

JAMÖ-Positionspapier zur Attraktivierung der allgemeinmedizinischen Primärversorgung in Österreich

Abstimmungspapier, 19. Mai 2021



Die allgemeinmedizinische Primärversorgung stellt als Basis der medizinischen Betreuung einen langfristig nachhaltigen, kosteneffektiven und niedrigschwiligen Zugang für Patient:innen zum Gesundheitssystem dar. Um hier bestmöglich zum Wohle der Gesellschaft und unserer Patient:innen arbeiten zu können, fordern wir:

Mehr Zeit für unsere Patient:innen durch:

- Reduktion der Bürokratie
- bundesweite, schnelle, benutzerfreundliche und moderne IT-Lösungen
- Veränderung, Vereinfachung und Flexibilisierung der Bezahlstruktur (Beispiel eines variablen Honorierungsmodells: Fixum und Einzelhonorierung von medizinischen Interventionen. Eine Honorierung allein durch ein Fixum ist nicht erstrebenswert. Einschreibemodelle für Patient:innen sind wünschenswert.)

Ausbau von Teamarbeitsmodellen

Junge Allgemeinmediziner:innen wünschen sich Arbeitsmodelle, in denen sie mit anderen Kolleg:innen gemeinsam arbeiten können. Solche Teamarbeitsmodelle stellen einen klaren Attraktivitätsfaktor dar, da hierdurch sowohl der gemeinsame Austausch mit Kolleg:innen ermöglicht wird als auch die Vereinbarkeit von Privatleben und Berufsleben vereinfacht wird. Dauerhafte Anstellungsverhältnisse in der Niederlassung stellen hingegen keine wünschenswerte Lösung dar, da diese einen Verlust der unternehmerischen Selbstständigkeit zur Folge haben, welche einen sehr wichtigen attraktivierenden Faktor der Niederlassung darstellt.

Erhaltung der Vielfältigkeit der Arbeitsmodelle

Einer der größten Vorteile ist die derzeitige Vielfalt der Arbeitsmodelle in der Allgemeinmedizin. (Kassenvertrags-Einzelpraxis, Jobsharing-Modelle, Primärversorgungsnetzwerke, Primärversorgungszentren, Gruppenpraxen) Durch diese neu aufgekommene Bandbreite an verschiedensten Modellen bieten sich für eine Vielzahl an jungen Allgemeinmediziner:innen attraktive Modelle. Diese Modelle müssen auf jeden Fall erhalten, weiter ausgebaut, evaluiert und bundesweit gleich geregelt werden.

Anstellung von Ärzt:innen bei Ärzt:innen

Ein Anstellungsverhältnis von Berufseinsteiger:innen in der Allgemeinmedizin soll nicht vorrangiges Ziel sein, da dies ein unattraktives Ungleichgewicht in der Selbstständigkeit darstellen kann. Es sollte lediglich eine optionale Möglichkeit sein, wenn der Bedarf danach (z.B. zur Festigung der Berufsentscheidung - Niederlassungsort, Kennenlernen unterschiedlicher Zusammenarbeitsformen, Bedarf an weiterer Berufserfahrung) besteht. Wünschenswert sind gleichgestellte Arbeitsmodelle und -verhältnisse.

Um zu verhindern, dass der Faktor ärztliche Tätigkeit nur als Personalkostenfaktor, den es zu verringern gilt, gesehen wird, ist eine Vielfalt der Zusammenarbeitsformen und die ärztliche Selbstständigkeit zu fördern, die reine Anstellung von Ärzt:innen im Primärversorgungsbereich ist nicht als Lösung im Sinne der Versorgungsqualität zu sehen. Die selbständige Tätigkeit mittels direktem Kassenvertragsverhältnis sehen wir als die beste Voraussetzung für eine engagierte und menschliche Patient:innenversorgung.

Lohndiskrepanz zu anderen Fachärzt:innengruppen

Im Vergleich mit anderen Fachärzt:innen besteht eine deutliche Einkommensdiskrepanz zu Ungunsten der Allgemeinmedizin. Eine Diskriminierung auf Grund der medizinischen Fachrichtung ist aus unserer Sicht ethisch und logisch nicht vertretbar. Diese Einkommensdiskrepanz ist im Sinne einer langfristigen Aufwertung und Attraktivitätssteigerung der Allgemeinmedizin abzuschaffen.

Ausbildung und Lehrpraxis

Die Zukunft der Ausbildung liegt, wie international bereits üblich, vor allem im niedergelassenen Bereich.

Der wichtigste Punkt in der Ausbildung ist die Lehrpraxis. Die Lehrpraxis senkt die Hemmschwelle vor der Niederlassung, bietet die effektivste Ausbildungsart für allgemeinmedizinische Kompetenzen und ist der am meisten genannte Motivationsfaktor für eine Wahl der Allgemeinmedizin als Fachrichtung bei Personen, die diese Chance bekommen haben.

Bei Verlängerung der Lehrpraxiszeit muss die Lehrpraxis am Anfang und Ende der Ausbildung aufgeteilt werden. Durch eine Lehrpraxis zu Beginn der Ausbildung können mehr Auszubildende früher für die Allgemeinmedizin motiviert werden und es sinkt die Abbruchrate. Mittels der späteren Lehrpraxis können die gesammelten Kompetenzen verfeinert werden und fehlende Skills für die allgemeinmedizinische selbstständige Tätigkeit erworben werden.

Etablierung & Vergütung evidenzbasierter Diagnostik für die Primärversorgung bei allen Sozialversicherungsträgern:

- EKG (12-Kanal-EKG, Rhythmusstreifen inkl. 24h-EKG)
- Laborwerte, die zur adäquaten Verwendung von Antibiotika notwendig sind: CRP, Leukozyten, Differentialblutbild
- Laborwerte, die zur geeigneten Beurteilung lebensbedrohlicher Zustände (unter Beachtung der Vortestwahrscheinlichkeit) dienen: Troponin T, D-Dimer
- Spirometrie
- Langzeit RR
- Sonographie

Fachärzt:innentitel

Die Einführung eines Fachärzt:innentitels für Allgemein- und Familienmedizin stellt eine der wichtigsten Notwendigkeiten für die allgemeinmedizinische Primärversorgung dar. Hierdurch können viele derzeit verbesserungswürdige Aspekte gelöst werden:

- Verbesserung der Wertschätzung der Allgemeinmedizin durch sprachliche Angleichung
- Verbesserung der Ausbildungsqualität und Verlängerung der Lehrpraxisdauer
- Verbesserung der Abrechnungsmodalitäten von medizinisch sinnvollen Primärversorgungsmaßnahmen (EKG, Sonographie, Laborwerte wie CRP, Blutbild, TropT)

Die Ausübung des Fachs Allgemein- und Familienmedizin darf dabei als generalistisch breites Fach nicht durch die Schaffung von Fachgrenzen beeinträchtigt werden.

Weitere Gesundheitsberufe im medizinischen Netzwerk

Die Primärversorgung braucht um eine Patient:innenversorgung aus medizinischer Sicht nachhaltig zu gewährleisten weitere Gesundheitsberufsgruppen, wie diplomiertes Gesundheits- und Pflegepersonal, Diätologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Psychotherapie, Logopädie oder auch Sozialarbeit (diese Aufzählung stellt nur einen Teil dar und sollte an die soziodemographischen Besonderheiten des Versorgungsgebietes angepasst werden). Dabei müssen die genannten Gesundheitsberufsgruppen in ausreichendem Maß zur Verfügung stehen. Zurzeit sind diese Ressourcen noch zu begrenzt.

7 Tage Arbeitswoche

Eine Erreichbarkeit 24 Stunden, 7 Tage die Woche durch eine einzelne behandelnde Person stellt keine moderne, nachhaltige Arbeitsform dar.

Eine adäquate notfallmedizinische Akutversorgung der Patient:innen kann nur durch ein hierfür vorgesehenes Netzwerk aus mehreren behandelnden Ärzt:innen erfolgen. Zum Beispiel durch finanziell gut entlohnte Bereitschaftsdienste oder Netzwerke mit Rufbereitschaft und Zusammenarbeit mit lokalen Krankenhäusern. Best Practice Modelle in Österreich sollten hierfür evaluiert und deren Ausweitung gefördert werden.

Verstärkter Fokus auf Präventivmedizin

Präventivmedizinische Aspekte kommen auf allen Ebenen zu kurz. Sowohl in der Ausbildung als auch im Arbeitsalltag geht es nur selten um die Primärprävention. Wir wünschen uns eine verpflichtende Einbindung der Allgemeinmedizin durch Einbettung in Gesundheitsmaßnahmen auf regionalen Ebenen (Gemeinde, Schulen, etc.). Arbeitszeit- und Honorierungsmodelle sollten darauf ausgelegt werden, dass auch präventivmedizinische Leistungen besser umgesetzt werden können - diese sind letztendlich Teil der Kernkompetenzen der Allgemein- und Familienmedizin bzw. der hausärztlichen Primärversorgung. Basiskenntnisse in Public Health und Community Care sollten Teil der Ausbildung sein. Public Health Interventionen wie Impfen und Disease Management Programme oder auch evidenzbasierte Vorsorgeprogramme sollten Teil des hausärztlichen Selbstverständnisses werden.