlungsabläufe und Therapiesicherheit bei reduziertem bürokratischem Arbeitsaufwand. Patienten können sich via CPR in eine gesicherte Internetplattform [12] einloggen, Termine vereinbaren und E-Mail-Konsultationen mit dem Hausarzt durchführen. Letztere werden nicht über kommerzielle E-Mail-Betreiber, sondern über ein staatliches, sicherheitszertifiziertes Portal [12] realisiert. Ausführliche Informationen zu Datenschutz und der elektronischen Patientenakte in Dänemark finden sich in der Literatur [13, 14].

Budget

Dänische Hausärzte werden sowohl mittels Kopfpauschale (capitation) pro eingeschriebenem Einwohner, unabhängig, ob die Praxis konsultiert wurde oder nicht (ca. 14 € pro Person und Jahr, Anteil ca. 30% vom Gesamtumsatz), als auch pro erbrachter Leistung (fee-for-ser-

vice) vergütet [4, 15]. Diese umfasst auch Telefonkonsultationen des Praxispersonals. Die Finanzierung des dänischen Gesundheitssystems ist einkommenssteuerbasiert [15]. Die Gesundheitsversorgung ist überwiegend zuzahlungsfrei (Ausnahme: Brillen, Zahnersatz, Physiotherapie, Zuzahlungen zu Medikamenten in Abhängigkeit vom Einkommen und Erkrankungsschwere) [2].

Lægevagt, der dänische Kassenärztliche Notdienst

Das dänische Pendant zum deutschen kassenärztlichen Notdienst wird von den Hausärzten auf Basis eines rotierenden Dienstsystems pro geografischer Region getragen [3]. Der Patient kontaktiert den rein hausärztlich besetzten Bereitschaftstelefondienst, der den Behandlungsbedarf prüft und ggf. zur Konsultation der Notdienstpraxen rät (Pendant zum deutschen KV-Sitzdienst, häufig in Nähe der Notaufnahme lokaler Krankenhäuser) oder einen Hausbesuch durch den Fahrdienst arrangiert. Die Patienten können auch direkt die lokalen

Notfallaufnahmen konsultieren (Überweisung vom Hausarzt bzw. Lægevagt teilweise benötigt) [3, 15]. Der Konsultationsbericht der Lægevagt ist für den Nachbehandler in der elektronischen Patientenakte verfügbar.

Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin

Die allgemeinmedizinische Facharztweiterbildung (FA-WB) erfolgt strukturiert (Abb. 1) und wird durch einen staatlichen Koordinator und ein Team pro dänischer Region (FA für Allgemeinmedizin, Teilzeittätigkeit) koordiniert. Diese treffen die Bewerberauswahl für die WB-Plätze und organisieren das begleitende theoretische Curriculum. Die WB-Plätze sind begehrt, Verlängerung der FA-WB durch Wartezeiten können auftreten [15]. Im Unterschied zu den in Deutschland bekannten Koordinierungsstellen besteht personelle und organisatorische Anbindung des Koordinators an die universitären Einheiten für Allgemeinmedizin ohne Einbeziehung einer weiteren externen Organisationsstruktur (z.B. Landesärztekammern). Ferner werden regelmäßige hausarztgeführte Sprechstunden für ÄiW angeboten. Ein Vergleich mit den allgemeinmedizinischen WB-Curricula in Deutschland ist aufgrund der konzeptionellen Heterogenität [16, 17] nur eingeschränkt möglich. Gemeinsam sind die thematischen Schwerpunkte EbM, Management im Gesundheitswesen und ärztliche Gesprächsführung. Anders als in Deutschland sind ein flächendeckendes Angebot kostenloser WB-Seminare, problemlose Freistellung der ÄiW für WB und fehlende Verpflichtung zu externen WB für den FA-Erhalt gegeben. Ferner ist ein Forschungsmethoden-Training bestehend aus theoretischem und praktischem Part (wissenschaftlich supervidierte Bearbeitung einer kleinen Forschungsfrage) obligatorisch. Dies kann ein erster Anreiz sein, Forschung und WB zu vereinbaren.

Der Facharztweiterbildung sind das *Turnusjahr* direkt nach dem Studium (Allgemeinmedizin und Innere verpflichtend) und die *Introduction* (sechsmonatige Tätigkeit in der FA-Richtung der Wahl) zum Kennenlernen und Eignungstest vorangestellt (Abb. 1). Die ÄiW sind finanziell unabhängig von ih-

Ziele des Hippokrates Programms
Breiten Einblick in europäische Systeme der Primärversorgung bieten und Vernetzung der Allgemeinmedizin in Europa fördern. Teilnahme soll Begeisterung am Fachgebiet steigern, eigene Motivation erhöhen und Inspirationen geben.
Teilnahmebedingungen
Jeder Arzt in Weiterbildung zum Allgemeinarzt und jeder Facharzt für Allgemeinmedizin (Anerkennung nicht länger als fünf Jahre zurückliegend) darf ausländische Gastpraxis besuchen. Jeder niedergelassene Allgemeinarzt darf mit seiner Praxis teilnehmen und ausländische Ärzte empfangen. Austauschdauer: 1–2 Wochen.
Ablauf/Voraussetzungen
Als Arzt ins Ausland gehen: – Auswahl eines Teilnahmelandes und der Gastpraxis auf der Website des Hippokrates-Programms [1] – Information des nationalen Austauschkoordinators des Ziel- und des eigenen Landes – Kontakt zur Gastpraxis herstellen; Abgleich des Austauschzeitraums Einen ausländischen Gastarzt empfangen: – Teilnahme für alle niedergelassenen Hausärzte möglich: Auf der Webseite [1] registrieren, mit kurzer Praxisbeschreibung nationalen Austauschkoordinator kontaktieren
Kosten
Kostenlose Teilnahme für Austauscharzt und Gastpraxis. Bereitstellung einer Unterkunft für den Austauscharzt durch die Gastpraxis optional, jedoch häufig möglich. Finanzielle Unterstützung für Transport und Logis durch Leonardo da Vinci Stipendium der Europäischen Union für bestimmte Länder möglich (für 2013 Großbritannien). Ideelle Unterstützung durch Carosino und Hippokrates Prize (1 Ticket für WONCA Kongress, max. 700 Euro) für den besten Austauschbericht.

Tabelle 1 Charakteristika des Hippokrates-Programms des Vasco da Gama Movements (Abk.: WONCA = World Organisation of Family Doctors)

ren Weiterbildern (Bezahlung durch Regionen). Dies erleichtert die Freistellung für das o.g. Curriculum (Abb. 1) und ermöglicht einen konstanten Kontakt zur hausärztlichen Tätigkeit während der stationären WB-Zeit (einen Tag pro Woche in der Stammweiterbildungspraxis). Weiterbildende Hausärzte erhalten einen finanziellen Bonus von der Region, sodass die Einbindung in die Patientenversorgung zugunsten einer besseren WB reduziert werden kann. Täglich erfolgt eine Supervisionseinheit für ÄiW innerhalb der üblichen Arbeitszeiten von 8:00–15:30 Uhr. Zu erwähnen ist, dass die landesweite Vernetzung der allgemeinmedizinischen ÄiW beispielhaft ist. Das *Forum for Yngre Almenmedicinere* (FYAM; [18]) gibt in Zusammenarbeit mit der Dänischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DSAM) sogar eine Zeitschrift, den *Practicus* [19], heraus.

Land und Leute

Neben den beeindruckenden fachlichen Eindrücken werden kulturelle Aspekte durch die Einbindung in eine

Gastfamilie erfahrbar, wodurch dieser Austausch zu einem unvergesslichen Erlebnis wurde.

Informationen zur Programmteilnahme

Tabelle 1 fasst Voraussetzungen und Ablauf des Programms zusammen. Die Kontaktaufnahme zur Gastpraxis im favorisierten Zielland ist unkompliziert über die Website des Programms möglich [1]. Das individuelle, strukturierte Lernprogramm ermöglicht dem besuchenden Arzt, das ausländische Gesundheitssystem möglichst umfassend zu erfahren.

Schlussfolgerung

Im beschriebenen Austausch waren das hervorragende Weiterbildungskonzept, der Effizienzgewinn durch stärkere Einbindung der nicht-ärztlichen Praxismitarbeiter in die Patientenbehandlung sowie die Möglichkeiten einer sektorenübergreifenden elektronischen Patien-

Dr. med. Solveig Carmienke ...



... ist seit 2009 Ärztin in Weiterbildung im Rotationsprogramm Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Jena und seit 09/2013 nationale Austauschkoordinatorin des Hippokrates-Austauschprogramms sowie Mitglied in den AGs Internationales und Forschung und Lehre der jungen Allgemeinmedizin Deutschland (JADE).

tenakte besonders einprägsam. Die Teilnahme am HP bietet Horizonterweiterungen in fachlicher und kultureller Hinsicht und neue Inspirationen für die Organisation der Primärversorgung in Deutschland. Eine Teilnahme am HP als besuchender Arzt oder als empfangende Gastpraxis ist für beide Seiten gewinnbringend und sehr empfehlenswert. Es wäre begrüßenswert, wenn AiW bei der Teilnahme am HP durch den Weiterbild-

ner unterstützt würden, wie z.B. durch eine partielle Freistellung für AiW im strukturierten WB-Programm Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Jena [17].

Danksagung: Wir danken herzlich Herrn Per Kallestrup, MD, PhD, Herrn Prof. F. Olesen, MD, Frau Cathrine Dyrskov, MD, Frau Marie Lindrup Klein, MD sowie allen Mitarbeitern der Skødstrup

und Mårslet Lægehus für den bereichernden und hervorragend organisierten Hippokrates-Austausch sowie Herrn Dipl.-biol. Nico Schneider für technischen Support und Frau Dr. Antje Freitag für wichtige Literaturempfehlungen.

Interessenkonflikte: Es erfolgte keinerlei finanzielle Unterstützung für den beschriebenen Austausch.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Solveig Carmienke
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Jena
Bachstraße 18
07743 Jena
Tel.: 03641 9395801
solveig.carmienke@med.uni-jena.de

Literatur

1. <http://www.vdgm.eu/> (letzter Zugriff 07.04.2013)
2. Olejaz M, Nielsen AJ, Rudkjøbing A, Birk HO, Krasnik A, Hernández-Quevedo C. Denmark health system review. Health Systems in Transition 2012; 14: 1–192
3. Pedersen KM, Andersen JS, Søndergaard J. General practice and primary health care in Denmark, JABFM 2012; 25: S34–38
4. <http://www.commonwealthfund.org/Resources/2008/Mar/Health-Care-System-Profiles.aspx> (letzter Zugriff 07.07.2013)
5. Garrido MV, Zentner A, Busse R. The effects of gatekeeping: a systematic review of the literature. Scand J of Prim Health Care 2011; 29: 28–38
6. Egidi G. Hausarzt-Medizin in Dänemark – ein Bericht aus dem Professionalisierungskurs der DEGAM. Z Allg Med 2006; 82: 11–17
7. http://www.sifolkesundhed.dk/upload/AlmenPraksis_DK.pdf (letzter Zugriff 07.07.2013)
8. <http://ww.telefonvisitation.dk> (letzter Zugriff 04.03.2013, 10:00 Uhr)
9. <http://www.dsr.dk> (letzter Zugriff 05.07.2013)
10. Carey N, Courtenay M. A review of the activity and effects of nurse-led care in diabetes. J Clin Nurs 2007; 16: 296–304
11. Fletcher MJ, Dahl BH. Expanding nurse practice in COPD: is it key to providing high quality, effective and safe patient care? Prim Care Respir J 2013; 22: 230–3
12. <http://www.sundhed.dk> (letzter Zugriff 07.04.2013)
13. <http://www.medcom.dk/> (letzter Zugriff 23.06.2013)
14. <http://www.datatilsynet.dk> (letzter Zugriff 23.06.2013)
15. Persönliche Kommunikation Skødstrup Lægehus, Skødstrup, Denmark 29.01.2013
16. <https://www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de/> (letzter Zugriff 08.06.2013)
17. http://www.allgemeinmedizin.uni-jena.de/content/strukturierte_weiterbildung/index_ger.html (letzter Zugriff 08.05.2013)
18. <http://www.fyam.dk/> (letzter Zugriff 06.06.2013)
19. <http://www.epracticus.dk/> (letzter Zugriff 08.06.2013)