Masterplan Allgemeinmedizin

Langversion (Basisdokument V1.01)

eine Initiative der

ÖGAM
Österreichische Gesellschaft
für Allgemein- und Familienmedizin –
Mitglied der WONCA

in Kooperation mit der

Bundessektion Allgemeinmedizin der Österreichischen Ärztekammer

mit Unterstützung der universitären Allgemeinmedizin Österreichs

Johannes Kepler Universität - Linz,
Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften - Krems,
Medizinische Universitäten Graz, Innsbruck und Wien,
Paracelsus Medizinische Privatuniversität - Salzburg,

und der

JAMÖ
Junge Allgemeinmedizin Österreich

Impressum
Herausgeber: Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
c/o Wiener Medizinische Akademie, Alser Straße 4 UniCampus 1.17, 1090 Wien
office@oegam.at
ZVR-Zahl: 112715314

Bei Rückfragen und für weitere Informationen kontaktieren Sie uns bitte unter masterplan@oegam.at

Weitergabe und Verwendung

Masterplan Allgemeinmedizin von Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung - Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International Lizenz.
Dieses Dokument ist damit explizit zur Weiterverbreitung und Verwendung freigegeben, sofern eine entsprechende Zitierung erfolgt. Eine formlose schriftliche Mitteilung der Verwendung unter masterplan@oegam.at ist erwünscht.

Zitieren als:
Rabady, Susanne; Poggenburg, Stephanie; Wendler, Maria; Huter, Sebastian; Fürthauer, Christoph (2018): *Masterplan Allgemeinmedizin.* Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, Wien.

Der „Masterplan Allgemeinmedizin" ist ein Arbeitspapier der wissenschaftlichen Fachgesellschaft und ihrer Kooperationspartner und erhebt nicht den Anspruch einer wissenschaftlichen Publikation.

Aufgrund des mehrdimensionalen und vielstufigen Entstehungsprozesses werden bis auf wenige Ausnahmen die best verfügbare Evidenz und wissenschaftliche Referenzen nicht direkt zitiert, sondern sind für Interessierte zum weiteren Nachschlagen angeführt.

Der Masterplan Allgemeinmedizin ist ein dynamisches Projekt, dessen Entwicklung und Umsetzung auch weiterhin verfolgt wird - Adaptionen durch neue wissenschaftliche Erkenntnisse und politische Gegebenheiten sowie damit verbunden die Einarbeitung weiterer sinnvoller Maßnahmen werden daher stattfinden.
Der jeweilige Arbeitsstand ist durch entsprechende Versions-Vermerke gekennzeichnet.

Kurzzusammenfassung

Hintergrund

Die allgemeinmedizinische Primärversorgung ist Basis jedes Gesundheitssystems. Österreich steht bereits jetzt - und in Zukunft noch viel mehr - vor der Herausforderung, dass trotz absolut hoher Ärztezahlen nicht genügend Ärzt_innen in diesem Bereich der Versorgung arbeiten können oder wollen.
Die Gründe dafür sind vielfältig. Dementsprechend kann dieses Problem auch nicht mit einer Maßnahme gelöst werden, sondern benötigt ein Bündel an vielfältigen Maßnahmen, die zwingend gesamtheitlich umgesetzt werden müssen, um Wirkung zu entfalten.

Die Fachgesellschaften für Allgemeinmedizin haben gemeinsam mit der Standesvertretung und den universitären Einrichtungen für Allgemeinmedizin jene Maßnahmen definiert, die aus den best verfügbaren Erkenntnissen aktueller österreichischer und internationaler Studien, sowie anhand der vorhandenen Expertise sinnvoll und dringend notwendig erscheinen. Diese Lösungsansätze sind in sechs Bereichen angesiedelt.

Ausbildung

Beginnend mit der Ausbildung an den Universitäten braucht es eine kontinuierliche praktische Auseinandersetzung der Studierenden mit der hausärztlichen Allgemeinmedizin. Dazu gehören auch Praktika bei Hausärzt_innen während des klinisch-praktischen Jahres. Positive praktische allgemeinmedizinische Erfahrungen führen nachweislich zu einem signifikant höheren Interesse am hausärztlichen Beruf. Starke Universitätsinstitute für Allgemeinmedizin sorgen unter der Voraussetzung einer umfangreichen allgemeinmedizinisch-ärztlichen Ressource und Expertise dabei für eine hochwertige Lehre und schaffen durch von Hausärzt_innen durchgeführte Mentoringprogramme, Diplomarbeitsmöglichkeiten und positive allgemeinärztliche Rollenbilder ein besseres Verständnis für die Allgemein-und Familienmedizin unter den Studierenden.

Nach dem Studium kommt der Schaffung eines Facharztes für Allgemeinmedizin eine essentielle Bedeutung zu, um das Fach Allgemeinmedizin als Karrierewahl attraktiver zu gestalten und im nationalen und internationalen Kontext wettbewerbsfähig zu werden.
Weiterbildungsverbünde stellen eine wesentliche Grundlage dar, um die sowohl im Krankenhaus als auch im niedergelassenen Bereich stattfindende Ausbildung zu koordinieren und verbindlich und attraktiv zu gestalten. Gleichzeitig wird den Absolvent_innen mit begleitenden Seminaren und Mentoringprogrammen eine hochqualitative Ausbildung ermöglicht und ihnen durch den kontinuierlichen Kontakt zu Fachkolleg_innen eine frühe Möglichkeit der Identifikation mit dem Fach geboten. Qualitätssichernde Maßnahmen sind unerlässlich, um den Erfolg der Ausbildung sicherzustellen. Wie jedes Fach muss auch die Allgemeinmedizin in Umfang und Struktur an die sich wandelnden Bedürfnisse des Gesundheitssystems angepasst werden.

Der niedergelassene Bereich

Um die gut ausgebildeten Allgemeinmediziner_innen nach der Fachausbildung auch in der allgemeinmedizinischen Primärversorgung zu halten, braucht es umfangreiche und niederschwellige Möglichkeiten zur Tätigkeit im solidarischen Gesundheitssystem. Eine Vielfalt an Einstiegsmöglichkeiten wie Anstellung, Job-Sharing oder Übergabepraxen sollen attraktive, flexible Arbeitsmöglichkeiten im hausärztlichen Beruf bieten und so u.a. auch bei variablen Lebens- und Arbeitszeitmodellen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbessern. Praxisgründungen und -übernahmen können durch administrative und finanzielle Hilfestellungen erleichtert bzw. ermöglicht werden.

Darüber hinaus gilt es die Arbeitsbedingungen im niedergelassenen Bereich zu verbessern. Dabei gilt es die stetig gestiegene Verhältniszahl von Patient_innen zu versorgungswirksamen Hausärzt_innen zu berücksichtigen und durch geeignete Maßnahmen so zu modifizieren, dass, dem größten Wunsch beider gemäß, mehr Zeit im Arzt-Patientenkontakt - ohne Leistungseinbußen - zur Verfügung steht. Auch hier ist eine Flexibilisierung der Kooperationsformen unabdingbar, ärztliche Zusammenarbeit zu fördern und die Arbeitsbelastung auf ein Maß zu bringen, das eine hochqualitative Patientenversorgung ermöglicht. Zwingende Voraussetzung ist die Aufwertung von Leistungsspektrum, Honorierung und Stellenplan aufgrund der steigenden Anforderungen an die Primärversorgung. Aus Gründen sozialer Gerechtigkeit müssen diese unabhängig von der primärärztlichen Organisationsform flächendeckend gleich definiert werden.

Systemische Wertschätzung

Auf Systemebene bedarf es einer strukturellen Aufwertung der Allgemeinmedizin. Bei zunehmender Komplexität des Gesundheitswesens und drohender Unter- und Fehlversorgung kommt der Allgemein- und Familienmedizin die bedeutendste Rolle in der primärärztlichen Versorgung im Patienterstkontakt, der kontinuierlichen Betreuung und der Koordination zu. Sind die systemischen Voraussetzungen vorhanden, um diese Kernaufgaben zu erfüllen, erhöht sich auch die Attraktivität der Allgemeinmedizin. Dabei ist die vollumfängliche Beibehaltung ureigener hausärztlicher Arbeitsinhalte nachweislich einer der entscheidensten Faktoren der Attraktivierung des hausärztlichen Berufs.
Die facharztadäquate Honorierung und ein modernes Honorierungssystem, das die speziellen Anforderungen und Möglichkeiten der hausärztlichen Arbeit berücksichtigt, ist einer der wesentlichen Aspekte, den Beruf zu attraktivieren. Ggf. muss die Arbeit in unterversorgten Regionen durch finanzielle Anreize attraktiviert werden.

Jede einzelne der ausgearbeiteten Maßnahmen hat für sich selbst mitunter wenig Wirkung. Essentiell ist die Umsetzung der miteinander verknüpften Maßnahmen in einem breit angelegten und von allen Entscheidungsträgern zu unterstützenden Maßnahmenpaket, das **alle** unterschiedlichen Aspekte der Attraktivierung berücksichtigt. Dafür braucht es einen verlässlichen Schulterschluss aller Systempartner jenseits aller Partialinteressen. Nur so kann zukünftig eine hochqualitative allgemeinmedizinische Versorgung sichergestellt werden, deren Ziel in der bestmöglichen Versorgung der gesamten Bevölkerung Österreichs liegt.

Inhaltsverzeichnis

Kurzzusammenfassung **2**
Hintergrund 2
Ausbildung 2
Der niedergelassene Bereich 3
Systemische Wertschätzung 3
Vorwort **7**
Danksagung **9**
Impressum - Autorenschaft 10
Koordinationsgruppe - Hauptautor_innen 10
Arbeitsgruppenleitung 10
Co-Autor_innen und Fokusgruppenteilnehmende 10
Begriffsklärungen **12**
Ausbildung/Weiterbildung: 12
Allgemein-und Familienmedizin 12
Abkürzungsverzeichnis 12
Farblegende 12
M1 - universitäre Ausbildung **13**
Hintergrundinformation 13
M1 - Maßnahmenübersicht 14
M1/1 – Universitäten allgemein 15
M1/1.1 - Flächendeckende Etablierung von Instituten/Abteilungen für Allgemein- und Familienmedizin an allen österreichischen Universitäten 15
M1/1.2 - Politischer Wille für eine gute Verankerung der Allgemein- und Familienmedizin als Fach an den Universitäten 19
M1/2 – Theoretische universitäre Ausbildung 21
M1/2.1 - Longitudinale umfassende Verankerung allgemeinmedizinischer Inhalte im gesamten Studium 21
M1/2.2 - Fächerübergreifende Integration von primärversorgungsrelevanten Inhalten 23
M1/2.3 - Modalitäten der Niederlassung im Studium (Niederlassung - wie geht das?) 26
M1/3 – Praktische universitäre Ausbildung 28
M1/3.1 - Verankerung des Begriffs universitäre Lehrpraxis im UG & Honorierung 28
M1/3.2 - Famulaturen am Land und in der Stadt 30
M1/3.3 - Klinisch-praktisches Jahr 34
M1/3.4 - Mehrfache Praktika und wiederkehrender Kontakt zur AM während des Studiums 37
M1/4 - Weitere wichtige Ausbildungsangebote 40

M1/4.1 – Diplomarbeiten 40
M1/4.2 - Mentoring 42
M1/4.3 - Positive Rollenvorbilder / Qualitätssicherung 44

M2 - Fachausbildung 46
Hintergrundinformation 46
M2 - Maßnahmenübersicht 47
M2/1 - Umbenennung in Ausbildung zum Facharzt für Allgemein- und Familienmedizin 48
M2/2 - Qualitätssicherung der Ausbildung 50
M2/2 - Vertiefung der Ausbildung und Ausbildungsqualität in der Fachausbildung 50
M2/2.1 - Kompetenzzentren für Weiterbildung - Ausbildungsverbünde 52
M2/2.2 - Mentoring 54
M2/2.3 - Begleitseminare in der Ausbildung 57
M2/2.4 - Qualitätssicherung der intramuralen Ausbildung 59
M2/3 - Lehrpraxisumsetzung 60
M2/3.1 - Lehrpraxisfinanzierung 60
M2/3.2 - Ausweitung der Lehrpraxiszeit 62
M2/4 - prozesshafte, stetige Weiterentwicklung der Fachausbildung und des Fächerkanons (längerfristig) 64
M2/4.1 - Weiterentwicklung des Fächerkanons und Anpassung der Ausbildungsdauer (längerfristig) 64

M3 - Niederlassung 66
Hintergrundinformation 66
M3 - Maßnahmenübersicht 66
M3/1 - Flexible Einstiegsformen 67
M3/1.1 - Job-Sharing 67
M3/1.2 - Erleichterung von Gruppenpraxen 69
M3/1.3 - Übergabepraxis 71
M3/1.4 - Anstellung von Ärzt_innen bei Ärzt_innen 72
M3/2 - Gründerservice administrativ - Erleichterung der Niederlassung 73
M3/2.1- Vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten für die Niederlassung betreffend Arbeitsformen und Ordinationsgründung 73
M3/2.2 - Beratungsservice 74
M3/2a - Gründerservice ökonomisch 76
M3/2a.1 - Finanzielle Förderungen für Niederlassung 76
M3/2a.2 - Materielle Unterstützung der Niederlassung 76

M4 - niedergelassene Tätigkeit 77
Hintergrundinformation 77
M4 - Maßnahmenübersicht 77
M4/1 - Flexibilität in der Kooperation 78
M4/1.1 - flexible Organisationseinheiten 78

M4/1.2 - Erleichterung der Zusammenarbeit innerhalb der organisatorischen Einheit 82
M4/2 - Belastungsreduktion 85
M4/2.1 Entlastung von administrativen Aufgaben: Delegierung, EDV 85
M4/2.2 - Randzeitenabdeckung bei Ressourcenschonung 87
M4/3 - Arbeitsdichte optimieren 89
M4/3.1 - Kontaktzahlen an Aufgaben anpassen 89
M4/3.2 - Förderung der Bildung eines Kernteams 91
M4/3.3 - Modernes Leistungsspektrum ermöglichen 93

M5 - strukturelle Aufwertung 94
Hintergrundinformation 94
M5 - Maßnahmenübersicht 94
M5/1 - Anerkennung Allgemein- und Familienmedizin als Fach 95
M5/2 - Steuerung der Ebenen 98
M5/2.1 - Steuerung der Zutrittsebene 98
M5/2.2 - Steuerung der Versorgungsebenen 101
M5/2.3 - Formulierung eines Versorgungsauftrags 104
M5/3 - ideelle Wertschätzung - Positive Kommunikation und Imagekampagnen für die AM 106

M6 - ökonomische Wertschätzung 109
Hintergrundinformation 109
M6 - Maßnahmenübersicht 110
M6/1 - adäquate Honorierung 111
M6/1.1 - Höhe des Gesamthonorars fachärztlicher Tätigkeit angemessen 111
M6/1.2 - Modernisierung und Anpassung des Leistungskatalogs 114
M6/2 - Zuschläge für schwierig zu versorgende Regionen 116
M6/5 - finanzielle Förderung der allgemeinmedizinischen Lehre und Forschung an den Universitäten 117
M6/5.1 - adäquate Ausstattung der universitären Institute/Abteilungen für Allgemeinmedizin 117
M6/5.2 - Honorierung der Lehrtätigkeit 119
M6/6 - Förderung von Zusammenarbeitsformen 121
M6/6.1 - Förderung von Übergabepraxen 121
M6/6.2 - ökonomische Gleichstellung von Zusammenarbeitsformen mit PVEs 122
M6/7 - Honorarkatalog für hausärztliche Praxen (alle Organisationsformen) 123
M6/8 - Anpassung der Planstellen 125
M6/8 - Planstellen an gestiegene Kontaktzahlen und Anforderungen anpassen 125

Vorwort

Der Bedarf an Allgemeinmediziner_innen im öffentlichen Gesundheitssystem wird in den nächsten Jahren durch den bereits stattfindenden ärztlichen Generationenwechsel weiter zunehmen. Schon jetzt kommt es zu Schwierigkeiten in der Nachbesetzung mancher Kassenstellen. Die Zahl jener Ärzt_innen, die sich derzeit in Ausbildung für Allgemeinmedizin befinden, wird zudem voraussichtlich nicht ausreichen, um diesen Bedarf vollständig decken zu können.
"Jährlich werden in Österreich 198 und (z.B.) in der Steiermark 33 allgemeinmedizinische GKK-Kassenplanstellen nachzubesetzen sein. Da sich derzeit nur 27% der praktizierenden Allgemeinmediziner_innen für die Arbeit als klassische Hausärzt_innen (mit Ordination und GKK Kassenplanstelle) entscheiden, sind die Herausforderungen an das österreichische Gesundheitswesen groß." - diese Schätzung zeigt auch die Arbeit von Florian Stigler et. al aus dem Jahr 2017 auf.[1]

Auch im Rahmen der österreichischen Gesundheitsreform und mit den daraus entstehenden Pilotprojekten der Primärversorgung und im Rahmen der darauffolgenden Gesetzgebungen (z.B. Gesundheitsreformumsetzungsgesetz GRUG 2017) wurde versucht, dieser Herausforderung entgegenzutreten. So sind die wesentlichen Eckpunkte und Ziele des GRUG auch die "nachhaltige Stärkung der Primärversorgung zur Verbesserung der ambulanten wohnortnahen Versorgung der Bürger" und die "Attraktivierung der Tätigkeitsfelder für Ärzt_innen und für Angehörige der weiteren Gesundheitsberufe sowie die Verbesserung der Arbeits-und Rahmenbedingungen"[2]

Immer klar formuliert wurde in diesem Zusammenhang von allen Beteiligten, dass die neu entstehenden Primärversorgungseinheiten - ob nun Gruppenpraxis, Netzwerk oder andere Modelle der Kooperation- nur einen Bruchteil der Versorgung der österreichischen Bevölkerung ausmachen werden und die bisher bestehende Regelversorgung der "klassischen Allgemeinmediziner_innen" weiterhin existieren wird (müssen).

Um dieser Herausforderung somit effektiv entgegenzutreten bedarf es nicht nur neuer Umsetzungspiloten, sondern einer Verbesserung und Stärkung des Faches Allgemeinmedizin per se.

Daher müssen einerseits das Interesse am Fach Allgemein- und Familienmedizin geweckt und andererseits die Rahmenbedingungen für eine hausärztliche Tätigkeit im solidarischen Gesundheitssystem attraktiviert werden.

Da es sich dabei um eine komplexe Problematik handelt, müssen auch die Maßnahmen entsprechend breit angelegt und miteinander vernetzt werden. Die Umsetzung singulärer Maßnahmen alleine hat auch international schon keine ausreichende Wirkung gezeigt - so ergab sich in der Analyse des Euro Health Consumer Index 2017 z.B. in Bezug auf

[1] Bericht: Prävention eines allgemeinmedizinischen Landärztemangels - Kooperationsvereinbarung zwischen dem Gesundheitsfonds Steiermark und der Medizinischen Universität Graz, Florian Stigler et al. IAMEV Juni 2017

[2] https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/171/Seite.1710935.html

Schweden folgendes: “Throwing money at a problem is obviously not an effective way of problemsolving” (frei übersetzt: Geld auf ein Problem zu werfen, ist offensichtlich keine effektive Problemlösungsstrategie)[3].

In Österreich existieren derzeit zwei ausführliche Arbeiten von 2017 zu der Berufsmotivation Allgemeinmedizin (Poggenburg et al.)[4] und der Prävention des allgemeinmedizinischen Landärztemangels (Stigler et al.) welche gute Basis und Information liefern, wo in Österreich Bedarf an Verbesserungen besteht, um tatsächlich eine Stärkung der Allgemein- und Familienmedizin zu erreichen. Auf Initiative der niederösterreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (NÖGAM) erfolgte der Anstoß in der österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM), gemeinsam mit Kooperationspartnern aus der Bundessektion Allgemeinmedizin, den medizinischen Universitäten und der Jungen Allgemeinmedizin Österreich (JAMÖ), ein ganzes Maßnahmen-Netzwerk, unter anderem aus den Bereichen der

1. universitären Ausbildung
2. Fachausbildung
3. Niederlassung
4. Tätigkeit im niedergelassenen Bereich
5. Strukturellen Aufwertung
6. Ökonomischen Wertschätzung

zu generieren. Es soll der Politik und relevanten Entscheidungsträgern Verbesserungsvorschläge näher bringen, mit denen die eben so dringende Steigerung der Attraktivität des Faches Allgemein- und Familienmedizin erreicht und der Nachwuchsfrage in Österreich raschest möglich entgegengetreten werden kann.

Das Konzept richtet sich an alle im Gesundheitssystem tätigen Verantwortlichen aus den unterschiedlichsten Entscheidungsebenen, die einen Beitrag zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung leisten wollen.

[3] https://healthpowerhouse.com/publications/euro-health-consumer-index-2017/
[4] Poggenburg et al.: Erhebung der Berufsmotivation zur Allgemeinmedizin von Studierenden und jungen Ärzt/-innen in Österreich und Deutschland, Bericht 2017

Danksagung

Nach fast einem Jahr des Arbeitsprozesses ist es uns eine Freude, die erste Auflage des “Masterplan” Allgemeinmedizin veröffentlichen zu können. Der Masterplan soll sich entsprechend der österreichischen Entwicklungen ebenfalls weiterentwickeln und aktualisiert werden, neue Maßnahmen eingebracht und all die Maßnahmen “abgehakt” werden, die letzten Endes umgesetzt sind. Man könnte ihn also auch als Prozessdokumentation sehen, als Umsetzungsmonitor für eine positive Entwicklung der Allgemeinmedizin in Österreich. Er wird also weiterhin Aufmerksamkeit und Bearbeitung, “Hirnschmalz und Herz” benötigen.

Doch würde der Masterplan nicht existieren, hätten nicht mehr als 50 Allgemeinmediziner_innen, nicht nur der ÖGAM, sondern aller Kooperationspartner_innen Zeit und Geduld in die Entwicklung, Diskussion und Durchforstung der über 60 fertigen oder noch in Diskussion stehenden Maßnahmen investiert.
Allen voran müssen wir an dieser Stelle den Gruppenleiter_innen der einzelnen Maßnahmenblöcke danken, deren Bemühen, Inputs und Expertise von ihren Arbeitsgruppen zu erlangen ein wesentlicher Anteil der Entwicklung des Masterplans war.

Ebenso gilt großer Dank unsererseits an die Verantwortlichen der universitären Lehre, welche allesamt nicht nur wichtige Ergänzungen angebracht haben, sondern immer wieder auch den Blick für die Dokumentenstruktur geschärft haben (Evidenzlisten, Ausräumen missverständlicher Formulierungen uvm.) - hier war die Routine des wissenschaftlichen Arbeitens wichtige Ergänzung.

Allen zusammen, sowohl den Mitgliedern der Koordinationsgruppe als auch sämtlichen beteiligten Kooperationspartner_innen, dem ÖGAM -Vorstand und Präsidium, den Mitgliedern der BSAM, der Universitäten und der JAMÖ gilt unser großer Dank für die vielen investierten Stunden in dieses Projekt. Es handelt sich beim Masterplan nicht nur um ein wichtiges Projekt für die österreichische Primärversorgung - es handelt sich durch diesen breiten Schulterschluss aller Beteiligten, durch das konstruktive und produktive Klima in sämtlichen Arbeitssitzungen und Workshops aus unserer Sicht auch um einen Beleg des konstruktiven Miteinanders und der offenen und ehrlichen Kommunikation untereinander - wären so manche Befürchtungen und “Fallstricke” nicht angedacht, ausgeredet und beseitigt worden, wäre es wohl nie zu einer so umfassenden Sammlung an sinnvollen Maßnahmen gekommen.

Somit danken wir, als Koordinationsteam, all unseren Mitstreitenden der ÖGAM, BSAM, Universitäten und JAMÖ für ihr Engagement und freuen uns schon darauf, alle über weitere Entwicklungen des Masterplans am Laufenden zu halten und gemeinsam mit ihnen weiterhin daran zu arbeiten.

DANKE!

Susanne Rabady (ÖGAM), Stephanie Poggenburg (MUG), Fürthauer Christoph (BSAM), Huter Sebastian (JAMÖ), Maria Wendler (Sek.)

Impressum - Autorenschaft

Koordinationsgruppe - Hauptautor_innen

Fürthauer Christoph (BSAM)
Huter Sebastian (JAMÖ)
Poggenburg Stephanie (IAMEV)
Rabady Susanne (ÖGAM)

Sekretariat: Wendler Maria (JAMÖ, ÖGAM)

Arbeitsgruppenleitung

zusätzlich zur Koordinationsgruppe

Glehr Reinhold (StAfAM, ÖGAM)
Hoffmann Kathryn (Med. Universität Wien)
Sigmund Peter (StAfAM)

Co-Autor_innen und Fokusgruppenteilnehmende

alphabetisch

Bachler Herbert	Med. Universität Innsbruck, TGAM
Baier Michael	JAMÖ, VGAM
Bernhart Klaus	SAGAM, EQuip
Bitschnau-Friedl Andrea	SAGAM
Connert Florian	SAGAM
Dachs Christoph	ÖGAM
Dubovan Sorina	NÖGAM
Flamm Maria	PMU
Fürthauer Bernhard	SAGAM
Fürthauer Johanna	SAGAM, Ärztekammer Salzburg
Gonzalez Christian	SAGAM
Hartmann Siegfried	VGAM
Hasiba Barbara	StAfAM, ÖGPAM
Hechenberger Joachim	Ärztekammer Vorarlberg
Heckenthaler Walter	NÖGAM
Hellemann-G. Ilse	StAfAM, EURACT
Heller Astrid	ÖifAM

Heschl Lukas	JAMÖ, Ärztekammer Niederösterreich
Hofbaur Benedikt	NÖGAM, Euripa
Hoffmann-Dorninger Renate	WIGAM
Horvatits Thomas	BUGAM
Jandrisovits Reinhold	BUGAM
Jungblut Thomas	VGAM
Kamenski Gustav	NÖGAM
Kleinbichler Dietmar	NÖGAM
Klingler Hajo	SAGAM
Kornfeil Harald	SAGAM
Kowatsch Peter	SAGAM
Michalek Susanne	Ärztekammer Wien
Moussa Alexander	Ärztekammer Steiermark
Obermair Florian	JAMÖ, ObGAM
Panhofer Bernhard	ObGAM
Pichler Peter	WIGAM, Ärztekammer Wien
Prechtl Johannes	SAGAM
Preiml Ulrike	WIGAM
Radakovits Helmut	BUGAM, Ärztekammer Burgenland
Rebhandl Erwin	ObGAM
Sabedin Mustafa	ObGAM
Schauer Herbert	SAGAM
Stanitznig Robert	ÖiFAM
Stemeseder Valerie	JAMÖ, SAGAM
Tschiggerl Wilfried	ÖiFAM
Vockner Barbara	SAGAM
Wutscher Edgar	Ärztekammer Tirol, Obmann Bundessektion Allgemeinmedizin ÖÄK

Begriffsklärungen

Ausbildung/Weiterbildung:

Nach dem deutschen Vorbild wurde in der ursprünglichen Version vorerst für die postpromotionelle Ausbildung das Wort “Weiterbildung” verwendet, in den Versionen zur Weitergabe und Veröffentlichung jedoch entsprechend dem österreichischen Ärztegesetz auch hierfür das Wort Ausbildung verwendet, um Verwirrungen bzw. Unklarheiten zu vermeiden. In Bezug auf Deutschland wird der Begriff Weiterbildung für die postpromotionelle Ausbildung jedoch weiterhin verwendet.

Allgemein-und Familienmedizin

Derzeit in den öffentlichen Diskussionen wird immer von “Allgemeinmedizin” gesprochen, die korrekte international übliche Fachbezeichnung ist jedoch “Allgemein- und Familienmedizin” - im englischsprachigen Raum ist die Rede von “General Practitioners” und “Family Medicine” - auch dieser Teil der Fachdefinition muss in Österreich in den Imagekampagnen mit kommuniziert werden.
Sowohl das Wort “Allgemeinmedizin” als auch die Abkürzung AM stehen im Masterplan somit immer im Kontext der korrekten Fachbezeichnung, auf deren permanente Ausformulierung zur besseren Leserlichkeit verzichtet wurde.

Abkürzungsverzeichnis

AM = Allgemein- und Familienmedizin
IAMEV = Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung der MUG
JAMÖ = Junge Allgemeinmedizin Österreich
JKU = Johannes Kepler Universität (Med. Fakultät) Linz
KLPUK = Karl Landsteiner Medizinische Privatuniversität Krems
MUG = Medizinische Universität Graz
MUI = Medizinische Universität Innsbruck
MUW = Medizinische Universität Wien
ÖÄK = Österreichische Ärztekammer
ÖGAM = Österr. Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
PMU = Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg
WONCA = World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians = World Organization of Family Doctors.

Farblegende

Rot = nicht umgesetzt
Gelb= teilweise umgesetzt, Projekte vorhanden
Grün = umgesetzt
Blau = keine Daten

M1 - universitäre Ausbildung

Hintergrundinformation

Eine an den Universitäten frühzeitig einsetzende und longitudinal verankerte theoretische, aber vor allem praktische Lehre im Fach Allgemein- und Familienmedizin erhöht nachweislich den Anteil an Allgemeinmedizin interessierten Studierenden, wie internationale Erfahrungen und wissenschaftliche Studien zeigen. Dabei dient die Einbindung des Faches Allgemein- und Familienmedizin (AM) in die Studienpläne aller österreichischen Universitäten dazu, das Wissen, Verständnis und die Wertschätzung gegenüber dem wichtigsten medizinischen Fach der Primär- /Grundversorgung zu stärken. Dies führt zu einer höheren Anzahl an Medizinabsolvent_innen, die den hausärztlichen Beruf anstreben. Es steigt aber auch das Verständnis und die Wertschätzung für die AM derjenigen Absolvent_innen, die Sonderfächer ergreifen wollen, was für die spätere Zusammenarbeit zwischen den Versorgungsebenen hochrelevant ist.
Die Bedeutung flächendeckender Institute/Abteilungen für Allgemeinmedizin resultiert aus ihrer Verantwortung für Koordination, Durchführung und Qualitätssicherung von allgemeinmedizinischer Lehre und Forschung. Allgemeinmedizinische Forschung ist unter dem Aspekt der Fokussierung auf gesamtgesellschaftlich hochrelevante Aspekte wie Multimorbidität, Polypharmazie oder der Ausarbeitung von Evidenz-Based-Medicine-Leitlinien für AM von herausragender Bedeutung und spielt auch im Rahmen der Qualitätssicherung eine entscheidende Rolle. Eine flächendeckende österreichweite Implementierung selbständig agierender allgemeinmedizinischer Institute spielt auch eine entscheidende Rolle hinsichtlich der Akzeptanz der AM seitens aller anderen klinischen Fächer.

M1 - Maßnahmenübersicht

	Maßnahmenbündel	Einzelmaßnahme	Charakteristika	
M1/1	**Universitäten allgemein**			
M1/1.1		Etablierung von Instituten/ Abteilungen für Allgemein- und Familienmedizin an allen österreichischen Universitäten	Bereitstellung ausreichender Ressourcen	2,5,6
M1/1.2		Politischer Wille für eine gute Verankerung der AM/FM als Fach an den Universitäten	politische Unterstützung	5
M1/2	**Theoretische universitäre Ausbildung**			
M1/2.1		Longitudinale umfassende Verankerung allgemeinmedizinischer Inhalte im gesamten Studium	longitudinale, mehrzeitige theoretische allgemeinmedizinische Lehre	
M1/2.2		fächerübergreifende Integration von primärversorgungsrelevanten Inhalten	Integration von allgemeinmedizinischer Lehre	
M1/2.3		Modalitäten der Niederlassung im Studium	Administratives und Organisatorische Wissensvermittlung	[3/2]
M1/3	**praktische universitäre Ausbildung**			
M1/3.1		Verankerung des Begriffs universitäre Lehrpraxis im UG & Honorierung	Gleichstellung allgemeinmedizinische Lehrpraxis und Lehrkrankenhaus	5
M1/3.2		Famulaturen am Land und in der Stadt	verpflichtende praktische Ausbildung	
M1/3.3		Klinisch praktisches Jahr	Vereinheitlichung Voraussetzungen und Durchführung	6/5
M1/3.4		mehrfache Praktika etc. während des Studiums	freiwillige Praktika und spezielle Programme	
M1/4	**weitere wichtige Ausbildungsangebote**			
M1/4.1		Diplomarbeiten	Förderung der allgemeinmedizinischen Forschung	[6/5]
M1/4.2		Mentoring	prä- und postpromotionelle Begleitung durch AM-Mentoren	
M1/4.3		positive Rollenvorbilder/Qualitätssicherung	Vermittlung einer spezifischen Haltung	

M1/1 – Universitäten allgemein

M1/1.1 - Flächendeckende Etablierung von Instituten/Abteilungen für Allgemein- und Familienmedizin an allen österreichischen Universitäten

Maßnahme: Flächendeckende Institute/Abteilungen für AM mit ausreichender Handlungsfähigkeit
Ziel: Etablierung von starken und somit handlungsfähigen Instituten/ Abteilungen für Allgemein- und Familienmedizin an allen Medizinischen Universitäten und Fakultäten **Beschreibung:** Eine Attraktivierung des Faches AM erfordert auch eine flächendeckende universitäre Präsenz der Allgemeinmedizin durch Etablierung eigenständiger allgemeinmedizinischer Institute an allen Medizinischen Universitäten Österreichs. Das Fach Allgemeinmedizin hat als akademisches Kernfach in Forschung und Lehre zu existieren. Starke Institute für Allgemeinmedizin sind ein elementarer Faktor für hohe Qualität in Lehre, Forschung und klinischer Arbeit, aus der Fachpräferenzen und spätere Berufswünsche Medizinstudierender resultieren. Voraussetzung starker Allgemeinmedizinischer Institute ist die Sicherstellung notwendiger finanzieller und personeller Ressourcen in einem Ausmaß, welches den aktuellen Umfang weit überschreitet. Dabei steht die Bezeichnung “stark” für handlungsfähige Institute / Abteilungen und nimmt Bezug auf folgende Aspekte bzw. Voraussetzungen der universitären Verankerung der Allgemeinmedizin: - Allgemeinmedizinische Institute / Abteilungen müssen als **eigenständige Organisationsform existieren** und dürfen nicht anderen Abteilungen untergeordnet sein. - Durch die Berücksichtigung **ausreichender personeller und finanzieller Ressourcen** kann eine **Lehre nach aktuellsten Qualitätsstandards** sichergestellt werden. Dabei ist bei der Ressourcenplanung besonders zu berücksichtigen, dass eine ungeheure Vielzahl an Aufgaben (wie z.B. das Erstellen und Überarbeiten von Lehr- und Lernunterlagen inkl. Prüfungsmodalitäten, die Beteiligung an fächerübergreifenden/ universitätsübergreifenden Arbeitsgruppen zum Thema Lehre, das Engagement in der Curriculumskommission und -direktion, die Organisation und Finanzierung praktischer Lehre wie z.B. der Famulatur, KPJ und ev. zusätzlichen Praktika und Wahlfächer, die Netzwerkkoordination der Lehrpraxen, die Gestaltung und Organisation von Didaktik-Seminaren, die Qualitätssicherung der Lehre, die Betreuung von Diplomarbeiten und ev. Dissertationen, Mentoringprogramme etc.) in den Arbeitsbereich der allgemeinmedizinischen Lehre fallen. - Im Bereich der allgemeinmedizinischen **Forschung bedarf es einerseits der Gewährung ausreichender, auftraggeber-unabhängiger Forschungsgelder** und der **Berücksichtigung personeller Ressourcen**, um ggf. auch zusätzlich noch Drittmittel-finanzierte Forschungsprojekte durchführen zu können, wobei auch die Betreuung von Forschungsnetzwerken personelle Ressourcen benötigt.

Verbunden mit Maßnahmen aus:

- strukturelle Aufwertung und finanzielle Wertschätzung
- Fachausbildung

Argumentation:

Unabdingbare Voraussetzung der Akzeptanz der akademischen Allgemeinmedizin seitens aller anderen Fächer und auch der Studierenden sind österreichweit flächendeckende, selbständig und unabhängig agierende, finanziell und personell ausreichend ausgestattete eigenständige Institute / Abteilungen für Allgemein- und Familienmedizin, die in jeder Hinsicht universitären Abteilungen anderer ähnlich großer Fächer gleichzustellen sind.

Dabei ergibt sich die oben erwähnte Notwendigkeit aus folgenden Aspekten:

- Eine Attraktivierung des Berufes bzw. Berufsbildes (und damit sämtlicher nachfolgenden Maßnahmen) kann nur über eine entsprechende Handlungsfähigkeit der AM-Lehre gelingen.

- Nur eigenständige, selbstverantwortlich agierende allgemeinmedizinische Institute können eine longitudinale Begleitung und Qualität der Lehre sicherstellen.

- Das Wissen der Studierenden über das Fach Allgemeinmedizin und allgemeinmedizinische Forschung und somit die Gleichwertigkeit zu anderen Fächern sind abhängig von der Institutionalisierung und akademischen universitären Verankerung der Allgemeinmedizin. (Abholz, 2007)

- Allgemeinmedizinische Institute führen dazu, dass es eine praktische Ausbildung im Fach an den Universitäten gibt, was nachweislich bei repetitiven Kontakten zur Attraktivierung des Fachs führt, wobei insbesondere breit angelegte Programme Wirksamkeit entfalten. (Senf, 2003)

- Verschiedene Programme aus ländlichen Gebieten der USA (Appalachian Preceptorship; Illinois Rural Medical Education; Physician Shortage Area Program; Rural Physician Associate Program, upper peninsula program, WAMI-Program) konnten zeigen, dass durch Maßnahmen wie Wahlpraktika, Mentoring, spezielle Curricula, Kompetenzsteigerungen praktisch ärztlicher Tätigkeit und positive Erfahrungen mit Hausarztmedizin die Quote derer, die sich für den Hausarztberuf entschieden signifikant höher lag als beim Durchschnitt. (Brazeau, 1989, Glasser, 2008; Rabinowitz,1999; Verby, 1991)

- Die Stärkung der Bedeutung der Allgemeinmedizin innerhalb des Primärversorgungssektors gelingt im Wesentlichen über positives Lobbying und Kooperation universitärer allgemeinmedizinischer Abteilungen mit diversen Entscheidungsträgern z.B. im Rahmen von Forschungsprojekten oder der Generierung von Datengrundlagen.

- Nur durch die wechselseitige Verschränkung praktischer hausärztlicher Medizin mit der universitären Allgemeinmedizin im Rahmen gemeinsamer Forschungsprojekte wie im europäischen Ausland z.T. vorbildhaft gezeigt (z.B. GB, Niederlande) (Hilton, 2000) und dem Ausbau und der Pflege von Forschungspraxisnetzwerken (practice-based

research networks (PBRNs) (de Maeseneer, 2001) kann eine praxisrelevante allgemeinmedizinische Forschung nachhaltig sichergestellt werden.

- Internationale Wettbewerbsfähigkeit und eine wirkungsvolle, systemische Versorgungsforschung kann nur über die Bereitstellung ausreichender Ressourcen für Lehre und Forschung sichergestellt werden.

- An allgemeinmedizinischen Instituten durchzuführende Versorgungsforschung bedarf einer wissenschaftlich fundierten Bedarfsplanung, die ausreichende personelle Ressourcen voraussetzt.

- Allgemeinmedizinischen Instituten obliegen Forschungsprojekte, die zur Positionierung der AM in der gesellschaftlichen Versorgungskette und zur Definition des Versorgungsauftrages der AM in der Primärversorgung beitragen, um die Bedeutung und Wirksamkeit allgemeinmedizinischer Primärversorgung auch länderspezifisch darstellen zu können. (Schmacke, 2013)

Evidenzhintergrund/Referenzen:

Abholz, H.-H. „Die Umerziehung der Allgemeinmedizin“. *Z Allg Med* 83, Nr. 02 (4. April 2007): 85–88. https://doi.org/10.1055/s-2007-970134.

Brazeau, N. K., M. J. Potts, und J. M. Hickner. „The Upper Peninsula Program: A Successful Model for Increasing Primary Care Physicians in Rural Areas.“ *Family Medicine* 22, Nr. 5 (1990): 350–55.

Glasser, Michael, Matthew Hunsaker, Kimberly Sweet, Martin MacDowell, und Mark Meurer. „A Comprehensive Medical Education Program Response to Rural Primary Care Needs“. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 83, Nr. 10 (Oktober 2008): 952–61. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181850a02.

Hilton, Sean, und Yvonne H Carter. „Academic Careers in General Practice and Primary Care“. *Medical Education* 34, Nr. 11 (21. November 2000): 910–15. https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2000.00727.x.

Jacob, Rüdiger, Johannes Kopp, und Sina Schultz. „Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung“. *KBV-Schrift 2014*, 2014, 1–99.

Maeseneer, Jan De, und Chris van Weel. „Research in general practice in Europe: A growing community“. *European Journal of General Practice* 7, Nr. 3 (1. Januar 2001): 90–91. https://doi.org/10.3109/13814780109080867.

Rabinowitz, Howard K., James J. Diamond, Fred W. Markham, und Christina E. Hazelwood. „A Program to Increase the Number of Family Physicians in Rural and Underserved Areas: Impact After 22 Years“. *JAMA* 281, Nr. 3 (20. Januar 1999): 255–60. https://doi.org/10.1001/jama.281.3.255.

Schmacke, Norbert. „Die Zukunft der Allgemeinmedizin in Deutschland - Potenziale für eine angemessene Versorgung Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes“. *ipp-Schriften*, 2013, 105.

Senf, Janet H., Doug Campos-Outcalt, und Randa Kutob. „Factors Related to the Choice of Family Medicine: A Reassessment and Literature Review“. *The Journal of the American Board of Family Practice* 16, Nr. 6 (11. Januar 2003): 502–12. https://doi.org/10.3122/jabfm.16.6.502.

Stigler, Florian. „Prävention eines allgemeinmedizinischen Landärztemangels“. Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, 2017. http://allgemeinmedizin.medunigraz.at/fileadmin/institute-oes/allgemeinmedizin/Publikationen/Berichte/2017/IAMEV_Praevention-AM-Landaerztemangel_final.pdf.

Verby, John E., J. Paul Newell, Susan A. Andresen, und Walter M. Swentko. „Changing the Medical School Curriculum to Improve Patient Access to Primary Care“. *JAMA* 266, Nr. 1 (3. Juli 1991): 110–13. https://doi.org/10.1001/jama.1991.03470010114041.

Organisationsebene: Universitäten

Umsetzungspartner: Universitäten, BMASGK, BMBWF, ev . Länder und SVs

Umsetzungsmonitor (zuletzt aktualisiert am 17.06.2018):

Med. Universitäten in Österreich:

KLMPU	**JKU** (Institut in Planung)	**PMU** (eigenständiges Institut)	**MUG** (eigenständiges Institut)	**MUI** (kein eigeneständiges Institut, keine Professur)	**MUW** (untergeordnete Abteilung)

Good-practice Beispiel:

Österreich: IAMEV
Europäische Länder: Deutschland, Niederlande, GB, Skandinavien, Dänemark

Ansprechpartner: Poggenburg, Hoffmann, (Rabady)

M1/1.2 - Politischer Wille für eine gute Verankerung der Allgemein- und Familienmedizin als Fach an den Universitäten

Maßnahme: Anerkennung der Relevanz des Faches durch politische Entscheidungsträger_innen

Ziel: stabile und nachhaltige Verankerung der AM als Fach an den Universitäten

Beschreibung:
Politisch dient in Österreich die - innerhalb Europas unübliche - fehlende Anerkennung der Allgemeinmedizin als Fachspezifität oft als Argument dafür, die Notwendigkeit flächendeckender Institute für Allgemeinmedizin zu verneinen bzw. ihre Unterfinanzierung zu rechtfertigen. Trotz des unzweifelhaft hohen Bedarfs von an Allgemeinmedizin interessierten Medizinabsolvent_innen (bis zu 20% der Studienabgänger_innen) wird unter dem Verweis darauf, dass die Universität keine Einrichtung zur Berufsausbildung sei und die Fachpräferenz erst später bei Beendigung der (Fach-)Ausbildung sichtbar würde, eine Stärkung der AM abgelehnt. Dabei wird jedoch die Tatsache ignoriert, dass die AM das wichtigste primärversorgungsrelevante Fach der Medizin ist und nach besten Qualitätsstandards gelehrt werden sollte, wozu verpflichtende Famulaturen und KPJ, aber auch die Lehre in der Allgemeinmedizin gehören. Abgesehen davon ist die universitäre Anbindung von Ärzt_innen in Fachausbildung gesetzlich definiert, wonach es zur Ausbildung von Allgemeinmediziner_innen die strukturelle Voraussetzung in Form allgemeinmedizinischer Institute bedarf.

In Deutschland konnte durch Verabschiedung des ***Masterplans 2020 [4]*** eine wichtige, politisch motivierte Weichenstellung erreicht werden: es wurde gezielt angestrebt, dass die angehenden Ärzt_innen neben den bisher im Mittelpunkt der Ausbildung stehenden hochspezialisierten Fällen an den Universitätskliniken auch ganz alltägliche Erkrankungen in der ambulanten und stationären Praxis kennenlernen. Dazu wird zum Beispiel festgeschrieben, dass Studierende während des "Praktischen Jahrs" ein Quartal in der ambulanten Versorgung verbringen. Die Allgemeinmedizin wird in der Ausbildung weiter gestärkt. Beispielsweise werden allgemeinmedizinische Inhalte künftig in der Lehre möglichst ab dem ersten Semester über das gesamte Studium hinweg vermittelt und im Staatsexamen wird auch Allgemeinmedizin geprüft.

In Österreich bedarf es eines erklärten politischen Willens dazu, als Vorbedingung für die Schaffung und Akkreditierung (neuer) medizinischer Universitäten oder Fakultäten die Existenz eigenständiger, handlungsfähiger AM-Abteilungen / Institute (Definition siehe M1/1.1) vorauszusetzen. Dazu ist die fördernde Einflussnahme auf die entsprechenden Akkreditierungsstellen bzw. politischen Entscheidungsträger durch an der Lehre per se nicht oder sekundär Beteiligter (z.B. ÖGAM) notwendig. Es sollten gezielte Initiativen der Landesorganisationen und Landesärztekammern in Kooperation mit Gemeinden, Land u.ä. zur Förderung der Allgemeinmedizin im eigenen Bundesland im universitären Kontext erfolgen (z.B. Summer School Sbg - einladend: Land).

Verbunden mit Maßnahmen aus:
- Fachausbildung
- strukturelle Aufwertung und finanzielle Wertschätzung: Lobbying, Politik, europaweiten Vergleich, Vergleich mit Lehrberuf

Argumentation:
Trotz der international bzw. weltweit unstrittigen Fachspezifität der Allgemein- und Familienmedizin, deren Charakteristika in Definitionen wie z.B. jener der WONCA, DEGAM, AAFP zusammengefasst sind, ist es bislang im Gegensatz zu fast allen anderen europäischen Ländern in Österreich nicht gelungen, den Facharztstatus für Allgemeinmedizin zu etablieren. Im Hinblick auf die Wettbewerbsfähigkeit Österreichs, die Internationalität und der im Sinne des Bologna-Prozesses geforderten Vergleichbarkeit, ist der explizite politische Wille auch zur Facharztanerkennung unabdingbar und gesellschaftlich dringend erforderlich.

Evidenzhintergrund/Referenzen:

American Academy of Family Physicians. „Family Physician, Definition". Zugegriffen 6. Juli 2018. https://www.aafp.org/about/policies/all/fp-definition.html.

BMBF-Internetredaktion. „‚Masterplan Medizinstudium 2020' - BMBF". Bundesministerium für Bildung und Forschung - BMBF. Zugegriffen 6. Juli 2018. https://www.bmbf.de/de/masterplan-medizinstudium-2020-4024.html.

DEGAM. „Fachdefinition - Allgemein- und Familienmedizin". Zugegriffen 6. Juli 2018. https://www.degam.de/fachdefinition.html.

WONCA. „The European Definition of GP / FM | Wonca Europe". Zugegriffen 6. Juli 2018. http://www.woncaeurope.org/gp-definitions.

Organisationsebene: politische Entscheidungsträger

Umsetzungspartner: Politik, ÄK, BMASGK, BMBWF, ÖGAM, Landesgesellschaften, Unterstützung durch Jurist_innen zur Klärung der rechtlichen Möglichkeiten i.R.d. Hochschul-Qualitätssicherungsgesetzes u.ä.

Umsetzungsmonitor (zuletzt aktualisiert am 17.6.2018):

Bundesweite Problematik!

Bgld.	Ktn.	NÖ	OÖ	Sbg.	Stmk.	Tirol	Vlbg.	Wien

Good-practice Beispiel:

Österreich: keine, derzeit laufende Initiativen:

Initiative WIGAM, ÄK Wien, Sektion Allgemeinmedizin (Brief an Faßmann) → Peter Pichler

Initiative NÖGAM: Walter Heckenthaler, Schreiben an BM Wissenschaft

diverse Initiativen der PMU in Kooperation mit SGAM, ÄK und Land (z.B. Summer School AM, Land.Arzt.Leben, Praktikumstage in der AM Lehrpraxis im 1.und 2. Studienjahr…)
JKU: Summer School Allgemeinmedizin

Deutschland. Masterplan 2020
https://www.bmbf.de/de/masterplan-medizinstudium-2020-4024.html

Europäische Länder: Dänemark, UK

Ansprechpartner: Poggenburg

M1/2 – Theoretische universitäre Ausbildung

M1/2.1 - Longitudinale umfassende Verankerung allgemeinmedizinischer Inhalte im gesamten Studium

Maßnahme: durch vielzeitige Kontakte mit positiven Erfahrungen in der AM steigt die Wahrscheinlichkeit der Berufswahl
Ziel: Inhalte des Faches Allgemein-und Familienmedizin werden das gesamte Studium begleitend implementiert **Beschreibung:** Theoretische fachspezifische Inhalte müssen im Kerncurriculum der MedUnis berücksichtigt werden. Ebenso bedeutsam ist es, allgemeinmedizinische Inhalte in andere Fächer zu integrieren (siehe M1/2.2), dabei aber die Sichtbarkeit und Alleinstellungsmerkmale der Allgemeinmedizin zu bewahren bzw. zu erhöhen. Gelingen kann die longitudinale Verankerung des Fachs Allgemeinmedizin durch das Studium über wiederholte Lehreinheiten der Allgemeinmedizin, deren Inhalte auf den jeweiligen Ausbildungsstand der Studierenden Bezug nehmen. Dabei sollten immer die Spezifitäten des hausärztlichen Rahmens und Settings berücksichtigt werden. ***Definition und Kernelemente der AM wie z.B.:*** - Niedrigprävalenzbereich - Mehrdimensionalität - Multimorbidität und Polypharmazie - Häufige Beratungsanlässe etc..
Verbunden mit Maßnahmen aus: - Fachausbildung - M1/1.1 - M1/1.2 - M1/2.3
Argumentation: Die Lehrenden für AM sollen (und können) jedoch (nur) beruflich aktive, möglichst langjährig erfahrene Allgemeinmediziner_innen sein. Bedeutsam für die Wirksamkeit positiver Lehrerfahrungen sind positive Role Models, die über ihren eigenen Erfahrungshorizont die Freude am Beruf vermitteln- wozu auch eine begleitende Evaluation unerlässlich ist. Aus internationalen Studien ist ersichtlich, dass spezielle haus- bzw. landärztliche Programme mit vielzeitigen Kontakten zur hausärztliche Medizin bei motivierten Studierenden dazu führen, den Beruf zu ergreifen und in diesem auch längerfristig (auch auf dem Land) zu arbeiten. Aus der Lehrforschung ist bekannt, dass Negativ-Erfahrungen bzw. zu viel Kontakt mit einer “theoretischen Allgemeinmedizin” negativen Einfluss auf die Berufswahl (siehe weitere Maßnahmen und Quellen) haben kann.

Begleitend sollten qualitätssichernde Maßnahmen wie Lehre- und Didaktik-Seminare für die AM-Lehrenden zur Verfügung gestellt werden und regelmäßige Evaluation der Qualität der Lehre angestrebt werden.

Evidenzhintergrund/Referenzen:

Brazeau, N. K., M. J. Potts, und J. M. Hickner. „The Upper Peninsula Program: A Successful Model for Increasing Primary Care Physicians in Rural Areas.“ *Family Medicine* 22, Nr. 5 (1990): 350–55.

Glasser, Michael, Matthew Hunsaker, Kimberly Sweet, Martin MacDowell, und Mark Meurer. „A Comprehensive Medical Education Program Response to Rural Primary Care Needs“. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 83, Nr. 10 (Oktober 2008): 952–61. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181850a02.

Rabinowitz, Howard K., James J. Diamond, Fred W. Markham, und Christina E. Hazelwood. „A Program to Increase the Number of Family Physicians in Rural and Underserved Areas: Impact After 22 Years“. *JAMA* 281, Nr. 3 (20. Januar 1999): 255–60. https://doi.org/10.1001/jama.281.3.255.

Senf, Janet H., Doug Campos-Outcalt, und Randa Kutob. „Factors Related to the Choice of Family Medicine: A Reassessment and Literature Review“. *The Journal of the American Board of Family Practice* 16, Nr. 6 (11. Januar 2003): 502–12. https://doi.org/10.3122/jabfm.16.6.502.

Verby, John E., J. Paul Newell, Susan A. Andresen, und Walter M. Swentko. „Changing the Medical School Curriculum to Improve Patient Access to Primary Care“. *JAMA* 266, Nr. 1 (3. Juli 1991): 110–13. https://doi.org/10.1001/jama.1991.03470010114041.

Organisationsebene: Universitäten, Institute für Allgemeinmedizin

Umsetzungspartner: Universitäten , BM Wissenschaft

Umsetzungsmonitor (zuletzt aktualisiert am 17.06.2018):

KLPUK	JKU	PMU	MUG	MUI	MUW

Good-practice Beispiel:

Österreich: siehe Umsetzungsmonitor - in diesen Bundesländern bestehen Studien-begleitende Konzepte mit rezidivierenden Kontakten zur Allgemeinmedizin bzw. Integration AM-Inhalte auch in Vorlesungseinheiten/Blöcken anderer Fächer

Ansprechpartner: Rabady, Hoffmann, Poggenburg

M1/2.2 - Fächerübergreifende Integration von primärversorgungsrelevanten Inhalten

Maßnahme: Bereits im Studium wird breites medizinisches Basiswissen mit primärversorgungsrelevanten Inhalten vermittelt - Ausbildung handlungskompetenter Doktor_innen der gesamten Medizin (Dr.med.univ.)

Ziel: Änderung der Curricula mit fächerübergreifenden primärversorgungsrelevanten Inhalten - Ausrichtung der Lehre nach Häufigkeiten und Wahrscheinlichkeiten (Niedrigprävalenzbereich)

Beschreibung:
Anzustreben sollte eine Vermittlung von primärversorgungsrelevanten Krankheitsbildern aus dem hausärztlichen Alltag sein, die die Häufigkeit und Relevanz von Erkrankungen aus dem Niedrigprävalenzbereich berücksichtigen. Dies sollte implizit aus hausärztlicher Sicht geschehen, um kennenzulernen, welche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie welcher organisatorische Aufwand zur Versorgung häufiger Krankheitsbilder notwendig und möglich sind.

Momentan konzentriert sich die Lehre der spezialisierten Universitätsmedizin eher auf oft unzusammenhängendes Spezialwissen, das in der primären und auch fächerübergreifenden “Basismedizin” nicht angewendet werden kann und auch nicht relevant ist.

Dabei kann die universitäre Lehre in der Allgemeinmedizin aber nur von Allgemeinmediziner_innen, die aktiv tätig und möglichst langjährig erfahren sind, abgehalten werden, was zum großen Teil durch den Einsatz externer Lehrender geschieht. Tätige Allgemeinmediziner erfüllen ihre Rolle als positive “Role Models” nicht nur in der Vermittlung notwendigen Wissens, sondern auch über die Vermittlung von “Soft-Skills” bzw. der Konkretisierung ureigener allgemeinmedizinischer Arbeitsweise (Empathie, Patientenorientierung, abwartendes Offenhalten, Basisdiagnostik und Anamnese).

Verbunden mit Maßnahmen aus:
- allen Bereichen der universitären Lehre
- Fachausbildung

Argumentation:
Die universitäre medizinische Ausbildung sollte dazu dienen, grundlegendes ärztliches Wissen und Kompetenzen (auch dem CanMeds-Modell folgend) zu erlangen (Ziel des Medizinstudiums der Uni Wien ist, dass das Studium: “***die AbsolventInnen zu handlungskompetenten Doktor_innen der gesamten Medizin (Dr. med.univ.) ausbilden und für den ärztlichen Beruf in allen Fachrichtungen theoretisch wie auch praktisch vorbilden soll.*** **(MUW, 2018)**

Aufgrund der als zu praxisfern wahrgenommenen Ausbildung Medizinstudierender gibt es seit 2000 in Deutschland massive Bestrebungen, reformierte Studiengänge der Humanmedizin anzubieten, um integriertes, praxisrelevantes Wissen und notwendige ärztliche Basisfertigkeiten zu vermitteln.

In der Studie zur Berufsmotivation Allgemeinmedizin (Poggenburg, 2017) konnte gezeigt werden, dass Studierende (D) aus Reformstudiengängen sich deutlich besser auf die hausärztliche Tätigkeit vorbereitet fühlen als solche aus Regelstudiengängen, was aber NICHT dazu führte, dass sie häufiger den Beruf anstrebten. Die Ausbildung in Reformstudiengängen findet deutlich praxisbezogener und fächerübergreifender statt als diejenige in Regelstudiengängen.
Dem zugrunde liegt, dass zunehmend komplexe Herausforderungen im Primärversorgungsbereich wie z.B. die Versorgung chronisch kranker Patient_innen anstehen. Daher wurde eine Ausweitung des Kompetenzspektrums um semiotische und erkenntnistheoretische Aspekte gefordert, wobei auch Aspekte wie Empathie und Patientenorientierung besser vermittelt werden sollten - in Deutschland waren dies wesentliche Gründe für die zunehmende Anzahl von Reformstudiengängen (mit verpflichtenden AM-Blockpraktika oder Tertialen im PJ) - z.B. Aachen, Berlin, Heidelberg, Oldenburg.

Evidenzhintergrund/Referenzen

Blozik, E., M. Ehrhardt, und Martin Scherer. „Förderung des allgemeinmedizinischen Nachwuchses“. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 57, Nr. 7 (1. Juli 2014): 892–902. https://doi.org/10.1007/s00103-014-1984-6.

Burger, W., und C. Frömmel. „Der Berliner Reformstudiengang Medizin Zielsetzung und erste Erfahrungen“. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 45, Nr. 2 (1. Februar 2002): 152–58. https://doi.org/10.1007/s00103-001-0359-y.

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. „Carl von Ossietzky Universität Oldenburg“. Modellstudienlehrgang, 21. Juni 2018. http://www.uni-oldenburg.de/medizin/studium-lehre/modellstudiengang-humanmedizin/studieninteressierte/bewerben-einschreiben/.

Deutsch, T., S. Lippmann, T. Frese, und H. Sandholzer. „Gewinnung hausärztlichen Nachwuchses – Zusammenhang zwischen praxisorientierter Lehre und Karriereentscheidung“. *Das Gesundheitswesen* 76, Nr. 01 (2. April 2013): 26–31. https://doi.org/10.1055/s-0033-1334933.

Haidet, Paul, Joyce E. Dains, Debora A. Paterniti, Laura Hechtel, Tai Chang, Ellen Tseng, und John C. Rogers. „Medical Student Attitudes toward the Doctor–Patient Relationship“. *Medical Education* 36, Nr. 6: 568–74. https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01233.x.

Hibbeler, B. „Modellstudiengänge: Bausteine für ein gutes Studium“. *Deutsches Ärzteblatt MEDIZIN STUDIEREN* 1 (2014): 7–8.

Medizinische Hochschule Hannover. „HannibaL - Der Modellstudiengang Medizin“. Zugegriffen 9. Juli 2018. https://wissen.hannover.de/Einrichtungen/Medizinische-%c2%adHochschule-%c2%adHannover/HannibaL.

Poggenburg, Stephanie, Andrea Siebenhofer-Kroitzsch, Alexander Avian, Klaus Jeitler, und Andrea Berghold. „Erhebung der Berufsmotivation zur Allgemeinmedizin von Studierenden und jungen Ärzt/-innen in Österreich und Deutschland“. Graz: Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, 2017. https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/fileadmin/institute-oes/allgemeinmedizin/Publikationen/Berichte/2017/IAMEV_BMotiv-AM_final.pdf.

Wien, Medizinischen Universität. „Diplomstudium Humanmedizin | Studium an der MedUni Wien“. Medizinischen Universität Wien. Zugegriffen 9. Juli 2018. https://www.meduniwien.ac.at/web/studium-weiterbildung/das-diplomstudium-humanmedizin/.

Organisationsebene: Universitäten, BM Wissenschaft

Umsetzungspartner: hausärztliche Lehrende der Universitäten - Universitäre Lehrpraxen

Umsetzungsmonitor (zuletzt aktualisiert am 17.06.2018):

KLPUK	**JKU**	**PMU**	**MUG**	**MUI**	**MUW**

Good-practice Beispiel:

Österreich:
Problemorientiertes Lernen (AMPOL) MU Innsbruck, MedUni Wien: POL, Ärztliche Gesprächsführung A, B und C, Geriatrie, Gyn, Ortho, Grand Rounds ist die AM überall dabei
PMU: 2 wöchiger Kurs „Integrierte Versorgung“ im 5 SJ: Multiprofessionelle und interdisziplinäre Versorgung „Der ältere Patient“; Vorträge, POL und Besuch von Einrichtungen. Allgemeinmedizin mit 2 UE beteiligt.
MUG: Einladung von Sonderfächern (HNO, Gyn, Augenheilkunde, Kinderheilkunde etc.) zur Mitgestaltung am Wahlpflichtfach SSM 40 Allgemeinmedizin
JKU: ebenfalls POL und fächerübergreifende Integration

Europäische Länder: Reformstudiengänge in Deutschland:

- *Aufgrund der eklatanten Ausbildungsdefizite insbesondere im praktischen Bereich kam es Anfang der 2000-er Jahre in Deutschland zu einer umfassenden Reformation des Medizinstudiums mit Fokussierung auf praxisrelevantere Inhalte. Dies führte dazu, dass Studierende nach erfolgreichem Absolvieren des Studiums und anschließender staatlicher Prüfung zum Ausüben des ärztlichen Berufs berechtigt waren - zuvor gab es eine Teilapprobation. Die Zahl der medizinischen Fakultäten, die Reformstudiengänge anbieten, wird in Deutschland beständig mehr; diese können eine noch stärkere Verschränkung praktischer und theoretischer Lehrinhalte vorweisen. Meist profitiert hierdurch auch die Allgemeinmedizin durch eine Ausweitung der Lehrinhalte*

Slowenien

Ansprechpartner: Poggenburg, Hoffmann

M1/2.3 - Modalitäten der Niederlassung im Studium (Niederlassung - wie geht das?)

Maßnahme: bereits im Studium erfolgt Wissensvermittlung zur Niederlassung

Ziel: Abbau von Hemmnissen zur Niederlassung - im Studium wird bereits Information zu administrativen und organisatorischen Aspekten des hausärztliche Berufes vermittelt

Beschreibung: Eine Niederlassungsbarriere, die immer wieder von jungen Mediziner_innen genannt wird, ist das nicht einschätzbare und vermutbare hohe finanzielle Risiko und die administrativen Aufgaben, was sich häufig negativ auf die Niederlassungsbereitschaft auswirkt. Planungssicherheit und Wissen um organisatorische und administrative Inhalte kann sich positiv auf die Wahl des Fachgebietes auswirken.

Verbunden mit Maßnahmen aus:

- allgemeinmedizinische Lehre

Argumentation:

In der IAMEV-Studie zur Berufsmotivation Allgemeinmedizin (Poggenburg, 2017) konnte länderübergreifend (D, Ö, Slo) festgestellt werden, dass Studierende innerhalb allgemeinmedizinischer Lehrveranstaltungen einen besonders großen Bedarf an Wissen zu Administration und Organisation äußern

Eine rezente Originalarbeit aus Deutschland (Kohlhaas, 2018) konnte den Bedarf und die Notwendigkeit des Erlernens von Praxismanagement-Kompetenzen innerhalb des Studiums aufzeigen.

Auch für die Niederlassung in einem anderen Fach besteht Bedarf an diesem Wissen, die allgemeinmedizinische Ordination bietet aber gute Voraussetzung als “Role Model” zu dienen, da die dort notwendige Organisation/Administrative bereits ausgedehnt ist, jedoch z.T. nicht mit der Kompexität anderer Fachordinationen überfordert. (Steinhäuser, 2011; Götz, 2011)

Evidenzhintergrund/Referenzen:

Götz, K., A. Miksch, K. Hermann, A. Loh, K. Kiolbassa, S. Joos, und J. Steinhäuser. „Berufswunsch „planungssicherer Arbeitsplatz"“. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift* 136, Nr. 6 (Februar 2011): 253–57. https://doi.org/10.1055/s-0031-1272520.

Kohlhaas, Anja, Markus Leibner, Tobias Binder, Joachim Schütz, Ruben Zwierlein, und Jost Steinhäuser. „Praxismanagement spielerisch lernen – welche Inhalte sollen unbedingt vermittelt werden?“ *Z Allg Med*, Nr. 1/2018 (2018). https://doi.org/10.3238/zfa.2018.0029-0034.

Poggenburg, Stephanie, Andrea Siebenhofer-Kroitzsch, Alexander Avian, Klaus Jeitler, und Andrea Berghold. „Erhebung der Berufsmotivation zur Allgemeinmedizin von Studierenden und jungen Ärzt/-innen in Österreich und Deutschland“. Graz: Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, 2017. https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/fileadmin/institute-oes/allgemeinmedizin/Publikationen/Berichte/2017/IAMEV_BMotiv-AM_final.pdf.

Steinhäuser, J., N. Annan, M. Roos, J. Szecsenyi, und S. Joos. „Lösungsansätze gegen den Allgemeinarztmangel auf dem Land – Ergebnisse einer Online-Befragung unter Ärzten in

Weiterbildung“. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift* 136, Nr. 34/35 (August 2011): 1715–19. https://doi.org/10.1055/s-0031-1272576.

Organisationsebene: Universitäten, Ärztekammern (Fortbildungen)

Umsetzungspartner: Ärztekammern, lehrende Hausärzt_innen, allgemeinmedizinische Institute, i.R. des prä- und postpromotionellen Mentorings

Umsetzungsmonitor (zuletzt aktualisiert am 17.06.2018):

KLPUK	**JKU**	**PMU**	**MUG**	**MUI**	**MUW**

Good-practice Beispiel: KLPU Krems: Seminar Praxismanagement verpflichtend

Österreich: Oberösterreich: Im Rahmen von Trackpraktika und Vorlesungen werden entsprechende Fragestellungen abgehandelt

Ansprechpartner: Poggenburg, Hoffmann, (Rebhandl)

M1/3 – Praktische universitäre Ausbildung

M1/3.1 - Verankerung des Begriffs universitäre Lehrpraxis im UG & Honorierung

Maßnahme: gesetzliche Verankerung der universitären Lehrpraxis für Allgemeinmedizin analog zu den universitären Lehrspitälern.

Ziel: analog zu den Lehrspitälern sollten universitäre Lehrpraxen für Allgemeinmedizin als Ort der Pflichtlehre gesetzlich verankert werden.

Beschreibung:

- Im Gegensatz zum universitären Lehrspital ist die universitäre Lehrpraxis nicht im UG verankert- dies sollte schnellstmöglich angeglichen werden

- Im Medizinischen Curriculum sollte es zumindest ein verpflichtendes praktisches Element geben: Voraussetzung ist eine ausreichend große Anzahl finanzierter universitärer Lehrpraxen für Allgemeinmedizin. Zu unterscheiden ist zwischen Praktikums-und Famulaturlehrpraxen (Finanzierung liegt bei den Universitäten verpflichtend) und den KPJ-Lehrpraxen (Länder und SVs wären lt. UG §35a für die Finanzierung zuständig, wird aber z.T. von den Unis übernommen)

- Dabei sind mit universitärer Lehrpraxis/Lehrambulanz Allgemeinmedizin nicht ambulanzähnliche Einrichtungen für Erst- und Notkontakte an Universitätskliniken gemeint, die kaum Merkmale hausärztlicher Kernkompetenz aufweisen und gerade die Spezifika der hausärztlichen Arbeitsweise nicht erleben lassen und nicht lehren können. Gemeint sind die niedergelassenen Einzel- und Gruppenpraxen, die im niederschwelligen Bereich (kassenärztlich) Primärversorgung betreiben, und laut dem von den Instituten vorgeschriebenen Standards die Studierenden im konkreten Tätigkeitsfeld ausbilden. Dabei sind die Voraussetzungen, die zur Führung einer Lehrpraxis notwendig sind, universitär und von der ÄK für die Lehrpraxis nach ÄAO 2015 und nach der Spezifität der allgemeinmedizinischen Ausbildung und nicht nach deren Organisationsform zu definieren (d.h. Gültigkeit für alle primärversorgende Hausärzt_innen)

- Als Voraussetzung der universitären Lehrpraxen könnte der im GRUG definierte Versorgungsauftrag dienen, es sollte allerdings deutlich dargestellt werden, dass dieser **alle** ärztlichen Primärversorger umfasst und nicht nur spezielle PVEs

- Im Zuge der Verankerung im UG könnte auch eine österreichweite Vereinheitlichung der Basis-Kriterien zur universitären Lehrpraxis stattfinden

Verbunden mit Maßnahmen aus:

- Fachanerkennung und strukturelle Aufwertung
- Lobbying BM
- Politische Parteien

Argumentation:
Es ist evident, dass die praktische allgemeinmedizinische Ausbildung, die durch das 1:1 Verhältnis der Ausbildung ein Alleinstellungsmerkmal besitzt, einen wesentlichen Motivator darstellt, Allgemeinmediziner_in zu werden (Schirgi, 2018). Das Fehlen des Begriffs "universitäre Lehrpraxis" und v.a. die Verankerung im UG wird an manchen Universitäten als Vorwand gesehen, diese Erfordernis des Lehrens in der Praxis zu negieren und entsprechende finanzielle und organisatorische Mittel zu Verfügung zu stellen. In Kenntnis darüber, dass auch Krankenhäuser die Bezeichnung "universitäres Lehrkrankenhaus" als Qualitätskriterium verstehen und gebrauchen, sollte es durch österreichweit flächendeckende Ausweitung der "universitären Lehrpraxis" ein gleichwertiges Qualitätskriterium geben. Dies dient auch als ein Zeichen politischer Wertschätzung der AM gegenüber, die aktuell auf einem extrem niedrigen Level angesehen wird (Poggenburg, 2017).
Der Versorgungsrealität in Österreich Rechnung tragend, sollte die Bezeichnung "universitäre Lehrpraxis" alle Qualitätskriterien erfüllenden Primärversorger in allen möglichen Organisationsformen umfassen.

Evidenzhintergrund/Referenzen

Poggenburg, Stephanie, Andrea Siebenhofer-Kroitzsch, Alexander Avian, Klaus Jeitler, und Andrea Berghold. „Erhebung der Berufsmotivation zur Allgemeinmedizin von Studierenden und jungen Ärzt/-innen in Österreich und Deutschland". Graz: Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, 2017. https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/fileadmin/institute-oes/allgemeinmedizin/Publikationen/Berichte/2017/IAMEV_BMotiv-AM_final.pdf.

Schirgi, Julia. „Bewertung der allgemeinmedizinischen Lehre im Humanmedizinstudium im Ländervergleich zwischen Österreich und Slowenien und Auswirkungen auf die Berufsmotivation Allgemeinmedizin." Diplomarbeit, Medizinische Universität Graz, 2018.

Organisationsebene: Schaffung der gesetzlichen Grundlage - Lobbying:

- ÖGAM-Präsidium
- Landesgesellschaften
- Universitätsinstitute
- Universitäten
- Hausarztpraxen

Verantwortung: Gesetzesänderung - entsprechende Anträge und Abstimmung

Umsetzungspartner:

- Politik
- ÄK
- Universitäten
- Hausärzt_innen

Umsetzungsmonitor (zuletzt aktualisiert am 17.06.2018): BUND

- Med Uni Graz: existente Lehrpraxis für KPJ, finanziert, Bezeichnung als "universitäre Lehrpraxis"
- Vereinheitlichung der Anerkennung "universitäre Lehrpraxis" bundesweit läuft (Initiator: IAMEV: MedUniGRaz)

Good-practice Beispiel: *Österreich: Med Uni Graz, Europäische Länder: Deutschland*

Ansprechpartner: Rabady, Heckenthaler

M1/3.2 - Famulaturen am Land und in der Stadt

Maßnahme: gezielte Vorbereitung der Studierenden auf ihr späteres Arbeitsumfeld mit Hilfe von Famulaturen

Ziel: Förderung von AM-Famulaturen zum Kennenlernen des zukünftigen Berufsumfeldes (Land/Stadt) und etwaiger Mentor_innen bzw. Lehrpraxen, Erleben positiver Erfahrungen zur Förderung der Berufswahl

Beschreibung:

- Famulaturlehrpraxen müssen, wie KPJ-Lehrpraxen, allgemeinmedizinische Praxen, Gruppenpraxen, Primärversorgungszentren oder Primärversorgungsnetzwerke sein. Ambulatorien stellen aus Sicht der spezifischen Arbeitsweise der Allgemeinmedizin (WONCA; DEGAM) keine in deren Sinne geeigneten Ausbildungsstätten dar.

- Anzustreben ist mindestens ein verpflichtender praktischer allgemeinmedizinischer Ausbildungsteil: entweder eine verpflichtende mind. 4-wöchige allgemeinmedizinische Famulatur oder ein verpflichtender allgemeinmedizinischer Teil (mind. 4 Wochen dauernd) im KPJ.

- Voraussetzung ist die vorbehaltlose Anerkennung allgemeinmedizinischer Famulaturen im Rahmen der vorgeschriebenen Pflichtfamulaturen.

- Elementar ist die Einhaltung bestimmter Qualitätsstandards der Lehrpraxen (Ausbildung/Ausstattung/Lehrinhalte), die österreichweit gleich definiert werden sollten und deren Einhaltung durch die Universitäten kontrolliert werden sollten.

- Darüber hinaus ist eine faire Abgeltung der Lehrpraxen unabdingbar, da diese so einen elementaren Teil der universitären Lehre übernehmen.

- Die Attraktivierung der allgemeinmedizinischen Famulaturen auf Seiten der Universitäten, der Studierenden und der Lehrpraxen soll dazu dienen, vermehrt Studierenden den hausärztlichen Alltag (insbesondere auf dem Land) erfahrbar und dadurch erstrebenswert zu machen.

- Förderung von allgemeinmedizinischen Famulaturen am Land und in der Stadt durch die Gemeinden z.B. im Rahmen von Mentoringprojekten etc. mit immer wiederkehrender Rückkehr in die Mentorenpraxis während und nach dem Studium, ausreichende finanzielle Mittel für handlungsfähige Abteilungen/Institute an den Universitäten würden auch eine entsprechende Honorierung der Lehrtätigkeit in den Praxen ermöglichen

Beispiele:
Basierend auf den Erkenntnissen aus Australien und den USA wurde 2011 in Sachsen-Anhalt die „Klasse Allgemeinmedizin“ etabliert, in der 20 an Landarztmedizin interessierte Studierende pro Jahrgang durch das ganze Studium hindurch von landärztlichen Mentor_innen begleitet und an allgemeinmedizinische Aufgaben herangeführt werden. Durch gemeinsame Reflexion der praktischen Erfahrungen in der Gruppe und kontinuierlichen Unterricht in Kommunikation, Fertigkeitentraining und

integrierter Medizin wird die Ausbildung in den Praxen vorbereitet und eine gemeinsame und individuelle Kompetenz- und Habitusbildung gesichert.
Verschiedene Programme aus ländlichen Gebieten der USA (Appalachian Preceptorship; Illinois Rural Medical Education; Physician Shortage Area Program; Rural Physician Associate Program, upper peninsula program, WAMI-Program) konnten zeigen, dass durch die Förderung von Studierenden durch Maßnahmen wie Wahlpraktika, Selektion von Studierenden mit besonderem Interesse an Landarztmedizin, ländlichen Ausbildungsstellen die Quote derjenigen Studierenden, die sich für den hausärztlichen Beruf entschieden, signifikant höher lag als beim Durchschnitt.
Ausführliche Erfahrungen im Medizinstudium auf dem Land können Prädiktoren sein, eine ländliche Karriere anzustreben

Verbunden mit Maßnahmen aus:

- Universitäre Lehre
- ökonomische Wertschätzung

Argumentation:
Hausärztliche Lehrpraxen besitzen Alleinstellungsmerkmal aufgrund ihrer spezifischen Arbeitsweise im Gegensatz zu allen anderen medizinischen Sonderfächern. Daher sind Ambulanzen als Ausbildungsstätten abzulehnen, da es der Definition nach keine "primärversorgende"(weder primary care noch primary health care) Ambulanz gibt, die folgende Kriterien erfüllt: langfristige, koordinierende, familienmedizinisch orientierte, ganzheitliche, allgemein zugängliche, integrierte, personenzentrierte und umfassende gemeindenahe Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung, welche von einem Team von Fachkräften erbracht werden, welches dafür verantwortlich ist, dass der großen Mehrheit personenbezogener Gesundheitsbedürfnisse angemessen begegnet wird.
Spezifisch allgemeinmedizinisch ist, dass die Dienstleistungen in einer dauerhaften Partnerschaft mit den Patient_innen und Laienversorger_innen/-pfleger_innen unter Miteinbeziehung der Gegebenheiten in der Familie und lokalen Gemeinschaft umgesetzt werden und eine zentrale und eine zentrale Rolle in der gesamten Koordination und Kontinuität der Gesundheitsversorgung der Menschen spielen. Darüber hinaus ist dies die einzige Organisationsform, die die elementaren Kriterien des PHC-Konzeptes erfüllt (Czypionka, 2014).

In Ambulanzen kann die spezifische Arbeitsweise der Allgemeinmedizin (3 M´s) nicht dargestellt werden:

- Mehrdeutigkeit (z.B. von Symptomen, Beratungsanlässen)
- Mehrdimensionalität (Mensch als Ganzes, Umfeld, Familie, Umwelt, Wertewelt...)
- Mehrfacherkrankung

In Ambulanzen werden die Studierenden darüber hinaus nicht mit den Gegebenheiten in der Primärversorgungsebene vertraut gemacht, dies ist jedoch einer der wichtigsten Punkte, um die Wahl des Faches postgradual zu stärken!

Neben den spezifischen Notwendigkeiten am Land gibt es auch im (groß)städtischen Bereich Herausforderungen, denen die Allgemeinmedizin begegnen muss - hier zu nennen sind vor allem Herausforderungen in der Familien- und Jugendmedizin, interkulturelle Kommunikation, die Betreuung chronisch kranker Menschen(mit deutlich verminderten familiären Rückhalt), umweltmedizinische Aspekte etc.

Für Studierende, die ihr Arbeitsfeld bereits im städtischen Umfeld sehen, gilt es somit auch eine entsprechende Berufsvorbereitung zu schaffen, auch hier gehört die Neugierde auf die Allgemeinmedizin geweckt, es darf nicht der Eindruck entstehen, dass Allgemeinmedizin “nur Landmedizin” ist und im städtischen Bereich auf die Allgemeinmedizin in ihrer ureigenen Form verzichtet werden kann. Auch im städtischen Bereich muss die Wahrnehmung bestehen, dass auf hausärztliche, alle Kriterien der Spezifität der Allgemeinmedizin umfassende Versorgung in angemessener Organisationsform nicht verzichtet werden kann und dass Allgemeinmediziner_innen städtisch die gleiche Bedeutung besitzen wie auf dem Land.

Evidenzhintergrund/Referenzen

Adkins, R. J., G. R. Anderson, T. J. Cullen, W. W. Myers, F. S. Newman, und M. R. Schwarz. „Geographic and Specialty Distributions of WAMI Program Participants and Nonparticipants.“ *Journal of Medical Education* 62, Nr. 10 (Oktober 1987): 810–17.

Brazeau, N. K., M. J. Potts, und J. M. Hickner. „The Upper Peninsula Program: A Successful Model for Increasing Primary Care Physicians in Rural Areas.“ *Family Medicine* 22, Nr. 5 (1990): 350–55.

Czypionka, Thomas, und Susanna Ulinski. „Primärversorgung“. Institute for Advanced Studies, Vienna, Februar 2014. http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.602001.

Glasser, Michael, Matthew Hunsaker, Kimberly Sweet, Martin MacDowell, und Mark Meurer. „A Comprehensive Medical Education Program Response to Rural Primary Care Needs“. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 83, Nr. 10 (Oktober 2008): 952–61. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181850a02.

Henry, JA, BJ Edwards, und B Crotty. „Why Do Medical Graduates Choose Rural Careers?“.

Lang, Forrest, Kaethe P. Ferguson, Bruce Bennard, Pamela Zahorik, und Carolyn Sliger. „The Appalachian Preceptorship: Over Two Decades of an Integrated Clinical–Classroom Experience of Rural Medicine and Appalachian Culture“. *Academic Medicine* 80, Nr. 8 (August 2005): 717.

Rabinowitz, Howard K., James J. Diamond, Fred W. Markham, und Christina E. Hazelwood. „A Program to Increase the Number of Family Physicians in Rural and Underserved Areas: Impact After 22 Years“. *JAMA* 281, Nr. 3 (20. Januar 1999): 255–60. https://doi.org/10.1001/jama.281.3.255.

Stigler, Florian. „Prävention eines allgemeinmedizinischen Landärztemangels“. Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, 2017. http://allgemeinmedizin.medunigraz.at/fileadmin/institute-oes/allgemeinmedizin/Publikationen/Berichte/2017/IAMEV_Praevention-AM-Landaerztemangel_final.pdf.

Verby, John E., J. Paul Newell, Susan A. Andresen, und Walter M. Swentko. „Changing the Medical School Curriculum to Improve Patient Access to Primary Care“. *JAMA* 266, Nr. 1 (3. Juli 1991): 110–13. https://doi.org/10.1001/jama.1991.03470010114041.

Organisationsebene:

- Bundesländer
- Gemeinden
- Universitäten

Umsetzungspartner:

- Länder
- Gemeinden
- Landesgesellschaften
- Universitäten

Umsetzungsmonitor (zuletzt aktualisiert am 17.06.2018):

KLPUK	JKU	PMU	MUG	MUI	MUW

Good-practice Beispiel:

Österreich: Graz: Freiwillige Famulatur möglich, KPJ verpflichtend, LandarztZUKUNFT (MedUNiGraz), Innsbruck: "AM-KPJ am Land" besteht seit vielen Jahren - Famulatur freiwillig 2 Wochen zwischen 5. – 10. Semester (unabhängig vom KPJ)
Wien: Famulatur ja, freiwillig, 2-4- Wochen vor KPJ

Salzburg: Land.Arzt.Leben: Summer School und Förderung von KPJ und Famulatur Allgemeinmedizin (vorerst) in der Region Tennengau; Lehrpraxistage Allgemeinmedizin im Rahmen von Pflichtlehrveranstaltungen ab dem 1 SJ (PMU).

Europäische Länder: Übersicht Deutschland [L.Barthen: Raus aufs Land während des Medizinstudiums Z Allg Med | 2016; 92 (11)], wie z.B. Land in Sicht (Bayern), Landarzt, Lass dich nieder, Landarztmacher, Landarztklasse

Ansprechpartner: Poggenburg, Hoffmann

M1/3.3 - Klinisch-praktisches Jahr

Maßnahme: alle Medizinstudierenden lernen Kompetenzen und Limitationen in der Primärversorung/AM kennen und verstehen, dies soll die spätere Zusammenarbeit verbessern

Ziel: an ALLEN medizinischen Universitäten ist ein verpflichtendes allgemeinmedizinisches Praktikum von mindestens 4 Wochen im klinisch praktischen Jahr zu etablieren.

Beschreibung: Ziel sollte es sein, österreichweit einheitlich einen zumindest 4 wöchigen Pflichtteil in der Allgemeinmedizin mit den gleichen Rahmenbedingungen einzuführen - dies gilt sowohl für die Universitäten untereinander als auch für die Rahmenbedingungen im Vergleich zum KPJ in Krankenhäusern - Aufwandsentschädigung für Studierende, einheitliche Akkreditierungen etc. Zusätzlich sollte dieser (freiwillig) verlängert werden können.

- Voraussetzung: KPJ-Lehrpraxen müssen (gleich wie Famulaturlehrpraxen) allgemeinmedizinische Praxen, Gruppenpraxen, Primärversorgungszentren oder Primärversorgungsnetzwerke sein.

- Es soll mit dieser Maßnahme auch der Exzellenzgedanke (z.B. auch Exzellenzprogramm Wien) gefördert werden.

- Ziel des verpflichtenden Ausbildungsteil in der Allgemeinmedizin für ALLE Medizinstudierenden ist es, auch spätere Fachärzt_innen, welche niemals in der Niederlassung arbeiten werden, Verständnis und Einblick in die Primärversorgung und ihre Möglichkeiten zu geben, damit diese in ihrer beruflichen Zusammenarbeit mit dem Primärversorgungssektor bzw. betreffend z.B. der Patientenbetreuung im allgemeinmedizinischen Bereich Kompetenzen und Limitationen kennen und schätzen lernen.

Verbunden mit Maßnahmen aus:
- Basisausbildung
- Pflichtfamulatur: Pflichtanteile Allgemeinmedizin nicht in allen Abschnitten, s. Fallstricke
- ökonomische/finanzielle Wertschätzung

Argumentation: Das verpflichtende KPJ in Graz, Innsbruck und Salzburg wird von den Studierenden gut akzeptiert; in Graz kann man einer internen längsschnittlichen Untersuchung des IAMEVs zufolge einen positiven Einfluss des KPJ auf die Präferenz zur Allgemeinmedizin erkennen [Publikation in Arbeit]. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass ein Großteil der Studierenden sich unabhängig von der Facharztpräferenz generell mehr allgemeinmedizinische Inhalt wie aber auch mehr praktische Erfahrung in der AM wünscht. (Poggenburg, 2017; Schirgi, 2018)

Ambulanzen als Ausbildungsstätten sind abzulehnen (s.o.), Begründung:
Hausärztliche Lehrpraxen besitzen Alleinstellungsmerkmal aufgrund ihrer spezifischen Arbeitsweise im Gegensatz zu allen anderen medizinischen Sonderfächern. Daher sind

Ambulanzen als Ausbildungsstätten abzulehnen, da es der Definition nach keine "primärversorgende" (weder primary care noch primary health care) Ambulanz gibt, die folgende Kriterien erfüllt: langfristige, koordinierende, familienmedizinisch orientierte, ganzheitliche, allgemein zugängliche, integrierte, personenzentrierte und umfassende gemeindenahe Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung, welche von einem Team von Fachkräften erbracht werden, welches dafür verantwortlich ist, dass der großen Mehrheit personenbezogener Gesundheitsbedürfnisse angemessen begegnet wird.
Spezifisch allgemeinmedizinisch ist, dass die Dienstleistungen in einer dauerhaften Partnerschaft mit den Patient_innen und Laienversorger_innen/-pfleger_innen unter Miteinbeziehung der Gegebenheiten in der Familie und lokalen Gemeinschaft umgesetzt werden und eine zentrale und eine zentrale Rolle in der gesamten Koordination und Kontinuität der Gesundheitsversorgung der Menschen spielen. Darüber hinaus ist dies die einzige Organisationsform, die die elementaren Kriterien des PHC-Konzeptes erfüllt. (Czypionka, 2014)

In Ambulanzen kann die spezifische Arbeitsweise der Allgemeinmedizin (3 M´s) nicht dargestellt werden:

- Mehrdeutigkeit (z.B. von Symptomen, Beratungsanlässen)
- Mehrdimensionalität (Mensch als Ganzes, Umfeld, Familie, Umwelt, Wertewelt...)
- Mehrfacherkrankung

In Ambulanzen werden die Studierenden darüber hinaus nicht mit den Gegebenheiten in der Primärversorgungsebene vertraut gemacht, dies ist jedoch einer der wichtigsten Punkte, um die Wahl des Faches postgradual zu stärken.

Eine Vereinheitlichung der KPJ-Regelungen in Gesamtösterreich ergibt auch einen positiven Druck auf die privaten Universitäten bzw. könnte die Akkreditierung der Universitäten entsprechend daran geknüpft sein. Eine Vereinheitlichung der Lehrpraxis-Akkreditierung in ganz Österreich (bzw. wie schon jetzt bestehend einfache Möglichkeiten, universitäre Lehrpraxis für mehrere Unis zu werden) gepaart mit Förderprogrammen für KPJ von Gemeinden etc. dürfte auch die Problematik der z.T. großen notwendigen Zahlen an Praxen (Wien 660 Studierende) lösen - diese verteilen sich letztendlich ebenfalls auf variable Zeitslots..

Evidenzhintergrund/Referenzen:

Czypionka, Thomas, und Susanna Ulinski. „Primärversorgung". Institute for Advanced Studies, Vienna, Februar 2014. http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.602001.

„KBV - Berufsmonitoring Medizinstudenten". Zugegriffen 22. Juli 2018. http://www.kbv.de/html/5724.php.

Poggenburg, Stephanie, Andrea Siebenhofer-Kroitzsch, Alexander Avian, Klaus Jeitler, und Andrea Berghold. „Erhebung der Berufsmotivation zur Allgemeinmedizin von Studierenden und jungen Ärzt/-innen in Österreich und Deutschland". Graz: Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, 2017. https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/fileadmin/institute-oes/allgemeinmedizin/Publikationen/Berichte/2017/IAMEV_BMotiv-AM_final.pdf.

Schirgi, Julia. „Bewertung der allgemeinmedizinischen Lehre im Humanmedizinstudium im Ländervergleich zwischen Österreich und Slowenien und Auswirkungen auf die Berufsmotivation Allgemeinmedizin." Diplomarbeit, Medizinische Universität Graz, 2018.

Organisationsebene:
- Länder
- Sozialversicherungen
- Universitäten

Umsetzungspartner:
- Länder
- Sozialversicherungen
- Universitäten (allem voran den staatlichen Universitäten wo noch keine Verpflichtung besteht (selbstverständlich wünschenswert auch an sämtlichen Privatunis…)

Umsetzungsmonitor (zuletzt aktualisiert am 17.06.2018):

KLPUK	**JKU**	**PMU**	**MUG**	**MUI**	**MUW**

Good-practice Beispiel:

Österreich: Exzellenzprogramm Wien - MedUni Wien: KPJ freiwillig, 8-16 Wochen -KPJ Studierende bekommen die gleiche Aufwandsentschädigung wie im Krankenhaus.

Meduni Graz: 1 Zeitslot (= 4 Wochen) AM verpflichtend, ein weiterer Monat freiwillig möglich, Entlohnung 1000€ für Lehrpraxis/Monat

MU Innsbruck

PMU Salzburg: 4 Wochen KPJ Allgemeinmedizin verpflichtend, weitere Wochen im Rahmen der elektiven KPJ-Zeit möglich

Ansprechpartner: Huter, Hoffmann

M1/3.4 - Mehrfache Praktika und wiederkehrender Kontakt zur AM während des Studiums

Maßnahme: mehrfache positive Kontakte mit der Allgemeinmedizin erhöhen die Chance der Berufswahl
Ziel: Studierende kommen in vielfältiger Weise und durch mehrfache Praktika in Kontakt mit der AM **Beschreibung:** Innerhalb des Medizinstudiums sollte es mehrfache, möglichst praxisorientierte Kontakte zum Fach Allgemeinmedizin geben, z.B. auch in Form verpflichtender Blockpraktika (auch verknüpfen mit KPJ-Programm und Land-/ Stadtarztfamulatur)
Verbunden mit Maßnahmen aus: ● Fachausbildung ● Niederlassung
Argumentation: Insbesondere breit angelegte Programme zur Förderung allgemeinmedizinischen Nachwuchses scheinen effektiv zu sein. Je mehr Zeit im klinischen Abschnitt in der Allgemeinmedizin verbracht wurde, desto höher war die Berufswahl Allgemeinmedizin (Senf, 2003). Verschiedene Programme aus ländlichen Gebieten der USA (Appalachian Preceptorship; Illinois Rural Medical Education; Physician Shortage Area Program; Rural Physician Associate Program, upper peninsula program, WAMI-Program) konnten zeigen, dass durch die Förderung von Studierenden durch Maßnahmen wie Wahlpraktika, Mentoring, speziellen Curricula, Kompetenzsteigerungen praktisch ärztlicher Tätigkeit und positiven Erfahrungen mit Hausarztmedizin die Quote derjenigen Studierenden, die sich für den Hausarztberuf entschieden, signifikant höher lag als beim Durchschnitt. Einen Teil im PJ in der Allgemeinmedizin zu verbringen, wirkte sich insbesondere bei denjenigen Studierenden positiv auf ihre Motivation zur Allgemeinmedizin aus, die die neue Wahrnehmung wertschätzten und die allgemeinmedizinischen Lehrärzt_innen positiv empfanden (Abendroth, 2014). Das Blockpraktikum führt in Deutschland zu einer positiven Entwicklung der Einstellung bei Studierenden beider Geschlechter zur Allgemeinmedizin (bei Frauen aber mehr), wohingegen sich Studierende des Modell- bzw. Regelstudiengangs in ihren Einstellungen nicht unterschieden. Studierende, die sich im Verlauf für AM entscheiden, weisen mehr mehrfache Kontakte zur AM im Studium auf als solche, die sich nicht für AM entscheiden. (Kruschinski, 2011; Deutsch, 2014) Die Arbeit des IAMEV zur Berufsmotivation konnte im Vergleich zwischen Österreich und Slowenien zeigen, dass einerseits die Slowen_innen die allgemeinmedizinische Lehre positiver beurteilten, andererseits signifikant häufiger nur Allgemeinmediziner_innen werden wollten. Praktische Erfahrungen, die positiv wahrgenommen wurden, führten mit

einer Signifikanz in beiden Ländern dazu, dass Allgemeinmedizin als Fach präferiert wurde (Lang, 2005).

Evidenzhintergrund/Referenzen:

Abendroth, Jens, Ute Schnell, Thomas Lichte, Matthias Oemler, und Andreas Klement. „Motives of former interns in general practice for speciality-choice − Results of a cross-sectional study among graduates 2007 to 2012“. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 31, Nr. 1 (17. Februar 2014). https://doi.org/10.3205/zma000903.

Adkins, R. J., G. R. Anderson, T. J. Cullen, W. W. Myers, F. S. Newman, und M. R. Schwarz. „Geographic and Specialty Distributions of WAMI Program Participants and Nonparticipants.“ *Journal of Medical Education* 62, Nr. 10 (Oktober 1987): 810–17.

Brazeau, N. K., M. J. Potts, und J. M. Hickner. „The Upper Peninsula Program: A Successful Model for Increasing Primary Care Physicians in Rural Areas.“ *Family Medicine* 22, Nr. 5 (1990): 350–55.

Deutsch, T., S. Lippmann, T. Frese, und H. Sandholzer. „Gewinnung hausärztlichen Nachwuchses – Zusammenhang zwischen praxisorientierter Lehre und Karriereentscheidung“. *Das Gesundheitswesen* 76, Nr. 01 (2. April 2013): 26–31. https://doi.org/10.1055/s-0033-1334933.

Glasser, Michael, Matthew Hunsaker, Kimberly Sweet, Martin MacDowell, und Mark Meurer. „A Comprehensive Medical Education Program Response to Rural Primary Care Needs“. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 83, Nr. 10 (Oktober 2008): 952–61. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181850a02.

Kruschinski, Carsten, Birgitt Wiese, Jörg Eberhard, und Eva Hummers-Pradier. „Attitudes of medical students towards general practice: Effects of gender, a general practice clerkship and a modern curriculum“. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung* 28, Nr. 1 (4. Februar 2011). https://doi.org/10.3205/zma000728.

Lang, Forrest, Kaethe P. Ferguson, Bruce Bennard, Pamela Zahorik, und Carolyn Sliger. „The Appalachian Preceptorship: Over Two Decades of an Integrated Clinical-Classroom Experience of Rural Medicine and Appalachian Culture“. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 80, Nr. 8 (August 2005): 717–23.

Schirgi, Julia. „Bewertung der allgemeinmedizinischen Lehre im Humanmedizinstudium im Ländervergleich zwischen Österreich und Slowenien und Auswirkungen auf die Berufsmotivation Allgemeinmedizin.“ Diplomarbeit, Medizinische Universität Graz, 2018.

Senf, Janet H., Doug Campos-Outcalt, und Randa Kutob. „Factors Related to the Choice of Family Medicine: A Reassessment and Literature Review“. *The Journal of the American Board of Family Practice* 16, Nr. 6 (11. Januar 2003): 502–12. https://doi.org/10.3122/jabfm.16.6.502.

Stigler, Florian. „Prävention eines allgemeinmedizinischen Landärztemangels“. Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, 2017. http://allgemeinmedizin.medunigraz.at/fileadmin/institute-oes/allgemeinmedizin/Publikationen/Berichte/2017/IAMEV_Praevention-AM-Landaerztemangel_final.pdf.

Verby, John E., J. Paul Newell, Susan A. Andresen, und Walter M. Swentko. „Changing the Medical School Curriculum to Improve Patient Access to Primary Care“. *JAMA* 266, Nr. 1 (3. Juli 1991): 110–13. https://doi.org/10.1001/jama.1991.03470010114041.

Organisationsebene:

- Institute für Allgemeinmedizin
- Universitäten
- Beschluss eines gemeinsamen, österreichweiten Curriculums Allgemeinmedizin

Umsetzungspartner:

- Medizinische Universitäten Österreichs

Umsetzungsmonitor (zuletzt aktualisiert am 17.06.2018):

KLPUK	**JKU**	**PMU**	**MUG**	**MUI**	**MUW**

Good-practice Beispiel:

Österreich: LandarztZUKUNFT (MedUniGraz), verpflicht. KPJ AM in Graz
Salzburg: Land.Arzt.Leben Förderung von KPJ und Famulatur Allgemeinmedizin (vorerst) in der Region Tennengau
Innsbruck: Mentoringprogramm AM 1. – 10. Semester, 2 Wochen Famulatur AM, 4 Wochen verpflichtendes KPJ AM und weitere bis zu insgesamt 12 Wochen freiwilliges KPJ AM möglich in Innsbruck

Europäische Länder: flächendeckend verpflichtende Blockpraktika in Deutschland (Umfang: 2 Wochen)

Ansprechpartner: Poggenburg, Hoffmann

M1/4 - Weitere wichtige Ausbildungsangebote

M1/4.1 – Diplomarbeiten

Maßnahme: Aufwertung der Allgemeinmedizin durch relevante Versorgungsforschung i.R. von universitären Diplomarbeiten und Forschung

Ziel: Förderung von Diplomarbeiten / Forschung an allgemeinmedizinischen Instituten

Beschreibung:
Weniger wichtig für die Rekrutierung von Hausärzt_innen per se, aber wichtig für die Wertschätzung und Akademisierung sowie Weiterentwicklung des Faches, aber auch die versorgungsrelevante Betrachtung des Gesundheitssystems sind Forschungen und Studien, die sich oftmals auch gut i.R. von Diplomarbeiten umsetzen lassen. Forschungsförderung und auch die Rekrutierung akademischen Nachwuchses und die Generierung von “Change Agents” hängen damit zusammen.

Wie viele allgemeinmedizinische Diplomarbeiten betreut werden können, hängt nicht zuletzt auch mit den personellen Ressourcen und dem Vorhandensein von Abteilungen für AM zusammen.

Verbunden mit Maßnahmen aus:

- Facharzt für Allgemeinmedizin
- strukturelle Aufwertung
- ökonomische Wertschätzung

Argumentation: Diplomarbeiten allgemeinmedizinischer Institute werten die Allgemeinmedizin elementar dadurch auf, dass sie belegen, dass die Allgemeinmedizin und ihre Arbeitsweisen wichtige Forschungsgegenstände sind. Im Hinblick auf das Standing der universitären Allgemeinmedizin, die schon das Manko aufweist, in den allermeisten Fällen nicht intramural ihre Fachspezifität in der Patientenversorgung demonstrieren zu können, ist die Forschung also ein probates Mittel, gegenüber den anderen klinischen Fächern Ebenbürtigkeit zu demonstrieren (Orso, 2017).
Insbesondere im internationalen Umfeld zeichnen sich die Länder, die vorbildhaft für ihre Primärversorgung herangezogen werden, dadurch aus, dass sie in der Versorgungsforschung und was das Forschungsoutput betrifft, hochaktiv sind (de Maesener, 2001; Hilton, 2000).
Durch die Arbeit in Forschungspraxis-Netzwerken gelingt eine Anbindung von Hausarztpraxen an die akademische Allgemeinmedizin, wovon beide Seiten profitieren können: einerseits führt dies zu einer ständigen Aktualisierung des Wissens in Hausarztpraxen, die am universitären Wissen teilhaben können, als auch der Beforschung tatsächlich relevanter Inhalte aus dem Hausarztbereich, die durch die tatsächlich am Patienten arbeitenden Hausärzte eingebracht werden können (Poggenburg, 2017)

Evidenzhintergrund/Referenzen:

Hilton, Sean, und Yvonne H Carter. „Academic Careers in General Practice and Primary Care“. *Medical Education* 34, Nr. 11 (21. November 2000): 910–15. https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2000.00727.x.

Maeseneer, Jan De, und Chris van Weel. „Research in general practice in Europe: A growing community“. *European Journal of General Practice* 7, Nr. 3 (1. Januar 2001): 90–91. https://doi.org/10.3109/13814780109080867.

Orso, Michael. „Forschungsfragen aus Hausarztpraxen“. https://online.medunigraz.at/mug_online/wbabs.getDocument?pThesisNr=52962&pAutorNr=79664&pOrgNR=1.

Poggenburg, Stephanie, Manuel Reinisch, Reinhild Höfler, Florian Stigler, Alexander Avian, und Andrea Siebenhofer. „General practitioners in Styria – who is willing to take part in research projects and why?“ *Wiener Klinische Wochenschrift* 129, Nr. 21 (2017): 823–34. https://doi.org/10.1007/s00508-017-1244-5.

Organisationsebene:

- Universitäten
- Institute für Allgemeinmedizin

Umsetzungspartner:

- Allgemeinmedizinische Institute/Abteilungen
- derzeit des öfteren: SV (Drittmittel)
- BM Gesundheit und Wissenschaft

Umsetzungsmonitor (zuletzt aktualisiert am 17.06.2018):

KLPUK	JKU	PMU	MUG	MUI	MUW

Good-practice Beispiel:

Österreich: MUW: über 100 abgeschlossene Diplomarbeiten – Förderungen ÖGAM, MU Innsbruck (10 abgeschlossene Diplomarbeiten, Förderungen durch TGAM/ÖGAM möglich), IAMEV und MUW sowie PMU - Förderungen u.a. durch ÖGAM-Förderpreis DA

Europäische Länder: Großbritannien, Niederlande, Dänemark

Ansprechpartner: Poggenburg, Hoffmann

M1/4.2 - Mentoring

Maßnahme: Mentoring als unterstützende Maßnahme kann das berufliche Sicherheitsgefühl erhöhen

Ziel: allgemeinmedizinische Mentoringprogramme für interessierte Medizinstudierende verfügbar machen

Beschreibung:
Mentoringprogramme in hausärztlichen Praxen ermöglichen die frühzeitige Förderung von allgemeinmedizinisch interessierten Studierenden und den regelmäßigen positiv erlebten und persönlichen Kontakt mit der Allgemein- und Familienmedizin.

Zur Sicherung der Qualität und Einhaltung eines einheitlichen Qualitätsstandards ist eine universitäre Anbindung/Begleitung essentiell.

Verbunden mit Maßnahmen aus:
- Fachausbildung

Argumentation:
Bei vielen Studierenden in der Schweiz konnte das Interesse u.a. durch ein Mentoringprogramm an der hausärztlichen Medizin geweckt werden (Trachsel, 2010).
Enge Kooperation eines ländlichen Lehrkrankenhauses mit einem universitären Institut für Allgemeinmedizin kann erhebliche positive Effekte im Hinblick auf den ärztlichen Nachwuchs haben (Barth, 2017).
Untersuchungen zeigen zudem, dass ein Bedarf an Mentoringprogrammen besteht (Broermann, 2014).
Die Bindung an Mentor_innen sowie beständiger Patientenkontakt fördern das Interesse an der landärztlichen Medizin (Kruschinski, 2011).
Studierende (CH) haben während des Studiums oft noch keine genaue Vorstellung davon, was sie später beruflich machen wollen. Während der Zeit des Einzeltutoriats sind signifikant mehr Studierende an einer Tätigkeit in der primärärztlichen Grundversorgung interessiert (Halter, 2005).
Internationale Studien unterstützen die Wertigkeit einer longitudinalen persönlichen Betreuung von an Hausarztmedizin interessierten Studierenden (Stagg, 2009; Zink, 2010)

Evidenzhintergrund/Referenzen:

Barth, Niklas, Constanze Storr, Ulrike Bechtel, Jörg Schelling, und Antonius Schneider. „‚Die sind hier Hausärzte mit Leib und Seele und das steckt an' - Eine qualitative Vergleichsstudie des PJ-Modellprojekts „Ausbildungskonzept Allgemeinmedizin Dillingen" (AKADemie)". *Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZFA)*, Nr. 02/2017: 5. https://doi.org/DOI: 10.3238/zfa.2017.0068-0072.

Gerlach, Ferdinand, und Monika Sennekamp. „Sinnvoll und vom Nachwuchs erwünscht: Mentoring in der Weiterbildung Allgemeinmedizin - Online ZFA". *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, Nr. 12/2014. Zugegriffen 22. Juli 2018. https://doi.org/DOI: 10.3238/zfa.2014.0502-0507.

Halter, Ursina, Peter Tschudi, Klaus Bally, und Ruedi Isler. „Berufsziel von Medizinstudierenden". http://praxis-hegibach.ch/styled-3/downloads-9/files/berufsziele.pdf.

Kruschinski, Carsten, Birgitt Wiese, Jörg Eberhard, und Eva Hummers-Pradier. „Attitudes of medical students towards general practice: Effects of gender, a general practice clerkship and a modern

curriculum“. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung* 28, Nr. 1 (4. Februar 2011). https://doi.org/10.3205/zma000728.

Stagg, P., J. Greenhill, und P. S. Worley. „A New Model to Understand the Career Choice and Practice Location Decisions of Medical Graduates“. *Rural and Remote Health* 9, Nr. 4 (Dezember 2009): 1245.

Stigler, Florian. „Prävention eines allgemeinmedizinischen Landärztemangels“. Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, 2017. http://allgemeinmedizin.medunigraz.at/fileadmin/institute-oes/allgemeinmedizin/Publikationen/Berichte/2017/IAMEV_Praevention-AM-Landaerztemangel_final.pdf.

Trachsel, Schaufelberger M. „GMS | GMS Journal for Medical Education | Evaluation Eines Neuen Mentoring-Programms Für Medizinstudierende in Der Hausärztlichen Grundversorgung: Erfahrungen von Studierenden Und Lehrärzten“. Zugegriffen 22. Juli 2018. https://www.egms.de/static/en/journals/zma/2010-27/zma000679.shtml.

Zink, Therese, David V. Power, Kenneth Olson, Ilene B. Harris, und Kathleen D. Brooks. „Qualitative Differences between Traditional and Rural-Longitudinal Medical Student OSCE Performance“. *Family Medicine* 42, Nr. 10 (1. November 2010): 707–11.

Organisationsebene: Universitäten

Umsetzungspartner:
- Universitäten
- Fachgesellschaft
- Landesgesellschaften
- Gemeinden - Interesse an der Lösung der Nachfolgeproblematik

Umsetzungsmonitor (zuletzt aktualisiert am 17.06.2018):

KLPUK	**JKU**	**PMU**	**MUG**	**MUI**	**MUW**

Good-practice Beispiel:

Beispiel MedUni Innsbruck – 4x pro Semester Halbtagsschnuppern. 1 Wahlpflichtfachstunde, Lehrpraxisleiter kriegt einen halben Lehrauftrag über eine Semesterwochenstunde; bis 5 Mentees/ Semester/ Mentor möglich; Fahrtkostenzuschüsse für Studierenden bei Absolvierung im ländlichen Bereich; engagierte Einzelbeispiele

PMU Salzburg: Mentoring Angebot für Studierenden an der PMU ab dem 1.Studienjahr

MUW: Mentoring allgemein existiert, Mentoring AM wird soeben aufgebaut.

JKU: Mentoring in Planung

Europäische Länder: “Klasse Allgemeinmedizin” (Sachsen), Slowenien

Ansprechpartner: Poggenburg

M1/4.3 - Positive Rollenvorbilder / Qualitätssicherung

Maßnahme: positive Erfahrungen haben, ebenso wie negative Erfahrungen, große Auswirkung auf die Berufswahl - eine Qualitätssicherung ist daher unumgänglich

Ziel: Entwicklung einer Definition von positiven Rollenvorbildern und von Maßnahmen zur Messung und Qualitätskontrolle - "positive Rolemodels"

Beschreibung: Positive Rollenvorbilder insbesondere in der praktischen Ausbildung führen dazu, dass sich Studierende für Allgemeinmedizin entscheiden

Verbunden mit Maßnahmen aus:

- praktische und theoretische allgemeinmedizinische Lehre

Argumentation: Positive Rollenvorbilder haben einer Reihe nationaler und internationaler Studien zufolge einen massiven Einfluss darauf, ob sich Studierende für den hausärztlichen Beruf entscheiden. Umgekehrt konnte aber auch gezeigt werden, dass negative Erfahrungen dazu führen, dass Studierende die Allgemeinmedizin ablehnen (Schirgi, 2018). Daher sollte einerseits darauf geachtet werden, dass lehrende Hausärzt_innen einer zu definierenden Qualifikation nach positive Rollenvorbilder sind; inneruniversitär aber ebenfalls darauf geachtet werden, dass Wissenschaftler_innen sich ebenfalls trotz konkurrenzbesetzter universitärer Umgebung an die Regeln des "Good Scientific Practice" halten.

Evidenzhintergrund/Referenzen:

Dunkler-Schmidt, C., A Breetholt, und S Gesenhues. „Blockpraktikum in der Allgemeinmedizin: 15 Jahre Erfahrung an der Universität Duisburg-Essen", Nr. 2009.

Maiorova, Tanja, Fred Stevens, Albert Scherpbier, und Jouke van der Zee. „The Impact of Clerkships on Students' Specialty Preferences: What Do Undergraduates Learn for Their Profession?" *Medical Education* 42, Nr. 6 (Juni 2008): 554–62. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03008.x.

Poggenburg, Stephanie, Andrea Siebenhofer-Kroitzsch, Alexander Avian, Klaus Jeitler, und Andrea Berghold. „Erhebung der Berufsmotivation zur Allgemeinmedizin von Studierenden und jungen Ärzt/-innen in Österreich und Deutschland". Graz: Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, 2017. https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/fileadmin/institute-oes/allgemeinmedizin/Publikationen/Berichte/2017/IAMEV_BMotiv-AM_final.pdf.

Schäfer, Hans-Michael, Monika Sennekamp, Katja Gilbert, und Ferdinand Gerlach. „Kann das Blockpraktikum Allgemeinmedizin Studierende in ihrer Wahrnehmung der Berufszufriedenheit von Hausärzten beeinflussen?", Nr. 03/2010. https://doi.org/10.3238/zfa.2010.0109.

Schirgi, Julia. „Bewertung der allgemeinmedizinischen Lehre im Humanmedizinstudium im Ländervergleich zwischen Österreich und Slowenien und Auswirkungen auf die Berufsmotivation Allgemeinmedizin." Diplomarbeit, Medizinische Universität Graz, 2018.

Scott, Ian, Bruce Wright, Fraser Brenneis, Pamela Brett-MacLean, und Laurie McCaffrey. „Why would I choose a career in family medicine?" *Canadian Family Physician* 53, Nr. 11 (November 2007): 1956–57.

Stahn, Bonnie, und Sigrid Harendza. „Vorbilder spielen die größte Rolle – eine qualitative Studie zu Gründen für die Wahl der ärztlichen Weiterbildung an einem Universitätsklinikum". *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 31, Nr. 4 (17. November 2014). https://doi.org/10.3205/zma000937.

Organisationsebene:
- Hausärzt_innen
- Universitäten

Umsetzungspartner: Universitäten, Landesgesellschaften und ÖGAM, EURACT

Umsetzungsmonitor (zuletzt aktualisiert am 17.06.2018):

KLPUK	**JKU**	**PMU**	**MUG**	**MUI**	**MUW**

Good-practice Beispiel:

Österreich: Tirol: Kontakt mit positiven Role-Models im Rahmen der Vorlesungen, Mentoring
PMU: Role-Models: Lehrärzt_innen für Allgemeinmedizin werden im Rahmen des Mentoring-Angebotes, Famulaturen, Vorlesungen und Praktika in der Lehrpraxis eingebunden.
MUG: Beurteilung der universitären Lehrpaxen durch Studierende, Wahlpflichtfach SSM 40 Allgemeinmedizin als zusätzliche Möglichkeit, um mit Hausärzt_innen in Kontakt zu kommen

Ansprechpartner: Poggenburg

M2 - Fachausbildung

Hintergrundinformation

Mit dem Jahr 2015 ist die “Ausbildungsordnung neu” in Kraft getreten. Die neue Ausbildung im Fach Allgemein- und Familienmedizin ist in ihrer Dauer kürzer als andere Fachausbildungen, die verpflichtende Lehrpraxis wurde eingeführt. Die Finanzierung derselben war zu lange ungeklärt, was zu großer Verunsicherung geführt hat. Vielerorts hat die Ausbildungsqualität nicht zugenommen, bei zusätzlich in Kraft tretendem Arbeitszeitgesetz und mangelnden personellen Ressourcen sich mancherorts die Ausbildung gar verschlechtert.

Nach wie vor in Diskussion ist der fachärztliche Status für Allgemein- und Familienmedizin. Auch eine prozesshafte, stetige Weiterentwicklung der Fachausbildung und des Fächerkanons, angepasst an die sich wandelnden Anforderungen des Berufes, ist notwendig.

Die neue Ausbildung im Fach Allgemeinmedizin ist im Vergleich zu früher ein Fortschritt vor allem in drei Aspekten:

1. die verpflichtende allgemeinmedizinische Lehrpraxis von zuerst 6 Monaten Dauer, dann 9 Monate, dann 12 Monate.
2. die AM-Ausbildung ist nicht mehr die „Vorausbildung“ für Sonderfächer, sondern hat nun Eigenständigkeit.
3. Das Klinisch Praktische Jahr (allerdings noch ohne flächendeckenden Allgemeinmedizin-Anteil) und die Basisausbildung für alle entsprechen nun mit 21 Monaten fast 2/3 der bisherigen Turnusausbildungszeit.

Die Verbesserung der Ausbildungsqualität ist durch Kriterien im §9 der Ärzteausbildungsordnung (Anerkennung der Ausbildungsstätten) beschrieben, aber nicht ausreichend umgesetzt. Es fehlen nach wie vor im stationären Bereich qualitätssichernde Elemente:

1. Ausbildungsbeauftragte mit Zeitbudget für die Ausbildung,
2. eine formative anstelle einer summativen Evaluierung, in der die erworbenen Kompetenzen stufenweise bestätigt werden,
3. Ausbildungskonzepte z.B. entsprechend dem EPA-Ausbildungskonzept für die allgemeinmedizinische Lehrpraxis.

Die intramurale postgraduale Ausbildung ist ein Berufsabschnitt, in dem primär Leistungen als Hilfsärzt_innen erbracht werden. Gezielte Förderung, Feedback, Austausch mit Mentoren der angestrebten Berufsgruppe fehlen weitgehend. Chancen zur Unterstützung und Motivierung des allgemeinmedizinischen ärztlichen Nachwuchses werden kaum genutzt.

Den Ärztekammern als Verantwortliche für die Ausbildung sollte die Möglichkeit eingeräumt werden, auf die ärztliche Ausbildung der Allgemein- und Familienmedizin didaktisch Einfluss zu nehmen. Ermächtigungen für die intramurale Ausbildung werden weitgehend nach formalen Kriterien erteilt. Eine didaktische Qualifikation ist in der Ausbildungsordnung nicht vorgesehen. Eine Beurteilung der Qualität von intramuralen Weiterbildungseinrichtungen durch externe Evaluation findet kaum statt.

M2 - Maßnahmenübersicht

		Einzelmaßnahme	Charakteristika	verbunden mit
M2/1	**Umbenennung in Ausbildung zum Facharzt für AM**			5/1
			Anerkennung als Fach Allgemein- und Familienmedizin	
M2/2	**Qualitätssicherung der Ausbildung**	Verbesserung der Ausbildung und der Ausbildungsqualität in der Fachausbildung	Attraktivierung durch Verbesserung der Ausbildungsqualität	1
M2/2.1		Kompetenzzentren für Weiterbildung - Ausbildungsverbünde	Planungssicherheit und Kontinuität (örtlich, Betreuung, Mentoring etc.)	
M2/2.2		Begleitendes Mentoring während der Ausbildung	Förderung der professionellen Entwicklung	1, 3/1, 3/2
M2/2.3		Begleitseminare in der Ausbildung	mit allgemeinmedizinischem Fokus und Primärversorgungsrelevanz	1, 3/1, 3/2
M2/2.4		Qualitätssicherung der intramuralen Ausbildung	im stationären Bereich - z.B. EPAs	
M2/3	**Lehrpraxisumsetzung**			
M2/3.1		Lehrpraxisfinanzierung		5/1, 5/2, 6/6
M2/3.2		Lehrpraxisverlängerung		
M2/4	**Prozesshafte, stetige Weiterentwicklung der Fachausbildung**		Vorschläge zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Ausbildungsqualität	
M2/4.1		Weiterentwicklung des Fächerkanons und Anpassung der Ausbildungsdauer (längerfristig)	inhaltliche Optimierung (kleine Fächer), Anpassung der Ausbildungsdauer	5/2.3, 6/1

M2/1 - Umbenennung in Ausbildung zum Facharzt für Allgemein- und Familienmedizin

Maßnahme: Umwandlung der bestehenden Ausbildung zum Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin in einen Facharzt/Fachärztin für Allgemein- und Familienmedizin

Ziel: Erhöhung der Attraktivität der Allgemeinmedizin-Ausbildung durch Beseitigung formaler und semantischer Abwertung gegenüber den Sonderfächern.

Beschreibung:
Bis dato besteht ein semantischer Unterschied in der Bezeichnung als Arzt für Allgemeinmedizin im Vergleich zum Facharzt-Titel der Sonderfächer. Da dies historisch und im gesellschaftlichen Kontext als Geringschätzung wahrgenommen wird, ist es für die Attraktivität der Ausbildung durchaus relevant, in den Begrifflichkeiten den Sonderfächern gleichgestellt zu werden. Die generalistische Disziplin Allgemein- und Familienmedizin verfügt über ein eigenes Spezialwissen und eigene Forschungsgegenstände. Ihre Ausübung verlangt spezielle Kompetenzen und fachspezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten, sowie spezielle Arbeitsmittel, von denen einige durch Zeitintensität gekennzeichnet sind. Die Allgemeinmedizin definiert sich durch ihre spezifische Arbeitsweise, die im Primärversorgungsbereich Einzigartigkeit in Bezug auf Effizienz und Therapieerfolg besitzt.
Lediglich die Slowakei und Italien haben wie Österreich im europäischen Vergleich keinen fachärztlichen Status in der Allgemeinmedizin.

Evidenzhintergrund/Referenzen:

Abholz, Heinz-Harald, Attila Altiner, Ottomar Bahrs, Martin Beyer, Jean-F. Chenot, Norbert Donner-Banzhoff, Ferdinand Gerlach, und Antonius Schneider. „Allgemeinmedizin - spezialisiert auf den ganzen Menschen“, November 2012. https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf.

Abholz, Heinz-Harald, Uwe Kurzke, und Hans-E. Singer. „Abholz - Warum ist die Allgemeinmedizin notwendig und was benötigt sie?“ *Z Allg Med 2015:91:160-165*, Nr. 05/2015. https://www.online-zfa.de/archiv/ausgabe/artikel/zfa-5-2015/48535-heinz-harald-abholz-warum-ist-die-allgemeinmedizin-notwendig-und-was-benoetigt-sie-z-allg-me/.

Braun, Robert, Waltraud Fink, und Gustav Kamenski. *Lehrbuch der Allgemeinmedizin*. 1.Auflage. Berger und Söhne, 2007.

Freeman, Thomas R. *McWhinney's Textbook of Family Medicine | Revised by Thomas R. Freeman*. Oxford University Press Canada, 2016. http://www.oupcanada.com/catalog/9780199370689.html.

Hutchinson, Allen, und Lorne A. Becker. „How the Philosophies, Styles, and Methods of Family Medicine Affect the Research Agenda“. *Annals of Family Medicine* 2, Nr. Suppl 2 (Mai 2004): s41–44. https://doi.org/10.1370/afm.195.

Kochen, Michael, Hrsg. *Allgemeinmedizin und Familienmedizin*. 5.Auflage. Duale Reihe Thieme Verlag, 2017. https://www.thieme.de/shop/Allgemeinmedizin/Kochen-Duale-Reihe-Allgemeinmedizin-und-Familienmedizin-9783131413857/p/000000000149590105.

Maier, Manfred. „Facharzt für Allgemeinmedizin - Chance oder Gefahr? Option oder Notwendigkeit?“ *Zeitschrift für Gesundheitspolitik*, Nr. 1/2017. Zugegriffen 23. Juli 2018. http://www.lig-gesundheit.at/documents/3466927/22165058/ZGP+01_2017+Maier_Facharzt+f%C3

%BCr+Allgemeinmedizin+-+Chance+oder+Gefahr.pdf/f784d021-ae47-4b8b-bc71-5d59c71f5ee7?version=1.0&t=1498557332000.

ÖGAM. „ÖGAM-Konzept für Ausbildung“, März 2016.

Olesen, Frede, Jim Dickinson, und Per Hjortdahl. „General practice—time for a new definition“. *BMJ : British Medical Journal* 320, Nr. 7231 (5. Februar 2000): 354–57.

Poggenburg, Stephanie. „Traumberuf Arzt für Allgemeinmedizin“. https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20170810_OTS0079/traumberuf-arzt-fuer-allgemeinmedizin-neue-umfassende-studie-2.

Rabady, Susanne. „Kompetente Primärversorgung – wie determiniert der Ausbildungsort die spätere Versorgungsqualität?“ *Soziale Sicherheit*, November 2015. http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.626151&version=1449071143.

„Specialist Training Database | EURACT“. Zugegriffen 24. Juli 2018. http://euract.woncaeurope.org/specialist-training-database.

WONCA. „The European Definition of GP / FM | Wonca Europe“. Zugegriffen 6. Juli 2018. http://www.woncaeurope.org/gp-definitions.

Argumentation:
Allgemeinmedizin ist in praktisch allen entwickelten Ländern allen anderen Spezialfächern gleichgestellt. Neben Österreich haben lediglich die Slowakei und Italien noch keinen fachärztlichen Status für Allgemeinmedizin. Auch in den USA wurde schon vor langer Zeit die Facharztweiterbildung (residency training) zum Family Physician ebenso wie in Australien etabliert (EURACT-Specialist Training Database).
Auch wegen der internationalen Wettbewerbsfähigkeit sind Ausbildungsvoraussetzungen zu schaffen, die zumindest europaweit für die Allgemeinmedizin anerkannt sind.
Ärzt_innen der nachfolgenden Generationen bestehen auf eine gleichwertige Tätigkeit mit allen anderen Fächern und werden den Wertschätzungsmangel aufgrund der Nicht-Anerkennung als Fachärzt_innen - mit den dort gelagerten entsprechenden medizinischen wie ökonomischen Möglichkeiten - nicht mehr hinnehmen.

Organisations- oder Zusammenarbeitsformen im Primärversorgungssektor haben eine angemessene, anerkannte und international bewährte Ausbildung zu Spezialist_innen für Allgemeinmedizin zur Voraussetzung.
Die Studie des IAMEV zur Berufsmotivation Allgemeinmedizin zeigt, dass sich die Attraktivität des Faches Allgemein-und Familienmedizin durch den fachärztlichen Status für die Hälfte der Turnusärzt_innen und einen Großteil der Studierenden erhöhen würde.

Organisationsebene: Gesundheitsministerium, Nationalrat, Ärztekammer, Fachgesellschaften AM, Fachgesellschaften Spezialdisziplinen. Später: Versicherungsträger

Umsetzungspartner: Bundessektion AM, allgemeinmedizinische Abteilungen der Universitäten, Länder und Gemeindebund

Good-practice Beispiel:

Alle gesundheits-politisch entwickelten europäischen Länder - lediglich Slowakei und Italien haben im europäischen Vergleich wie Österreich keinen Facharztstatus in der Allgemein- und Familienmedizin

Ansprechpartner: Poggenburg, Huter, Glehr (Ausbildung), Rabady (Berufstheorie)

M2/2 - Qualitätssicherung der Ausbildung

M2/2 - Vertiefung der Ausbildung und Ausbildungsqualität in der Fachausbildung

Maßnahme: Verbesserung der Ausbildung und Ausbildungsqualität
Ziel: Verbesserung der inhaltlichen Ausbildungsqualität durch ergänzende Maßnahmen wie Mentoring, Begleitseminare, Monitoring der intramuralen Ausbildung. **Beschreibung:** Durch eine Verbesserung der Ausbildungsqualität in Kombination mit begleitenden Maßnahmen (Begleitseminaren, Mentoring) und, in späterer Folge, einer Ausweitung der Ausbildungsinhalte (siehe M2/4) ist eine verbesserte Wahrnehmung und Wertschätzung sowie subjektiv verbesserte Vorbereitung auf den Beruf zu erwarten.
Verbunden mit Maßnahmen aus: universitäre Lehre, Kompetenzzentrum AM
Argumentation: Gerade die in aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen als Vorbilder zitierten Länder mit starker Primärversorgung wie England, Holland und Skandinavien zeichnen sich durch eine lange Weiterbildungszeit in der allgemeinmedizinischen Praxis aus, deren Wert schon durch positive Evaluierungen dargestellt werden konnte. Momentan fühlt sich mehr als die Hälfte der Studierenden in Österreich durch das Studium nicht gut auf den Hausarztberuf vorbereitet. Nur jeder 5.Turnusarzt/Turnusärztin in Österreich, der/die Allgemeinmedizin machen möchte, fühlt sich durch den Turnus gut auf die hausärztliche Tätigkeit vorbereitet (Studie Berufsmotivation). Dies stellt eine gefährliche Situation auch im Hinblick auf die Patientensicherheit dar. Internationalen Vorbildern aus ganz Europa folgend, sollte eine solche Fachausbildung angestrebt werden, die die Spezifika des erlernten Fachs ausreichend berücksichtigt. Auch andere Studien zeigen, dass österreichische Absolvent_innen das Land wegen unstrukturierter und schlechter Ausbildungsmodalitäten verlassen.
Evidenzhintergrund/Referenzen: Dragosits, Aline, und Martin Scheuringer. „Motivatoren und Zufriedenheit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten“. Zugegriffen 23. Juli 2018. http://www.hauptverband.at/cdscontent/?portal=hvbportal&contentid=10007,769579&viewmode=content. Hofer, Karin. „‚Traumjob: Landarzt?‘ Untersuchung zur Motivation für oder gegen die Übernahme einer Kassenstelle für Allgemeinmedizin in ländlichen Regionen“. Zugegriffen 23. Juli 2018. http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007,696407&portal=hvbportal&viewmode=content. Scharer, Sebastian, und Andreas Freitag. „Physicians’ Exodus: Why Medical Graduates Leave Austria or Do Not Work in Clinical Practice“. *Wiener Klinische Wochenschrift* 127, Nr. 9–10 (Mai 2015): 323–29. https://doi.org/10.1007/s00508-015-0786-7. Thomson, Jennifer S., Katrina Anderson, Emily Haesler, Amanda Barnard, und Nicholas Glasgow. „The learner’s perspective in GP teaching practices with multi-level learners: a qualitative study“. *BMC Medical Education* 14, Nr. 1 (19. März 2014): 55. https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-55.

Organisationsebene: Bund, ÖÄK
Umsetzungspartner: ÖÄK/LÄK, Krankenanstaltenträger, ev. Universitäten
Good-practice Beispiel: *Europäische Länder: s.o.*
Ansprechpartner: Huter, Poggenburg

M2/2.1 - Kompetenzzentren für Weiterbildung - Ausbildungsverbünde

Maßnahme: Verbundweiterbildungsmöglichkeit nach internationalem Vorbild

Ziel: Verbesserung der Planungssicherheit und Ausbildungsqualität durch strukturelle Maßnahmen

Beschreibung: Ärzt_innen in der (Fach)Ausbildung für Allgemein- und Familienmedizin sollte eine verbindliche, zentral organisierte Ausbildung zur Verfügung gestellt werden, die eine Ausbildungsmöglichkeit in Anbindung an die universitäre Allgemeinmedizin und ein kontinuierliches Mentoring durch hausärztliche Tutor_innen gewährleistet.

Argumentation:
In einigen europäischen und außereuropäischen Ländern sind strukturierte Weiterbildungsprogramme und Unterstützungsangebote durch Mentor_innen, Tutor_innen oder Weiterbildenden mit regelmäßigen fachlichen Inputs, Lernkontrollen, Feedbackgesprächen und persönlichen Ansprechpartner_innen bereits fest etabliert, z.B. in den Niederlanden, USA, Australien und Großbritannien. Internationale Studien zeigen, dass generell ein Wunsch nach Unterstützung während der allgemeinmedizinischen Weiterbildung besteht.
Die Kompetenzzentren/Ausbildungsverbünde bringen ausbildungsrelevante Vorteile mit sich, sorgen aber auch für einen reibungslosen Ablauf der Ausbildung, was eine Ausbildungsdauer in Mindestzeit und somit einen rascheren Übertritt in die Niederlassung ermöglicht

- Planungssicherheit für die gesamte Weiterbildungszeit,
- Rotation ohne Stehzeiten
- ein Ansprechpartner für den gesamten Ausbildungsplan
- Feste Vergütung über alle Ausbildungsabschnitte
- Garantierte Freistellung zu Fortbildungen
- Keine oder nur geringe Wohnortwechsel
- könnten die Qualität der Ausbildungsorte evaluieren und weiterentwickeln
- Im Rahmen eines Ausbildungsverbundes wäre auch das Sammeln internationaler Erfahrung (z.B. über VdGM-Hippokrates-Exchange für 2 Wochen) erleichtert

Evidenzhintergrund/Referenzen:

Agius, Steven, Barry Lewis, Bob Kirk, und Jacky Hayden. „The perceived benefits of a two-year period of extended specialty training in general practice: the trainees' perspective". *Education for Primary Care* 25, Nr. 1 (1. Januar 2014): 26–35. https://doi.org/10.1080/14739879.2014.11494238.

Anderson, Fiona, Philip G. Cachia, Robert Monie, und Alan A. Connacher. „Supporting Trainees in Difficulty: A New Approach for Scotland". *Scottish Medical Journal* 56, Nr. 2 (Mai 2011): 72–75. https://doi.org/10.1258/smj.2011.011029.

Brown, Judith Belle, Cathy Thorpe, Jann Paquette-Warren, Moira Stewart, und Jan Kasperski. „The Mentoring Needs of Trainees in Family Practice". *Education for Primary Care: An Official Publication of the Association of Course Organisers, National Association of GP Tutors, World Organisation of Family Doctors* 23, Nr. 3 (Mai 2012): 196–203.

Markakis, K. M., H. B. Beckman, A. L. Suchman, und R. M. Frankel. „The Path to Professionalism: Cultivating Humanistic Values and Attitudes in Residency Training". *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 75, Nr. 2 (Februar 2000): 141–50.

McKenzie, Andrew, Neil Beaton, Jane Hollins, Clare Jukka, und Aaron Hollins. „Supporting GP Advanced Rural Skills Training“. *Australian Journal of Rural Health* 21, Nr. 1: 41–45. https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2012.01315.x.

Nielsen, Bente, und Charlotte Tulinius. „Uddannelseslæger i almen praksis ønsker mentorer“ 165 (1. Januar 2003).

Rickard, Caroline, Tabitha Smith, und Samantha Scallan. „A Comparison of the Learning Experiences of Full-Time (FT) Trainees and Less than Full-Time (LTFT) Trainees in General Practice“. *Education for Primary Care: An Official Publication of the Association of Course Organisers, National Association of GP Tutors, World Organisation of Family Doctors* 23, Nr. 6 (November 2012): 399–403.

Sagasser, Margaretha H., Anneke WM Kramer, und Cees PM van der Vleuten. „How do postgraduate GP trainees regulate their learning and what helps and hinders them? A qualitative study“. *BMC Medical Education* 12, Nr. 1 (6. August 2012): 67. https://doi.org/10.1186/1472-6920-12-67.

Sturgiss, E., K. Anderson, M. Liedvogel, und E. Haesler. „To own or not to own How can we best educate general practice registrars about practice ownership?“ *Australian Family Physician* 42 (1. Juli 2013): 503–6.

Organisationsebene: Länder, Landesärztekammern

Umsetzungspartner: Universitäten gemeinsam mit LÄK und Krankenanstaltenträgern

Good-practice Beispiel:

Europäische Länder: In Deutschland existieren bereits derartige Kompetenz-Zentren, deren Entwicklung einige Jahre erforderte. Diese Zentren sind angebunden an die Universitäten, in Kooperation mit anderen Partnern u.a. Fachgesellschaften und Ärztekammer. Eine entsprechende Finanzierung ist erforderlich. Ein Beispiel ist das “Verbundweiterbildung plus” Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg“ – ein Projekt der fünf allgemeinmedizinischen Universitätsstandorte, finanziert mit Landesmitteln. [Hibbeler, Birgit Strukturiert zum Ziel. Dtsch Arztebl 2010; 107(30): A-1436 / B-1270 / C-1250]

Österreich: In der Steiermark werden bereits einzelne Elemente dieser Kompetenz-Zentren von den Trägern finanziert, Qualitätssicherung über die Ärztekammer. Salzburg: Es gibt eine Finanzierungszusage ab 2019 vom Land Salzburg gemeinsam mit der Salzburger Gebietskrankenkasse für die Begleitseminare (diese werden über das Institut Allgemeinmedizin der PMU organisiert) und Mentoring (wird von der Salzburger ÄK organisiert) während der Ausbildung

Ansprechpartner: Poggenburg,

M2/2.2 - Mentoring

Maßnahme: Begleitendes Mentoring während der Ausbildung
Ziel: Mentoring durch erfahrene Hausärzt_innen vermittelt auch berufliche Sicherheit **Beschreibung:** Begleitendes Mentoring für Ärzt_innen in Ausbildung für Allgemeinmedizin ("Mentees") während der gesamten postuniversitären Ausbildungszeit (Basisausbildung, Spitalsturnus, Lehrpraxis). Die betreuenden Mentor_innen sind erfahrene und engagierte niedergelassene Ärzt_innen für Allgemeinmedizin. Im Rahmen von regelmäßigen Treffen werden in kleinen Gruppen von maximal 4 Mentees pro Mentor_in oder auch im Einzelmentoring z.B. Angelegenheiten rund um die Ausbildung, weitere Karriereplanung, spezielle Herausforderungen und Herangehensweisen in der Allgemeinmedizin besprochen und der Spitals- oder Praxisalltag reflektiert. Auch Balint-Gruppen können dabei einen wichtigen Beitrag leisten. Die regelmäßigen Treffen fördern die professionelle Entwicklung, die Identifikation als Allgemeinmediziner_in und reduzieren Unsicherheit vor einer möglichen Niederlassung. Mentoringprogramme sollten fixer Bestandteil der Ausbildung sein und von Kompetenzzentren bei der Planung berücksichtigt werden.
Verbunden mit Maßnahmen aus: strukturelle Aufwertung und ökonomische Wertschätzung, *Verknüpfung Mentoring mit Kompetenz-Zentrum Allgemeinmedizin.*
Argumentation: Mentoringprogramme zeichnen sich durch die längsschnittliche Betreuung und Beratung und durch die praxisnahe Fachkompetenz und Lebenserfahrung aus. Basierend auf den Erkenntnissen, dass junge Absolvent_innen den hausärztlichen Beruf mit Niederlassungsmodalität aufgrund der Sorge vor unabsehbaren finanziellen und administrativen Aufgaben meiden, kann hier Wissensbedarf gedeckt und Ängste genommen werden. Gerade im Rahmen von Verbundweiterbildungen werden Mentorings angeboten und positiv evaluiert.
Evidenzhintergrund/Referenzen: Abendroth, Jens, Ute Schnell, Thomas Lichte, Matthias Oemler, und Andreas Klement. „Motives of former interns in general practice for speciality-choice − Results of a cross-sectional study among graduates 2007 to 2012". *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 31, Nr. 1 (17. Februar 2014). https://doi.org/10.3205/zma000903. Adkins, R. J., G. R. Anderson, T. J. Cullen, W. W. Myers, F. S. Newman, und M. R. Schwarz. „Geographic and Specialty Distributions of WAMI Program Participants and Nonparticipants." *Journal of Medical Education* 62, Nr. 10 (Oktober 1987): 810–17. Brazeau, N. K., M. J. Potts, und J. M. Hickner. „The Upper Peninsula Program: A Successful Model for Increasing Primary Care Physicians in Rural Areas." *Family Medicine* 22, Nr. 5 (1990): 350–55. Glasser, Michael, Matthew Hunsaker, Kimberly Sweet, Martin MacDowell, und Mark Meurer. „A Comprehensive Medical Education Program Response to Rural Primary Care Needs". *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 83, Nr. 10 (Oktober 2008): 952–61. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181850a02.

Hoffmann, Mariell, Elisabeth Flum, und Jost Steinhäuser. „Mentoring in der Allgemeinmedizin: Beratungsbedarf von Ärzten in Weiterbildung“. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 112 (1. Januar 2016): 61–65. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2016.02.002.

Lang, Forrest, Kaethe P. Ferguson, Bruce Bennard, Pamela Zahorik, und Carolyn Sliger. „The Appalachian Preceptorship: Over Two Decades of an Integrated Clinical–Classroom Experience of Rural Medicine and Appalachian Culture“. *Academic Medicine* 80, Nr. 8 (August 2005): 717.

Rabinowitz, Howard K., James J. Diamond, Fred W. Markham, und Christina E. Hazelwood. „A Program to Increase the Number of Family Physicians in Rural and Underserved Areas: Impact After 22 Years“. *JAMA* 281, Nr. 3 (20. Januar 1999): 255–60. https://doi.org/10.1001/jama.281.3.255.

Stigler, Florian. „Prävention eines allgemeinmedizinischen Landärztemangels“. Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, 2017. http://allgemeinmedizin.medunigraz.at/fileadmin/institute-oes/allgemeinmedizin/Publikationen/Berichte/2017/IAMEV_Praevention-AM-Landaerztemangel_final.pdf.

Verby, John E., J. Paul Newell, Susan A. Andresen, und Walter M. Swentko. „Changing the Medical School Curriculum to Improve Patient Access to Primary Care“. *JAMA* 266, Nr. 1 (3. Juli 1991): 110–13. https://doi.org/10.1001/jama.1991.03470010114041.

Organisationsebene: Länder

Umsetzungspartner: Fachgesellschaften für Allgemeinmedizin, Landesärztekammern, Spitalsträger

Umsetzungsmonitor (zuletzt aktualisiert 1/2018):

Bgld.	**Ktn.**	**NÖ***	**OÖ***	**Sbg.**	**Stmk.**	**Tirol**	**Vlbg.**	**Wien**

Good-practice Beispiel:

Österreich:

Pilotprojekt Salzburger Initiative Allgemeinmedizin (SIA) (ausgelaufen)

Im Rahmen der SIA (2013-2015) wurde den teilnehmenden Ärzt_innen in Ausbildung ein begleitendes Mentoring durch erfahrene Lehrpraxisleiter_innen angeboten. Im Abstand von 1-2 Monaten werden in kleinen Gruppen Erfahrungen aus der Praxis oder dem Spitalsalltag reflektiert, die unterschiedlichen Herangehensweisen diskutiert und auch Karrierefragen behandelt. Die Finanzierung der Lehrpraxis Allgemeinmedizin fand bis 2018 im Rahmen des SIA-Pilotprojektes statt (vor ÄAO 2015)

https://sagam.at/salzburger-initiative-allgemeinmedizin

Ab 2019 Programm Neu: „Allgemeinmedizin Salzburg“ *für alle Ärzt_innen in Ausbildung Allgemeinmedizin in Salzburg geplant.*

Begleitseminare, Mentoring und Lehrpraxis (ÄAO 2015)
Finanzierungszusage ab 1.1.19 durch Land Salzburg und SGKK zu je 50%
Projektpartner: *Land Salzburg, Salzburger Gesellschaft für Allgemeinmedizin, Salzburger Gebietskrankenkasse, Ärztekammer Salzburg, Salzburger Landeskliniken, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg.*

Europäische Länder: Deutschland Verbundweiterbildung plus
Weitere Informationen: *ObGAM in OÖ ebenfalls mit Mentoring-Idee in weiteren Verhandlungen, ebenso Niederösterreich, wo die Finanzierung noch ungeklärt ist
Ansprechpartner: Huter, Poggenburg

M2/2.3 - Begleitseminare in der Ausbildung

Maßnahme: Bundesweit vergleichbare und qualitätsgesicherte Begleitseminare in allen Bundesländern
Ziele: - **Einführung von tatsächlich berufsvorbereitenden und primärversorgungsrelevanten Begleitseminaren** - **Vernetzung und Gemeinschaftsbildung unter Auszubildenden** **Beschreibung:** Die Einführung von Begleitseminaren mit speziell primärversorgungsrelevanten Inhalten (z.B. Vorsorgeuntersuchung, Mutter-Kind-Pass, öffentliches Gesundheitswesen, häufige Krankheitsbilder in der Allgemeinmedizin, evidenzbasiertes Handeln im Spannungsfeld von Individualität, ärztliche Ethik bei Entscheidungsfindungen, optimale Ressourcennutzung, Organisationsmanagement) sind wichtig für die Vorbereitung auf die spätere allgemeinmedizinische Tätigkeit. Zudem hat sich gezeigt, dass dabei das Gemeinschaftsgefühl und die Vernetzung innerhalb der Gruppe Auszubildenden gestärkt werden. Beide Faktoren wirken sich positiv auf die Entscheidung hinsichtlich Berufswahl Allgemeinmedizin aus. Generell sollten solche Begleitseminare qualitätsgesichert werden. Begleitseminare sollten ein Bestandteil von Kompetenzzentren sein und bei der Planung dieser berücksichtigt werden.
Verbunden mit Maßnahmen aus: strukturelle Aufwertung Kompetenzzentren: Seminare würden über das Kompetenz-Zentrum laufen. Ausbildungsordnung: Eine Aufnahme in die Ausbildungsordnung (Rasterzeugnis) würde die Österreichweite Umsetzung der Maßnahme erleichtern.
Argumentation: Ein möglichst umfassendes Ausbildungskonzept mit qualitätsgesicherten Begleitseminaren steigert das Gefühl einer ausreichenden Vorbereitung auf die Niederlassung/den Beruf, somit ist hier eine Attraktivierung zu erwarten. Es ist zum Teil üblich, dass im Rahmen des Turnus die Kolleg_innen mit den Konsiliaren der Wahlfächer tageweise mitgehen, und die Lehrinhalte zusätzlich mit “Ersatzseminaren” abgedeckt werden. Die allgemeinmedizinische Perspektive fehlt diesen Seminaren jedoch. Es sollte somit in der Ausbildung zusätzliche Begleitseminare in allgemeinmedizinischem Kontext geben: Es sind hier jedoch nicht “Ersatzseminare” für die Wahlfächer Neurologie, HNO und Dermatologie gemeint, sondern ganz konkret - ähnlich dem SIA-Projekt entsprechend - den gesamten Spitalsturnus begleitende Seminare, die einzelne Aspekte diverser Fächer aus allgemeinmedizinischer Sicht beleuchten. Patientenfälle und Fallbeispiele aus dem Krankenhaus oder der Ordination werden aus allgemeinmedizinischer Sicht ausgearbeitet + präsentiert,

ärztliche Haltung und ärztliches Handeln könnten reflektiert werden.

Könnte von Kompetenzzentren Allgemeinmedizin übernommen werden.

Eine Einführung externer Ausbildungsverantwortlicher für die AMs in Ausbildung könnte sich hier als sinnvoll erweisen, um sicherzustellen, dass intramural Wissen und Kenntnisse erworben werden können, die den vorgegebenen Ausbildungsinhalten entsprechen. Es käme hier zu einer Begrenzung der systemerhaltenden Funktion und Verhinderung von Ausgrenzung innerhalb von Abteilungen.

Evidenzhintergrund/Referenzen
Erfahrungen aus dem SIA-Projekt. Internationale Beispiele (Dänemark, Deutschland)

Organisationsebene: Länder, Krankenanstaltenverbünde, wenn vorhanden Weiterbildungsverbünde.
Ausbildungsverantwortliche (extern oder der einzelnen Träger)

Umsetzungspartner: Ärztekammer, Krankenhausträger, Lehrverantwortliche der Krankenhäuser, Fachgesellschaft (z.B. Zertifizierung)

Umsetzungsmonitor (zuletzt aktualisiert am 17.06.2018):

Bgld.	Ktn.	NÖ*	OÖ	Sbg.	Stmk.	Tirol	Vlbg.	Wien

- in NÖ im Lehrpraxiskonzept enthalten und geplant - nicht umgesetzt wegen fehlender Finanzierung

Good-practice Beispiel:

Österreich: Salzburg: SIA Pilotprojekt (2013-2015)
NEU Programm „Allgemeinmedizin Salzburg“ Begleitseminare (PMU) in Salzburg - ab Jänner 2019 Finanzierung gesichert

Ansprechpartner: Poggenburg, Huter

M2/2.4 - Qualitätssicherung der intramuralen Ausbildung

Maßnahme: gemeinsames Erarbeiten allgemeinmedizinischer Ausbildungsinhalte für die Ausbildung im stationären Bereich und Sicherstellung der Umsetzung zur Qualitätssicherung
Ziel: Qualitätssicherung der Ausbildung - Sicherstellung der Umsetzung von Lernzielen auch im stationären Bereich **Beschreibung:** Bessere inhaltliche Struktur der Ausbildung im stationären Bereich (Ausbildungskonzept ähnlich Kompetenzkatalog, Definition von allgemeinmedizinischen EPAs (Entrustable Professional Activities) für das jeweilige Fachgebiet) Monatliche formale Evaluierung anstelle einer summativen Evaluierung. Teil könnte eine Selbstevaluierung nach einem Kompetenz-Katalog (s.u. Beispiel DEGAM - Kompetenzbasiertes Curriculum AM) sein. Eine Koordinationsstelle (s. Weiterbildungsverbünde) könnte in Kooperation mit dem Mentor eine Feedbackschleife zu den intramuralen Ausbildner_innen darstellen. Allgemeinmedizinische Arbeitspakete sollten für die einzelnen Fächer definiert werden, so wie es mit den EPAs für die Lehrpraxis versucht wurde. Ärzt_innen in Ausbildung Allgemeinmedizin haben andere Schwerpunkte bei der Ausbildung in den einzelnen Fächern, als Turnusärzt_innen des jeweiligen Spezial-Faches. Die Schwerpunkte werden aber derzeit nicht gezielt gesetzt. Das Rasterzeugnis hat derzeit keine große Verbindlichkeit.
Verbunden mit Maßnahmen aus: - weiteren Maßnahmen Fachausbildung, strukturelle Aufwertung - Errichtung von Kompetenzzentren. - Ausformulieren von Kompetenz-Katalogen/Arbeitspakete, welche Inhalte für Allgemeinmediziner zu vermitteln sind. - Elektronische Ausbildung-Evaliuierung des ärztlichen Qualitätszentrums.
Argumentation: Die Qualität der derzeitigen Ausbildung ist aufgrund starker Heterogenität an verschiedenen Ausbildungsorten stark wechselnd. Zusätzliche qualitätsfördernde Maßnahmen könnten die Attraktivität der AM-Ausbildung im stationären Bereich anheben.
Organisationsebene: Ausbildungsverbund, Krankenhäuser
Umsetzungspartner: Ärztekammer, Universitäten, Fachgesellschaft
Good-practice Beispiel:
Österreich: EPAs in der Lehrpraxis *Europäische Länder: Kompetenzbasiertes Curriculum für Allgemeinmedizin DEGAM* (Steinhäuser, Jost, Hrsg. „Kompetenzbasiertes Curriculum Allgemeinmedizin“. DEGAM, Juli 2015.)
Ansprechpartner: Huter, Glehr

M2/3 - Lehrpraxisumsetzung

M2/3.1 - Lehrpraxisfinanzierung

Maßnahme: Lehrpraxis: Honorierung und Dauer

Ziel: Eine Ausbildung in AM darf finanziell keinen Nachteil bedeuten. Die Dauer muss den späteren Aufgaben angemessen und international vergleichbar sein.

Beschreibung: Die Lehrpraxis ist als essentieller und nun auch verpflichtender Bestandteil der Allgemeinmedizin-Ausbildung nicht mehr wegzudenken. Für Auszubildende muss dabei sichergestellt sein, dass dadurch keine Gehaltseinbußen zu befürchten sind und ein spitalsäquivalentes Gehalt auch während der Lehrpraxiszeit garantiert ist. Eine Ausweitung der Lehrpraxisdauer ist bereits vorgesehen und zur Sicherstellung der Wettbewerbsfähigkeit und Ausbildungsqualität zwingend umzusetzen.

Verbunden mit Maßnahmen aus: Facharztstatus, Verbundweiterbildung, Mentoring, strukturelle Wertschätzung

Argumentation: In vielen Ländern Europas (insbesondere in jenen, denen eine starke Primärversorgung attestiert wurde und die im politischen Diskurs als Vorbildländer fungieren) wurde die Weiterbildung besser strukturiert

Die Weiterbildungszeit in der allgemeinmedizinischen Lehrpraxis beträgt international im Durchschnitt mindestens 1,5 bis 2 Jahre, in manchen Ländern (wie Norwegen) sogar bis zu 4 Jahre. Dies dürfte auch dem Grundsatz der Fachspezifität dienen: Spezifika des allgemeinmedizinischen Arbeitens und Handelns lernt man nicht in anderen Fächern, sondern nur in der Allgemeinmedizin.

Evidenzhintergrund/Referenzen:

Miani, Celine, Saba Hinrichs, Emma Pitchforth, Teresa Bienkowska-Gibbs, Stefanie Disbeschl, Martin Roland, und Ellen Nolte. „Best practice: Medizinische Aus- und Weiterbildung aus internationaler Perspektive“

Organisationsebene: ÄK, ev. Weiterbildungsverbünde (in Kooperation mit den Krankenhausträgern)

Umsetzungspartner: Krankenhausträger, ÄK

Umsetzungsmonitor (zuletzt aktualisiert am 15.5.2018):

Bgld.	Ktn.	NÖ	OÖ	Sbg.	Stmk.	Tirol	Vlbg.	Wien

lt. BSAM ist durch den Lehrpraxis-Kollektivvertrag die bundesländerspezifische spitalsäquivalente Entlohnung gesichert.

Good-practice Beispiel:
Österreich: Salzburg SIA (2018 ausgelaufen; Finanzierung vor ÄAO2015 über Pilotprojekt) *Europäische Länder: Zur Finanzierung: Niederlande, Deutschland, Frankreich**
Ansprechpartner: Poggenburg, Glehr

*In vielen Ländern Europas (insbesondere in denen, denen eine starke Primärversorgung attestiert wurde und die im politischen Diskurs als Vorbildländer fungieren) wurde die Weiterbildung besser strukturiert, Lernziele und Kompetenzniveaus definiert, der Weiterbildungszeit in der Lehrpraxis ein größerer Stellenwert beigemessen und in fast allen Ländern Europas der Facharzt für Allgemeinmedizin eingeführt. Lediglich die Slowakei und Italien haben wie Österreich noch immer keinen Facharztstatus für die Ärzte für Allgemeinmedizin. Auch in den USA wurde schon vor langer Zeit die Facharztweiterbildung (residency training) zum Family Physician ebenso wie in Australien etabliert [(http://euract.woncaeurope.org/specialist-training-database]. Die Weiterbildungszeit in der allgemeinmedizinischen Lehrpraxis beträgt international im Durchschnitt mindestens 1,5 bis 2 Jahre, in manchen Ländern (wie Norwegen) sogar bis zu 4 Jahre. Dies dürfte auch dem Grundsatz der Fachspezifität dienen: Spezifika des allgemeinmedizinischen Arbeitens und Handelns lernt man nicht in anderen Fächern, sondern nur in der Allgemeinmedizin.

M2/3.2 - Ausweitung der Lehrpraxiszeit

Maßnahme: Ausdehnung der Ausbildung in der Lehrpraxis

Ziel: Verbesserung der inhaltlichen Ausbildungsqualität durch ausreichende Ausbildung am Ort der späteren Berufsausübung.

Beschreibung: Die Dauer in der Lehrpraxis soll allmählich auf das international bewährte Maß angehoben werden, um auch in diesem Bereich der Ausbildung den wandelnden Anforderungen des Berufes gerecht zu werden (siehe auch M2/4). Eine schrittweise Anhebung auf 9 bzw. 12 Monate Lehrpraxis (Erläuterung ÄAO 2015) ist im Rahmen der ÄAO 2015 vorgesehen und erscheint unabdingbar.

Verbunden mit Maßnahmen aus: universitäre Lehre, Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin

Argumentation:
Gerade die in aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen als Vorbilder zitierten Länder mit starker Primärversorgung wie England, Holland und Skandinavien zeichnen sich durch eine lange Weiterbildungszeit in der allgemeinmedizinischen Praxis aus, deren Wert schon durch positive Evaluierungen dargestellt werden konnte.

Momentan fühlt sich mehr als die Hälfte der Studierenden in Österreich durch das Studium nicht gut auf den Hausarztberuf vorbereitet. Nur jede/r 5. Turnusarzt/Turnusärztin in Österreich, der/die Allgemeinmedizin machen möchte, fühlt sich durch den Turnus gut auf die hausärztliche Tätigkeit vorbereitet (Studie Berufsmotivation). Dies stellt eine gefährliche Situation auch im Hinblick auf die Patientensicherheit dar. Internationalen Vorbildern aus ganz Europa folgend, sollte eine Fachausbildung angestrebt werden, die die Spezifika des erlernten Fachs ausreichend berücksichtigt.
Auch andere Studien zeigen, dass österreichische Absolvent_innen das Land wegen unstrukturierter und schlechter Ausbildungsmodalitäten verlassen.

Evidenzhintergrund/Referenzen:

Dragosits, Aline, und Martin Scheuringer. „Motivatoren und Zufriedenheit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten“. Zugegriffen 23. Juli 2018. http://www.hauptverband.at/cdscontent/?portal=hvbportal&contentid=10007,769579&viewmode=content.

Hofer, Karin. „‚Traumjob: Landarzt?‘ Untersuchung zur Motivation für oder gegen die Übernahme einer Kassenstelle für Allgemeinmedizin in ländlichen Regionen“. Zugegriffen 23. Juli 2018. http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007,696407&portal=hvbportal&viewmode=content.

parlament.gv.at, Hrsg. „Erläuterungen zur ÄAO 2015 - 268 der Beilagen XXV.GP-Regierungsvorlage - Erläuterungen“. Zugegriffen 23. Juli 2018. https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/I/I_00268/fname_365391.

Scharer, Sebastian, und Andreas Freitag. „Physicians’ Exodus: Why Medical Graduates Leave Austria or Do Not Work in Clinical Practice“. *Wiener Klinische Wochenschrift* 127, Nr. 9–10 (Mai 2015): 323–29. https://doi.org/10.1007/s00508-015-0786-7.

Thomson, Jennifer S., Katrina Anderson, Emily Haesler, Amanda Barnard, und Nicholas Glasgow. „The learner’s perspective in GP teaching practices with multi-level learners: a qualitative study“. *BMC Medical Education* 14, Nr. 1 (19. März 2014): 55. https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-55.

Organisationsebene: Bund, ÖÄK
Umsetzungspartner: ÖÄK/LÄK, Krankenanstaltenträger, ev. Universitäten
Good-practice Beispiel: *Europäische Länder: siehe M2/3.1.*
Ansprechpartner: Huter, Poggenburg

M2/4 - prozesshafte, stetige Weiterentwicklung der Fachausbildung und des Fächerkanons (längerfristig)

M2/4.1 - Weiterentwicklung des Fächerkanons und Anpassung der Ausbildungsdauer (längerfristig)

Maßnahme: stetige Weiterentwicklung von Ausbildung und Qualität entsprechend der sich wandelnden Anforderungen
Ziel: Im Zuge der nächsten Novellierung wird eine Weiterentwicklung der Ausbildung entsprechend der sich wandelnden Anforderungen an die Allgemeinmedizin angestrebt. **Beschreibung:** Neben der bereits gesetzlich fixierten Ausweitung der Lehrpraxis auf 9 bzw. 12 Monate wird immer wieder auch die Zusammensetzung und Dauer des Spitalsturnus diskutiert. Eine Ausweitung der Gesamtausbildungszeit wird möglicherweise sinnvoll werden. Im Fächerkanon stehen vor allem Neurologie, Dermatologie, HNO, Allgemeinchirurgie und eine Wiedereinführung von vier Monaten Kinderheilkunde - anstelle der in der ÄAO 2015 festgelegten drei Monate - auf der Wunschliste. Für diese Fächer wäre auch ein Absolvieren in einer finanzierten Lehrpraxis, also im niedergelassenen Bereich, wünschenswert.
Verbunden mit Maßnahmen aus: Strukturelle Aufwertung - Facharzt Allgemeinmedizin
Argumentation: Angesichts der steigenden Ansprüche und zunehmenden Aufgabenvielfalt in der Allgemein- und Familienmedizin wird eine Adaptierung der derzeitigen Ausbildung erforderlich werden. Eine Ausweitung der Gesamtausbildungszeit könnte in diesem Zusammenhang sinnvoll werden. Die Ausbildungsstruktur und Qualität muss sich stetig entwickeln. Auch wegen der internationalen Wettbewerbsfähigkeit sind diejenigen Ausbildungsvoraussetzungen zu schaffen, die weltweit für die Allgemeinmedizin anerkannt sind. **“Kleine Fächer”:** Die Rotationen in den unterschiedlichen Fächer sind für die klinische Erfahrung durchaus relevant und sollten beibehalten werden. Allerdings sind einige Fächer möglicherweise (teilweise) in der Sonderfach-Lehrpraxis absolvierbar (z.B. Kinderheilkunde) und könnten die notwendigen Kompetenzen so noch besser vermitteln. Auf internationaler Ebene sind Lernziele und Kompetenzniveaus meist definiert
Evidenzhintergrund/Referenzen: American Academy of Family Physicians. „Family Physician, Definition“. Zugegriffen 6. Juli 2018. https://www.aafp.org/about/policies/all/fp-definition.html. DEGAM. „Fachdefinition - Allgemein- und Familienmedizin“. Zugegriffen 6. Juli 2018. https://www.degam.de/fachdefinition.html.

Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications (Text with EEA relevance), Pub. L. No. 32005L0036, OJ L 255 (2005). http://data.europa.eu/eli/dir/2005/36/oj/eng.

Freeman, Thomas R. *McWhinney's Textbook of Family Medicine | Revised by Thomas R. Freeman*. Oxford University Press Canada, 2016. http://www.oupcanada.com/catalog/9780199370689.html.

WONCA. „The European Definition of GP / FM | Wonca Europe". Zugegriffen 6. Juli 2018. http://www.woncaeurope.org/gp-definitions.

Organisationsebene: Gesetzesnovelle, Ärztekammer

Umsetzungspartner: Krankenhäuser, Ärztekammer

Umsetzungsmonitor (zuletzt aktualisiert am 16.4.2018):

BUND

Good-practice Beispiel:

Europäische Länder: Deutschland (Vorbild m.Einschränkungen: kl. Fächer!), Facharztanerkennung fast europaweit

Ansprechpartner: Huter, Glehr

M3 - Niederlassung

Hintergrundinformation

Der Schritt in die niedergelassene Kassenpraxis kann durch reelle oder gefühlte Barrieren erschwert werden. Fehlende Erfahrung im Führen einer Praxis sowie Sorgen und Vorurteile zu den Voraussetzungen und Rahmenbedingungen sind mögliche Gründe dafür. Flexible Einstiegsformen könnten helfen, diese Hindernisse zu beseitigen und gleichzeitig die Kapazität im niedergelassenen Bereich erhöhen. Dazu gehören

- Job-Sharing, Gruppenpraxen, Übergabepraxen
- Weiterbildungspraxen
- Anstellung von Ärzt_innen bei Ärzt_innen

Beratung und Hilfestellung im Rahmen eines Gründerservice kann dazu beitragen, die Hemmschwelle zur Eröffnung einer neuen Praxis zu senken. Solche teilweise bereits in den Bundesländern etablierten Angebote sollten weiter ausgebaut und vereinheitlicht werden. Regionale Unterstützungsprogramme können insbesondere in strukturschwachen Regionen die Attraktivität der Niederlassung vor Ort erhöhen.

M3 - Maßnahmenübersicht

	Maßnahmegruppe	Einzelmaßnahme	Charakteristika	verbunden mit
M3/1	**Flexible Einstiegsformen**			4/1, 5, 6/6, 6/7, 6/8
M3/1.1		Jobsharing	flexible Formen der Arbeitsausübung mit Teilzeitmodellen	
M3/1.2		Erleichterung von Gruppenpraxen	flexible und gerechte Partnerauswahl, keine finanziellen Abschläge	
M3/1.3		Übergabepraxis	Flexibilisierung des Übergabezeitraums	
M3/1.4		Anstellung	Verbesserung Vereinbarkeit Beruf und Familie	
M3/2	**Gründerservice administrativ**			
M3/2.1		Unterstützungsmöglichkeiten: Arbeitsformen und Ordinationsgründung	Sicherheitsgefühl für Niederlassung verbessern	2/2.2, 2/2.3, 2/3
M3/2.2		Beratungsservice - Anlaufstelle für Beratung rund um die Niederlassung	Beratung über bundesländerspezifische Gegebenheiten	1
M3/2a	**Gründerservice ökonomisch**			
M3/2a.1		Finanzielle Förderungen für Niederlassung	finanzielle Hilfe (Starthilfe, günstige Kredite)	6/2, 6/6
M3/2a.2		weitere materielle Unterstützung	z.B. Unterstützung durch Gemeinden	6/2, 6/6

M3/1 - Flexible Einstiegsformen

M3/1.1 - Job-Sharing

Maßnahme: Job-Sharing v.a. im Hinblick auf die Integration von Beruf und Familie
Ziel: flexible Formen der Arbeitsausübung mit Teilzeitmodellen **Beschreibung:** Es sollte möglich sein, ohne große bürokratische Hürde oder finanzielle Einschränkungen die kassenärztliche Stelle ohne zeitliche Beschränkung zu teilen. Die rechtlichen Rahmenbedingungen mit der Sicherstellung einer Gleichwertigkeit zu anderen Organisationsformen sollten geschaffen werden.
Verbunden mit Maßnahmen aus: M4/1.2 - Erleichterung der Zusammenarbeit innerhalb der organisatorischen Einheit
Argumentation: Aufgrund des stetig wachsenden Anteils an Frauen in der Allgemeinmedizin aber auch der geänderten Ansprüche vieler Männer an die Arbeitssituation und dem Wunsch einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie sollten flexible Formen der Arbeitsausübung mit Teilzeitmodellen geschaffen werden. Nur durch eine gestärkte Grundversorgung kann die Versorgungssicherheit der Bevölkerung gewährleistet werden. Wichtig: Job-Sharingpraxen entstehen, weil entweder eine Reduktion der Arbeitsdichte angestrebt wird (z.B.: die Kassenstelle ist entsprechend ausgelastet ist - Zahl Patient_innen pro Arzt/Ärztin), oder eine Reduktion der Arbeitszeit das Ziel ist (z.B.: Vereinbarkeit von Familie und Beruf). Falls keine Reduktion der Arbeitsleistung gewünscht ist, könnten sie auch zu einer Ausdehnung der Öffnungszeiten führen.
Evidenzhintergrund/Referenzen: Barth, N., K. Linde, und A. Schneider. „Niederlassungsmotive – Die Bereitschaft zur Niederlassung in eigener Praxis von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin“. *Das Gesundheitswesen* 79, Nr. 08/09 (August 2017): 638–44. https://doi.org/10.1055/s-0035-1547299. SGKK, und Ärztekammer Salzburg. „Anhang A zu §10 des Gesamtvertrages zwischen SGKK und Ärztekammer Salzburg“. http://www.gesundheit.sgkk.at/cdscontent/?contentid=10007.710845&viewmode=content. Steinhäuser, j, S. Joos, und J Szecsenyi. „Welche Faktoren fördern die Vorstellung sich im ländlichen Raum niederzulassen?“ *Z Allg Med* 89 (2013): 10–15. Wagner, Wolfgang. „Ziel: attraktivere Kassenstellen“. 10. Februar 2017, ÖÄZ 3-10.02.2017 Auflage. http://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2017/oeaez-3-10022017/salzburg-kassenstellen-salzburger-aerztekammer-salzburger-gebietskrankenkasse-sgkk-karl-forstner-walter-arnberger.html.
Organisationsebene: Bundesländer, möglichst bundesweit einheitliche Regelung
Umsetzungspartner: Ärztekammern und Sozialversicherung, primär im Rahmen der Bundesländer-Gesamtverträge, möglichst bundesweit einheitliche Regelung

Umsetzungsmonitor (zuletzt aktualisiert am 14.04.2018):

Bgld.	Ktn.	NÖ	OÖ	Sbg.	Stmk.	Tirol	Vlbg.	Wien

Good-practice Beispiel: Job-Sharing in Salzburg

Im Salzburger Gesamtvertrag besteht die Möglichkeit in entsprechenden Lebens/Berufssituationen eine Kassenstelle zu teilen (Teilgruppenpraxis - Vertragssicherheit f. alle Partner_innen, Auswahl aus der Punkteliste).
Jobsharing ohne Punkteliste möglich - aber zeitl. befristet.
Anstellung v. fertigen Allgemeinmediziner_innen in der Kassenpraxis i.d.R. möglich - auf ein Jahr befristet (Jobsharing f. Jungärzte).
OÖ: Jobsharing unbefristet, aber Auswahl unter den 3 Erstgereihten der Punkteliste..

Ansprechpartner: Christoph Fürthauer

M3/1.2 - Erleichterung von Gruppenpraxen

Maßnahme: Erleichterung der Bildung von Gruppenpraxen ohne finanzielle Abschläge

Ziel: Vereinfachung von Zusammenarbeitsformen wie Gruppenpraxen durch flexible und gerechte Partner_innenwahl, keine finanziellen Abschläge

Beschreibung: Derzeit gibt es einige Hindernisse bei der Bildung von Gruppenpraxen. Es bräuchte eine Überarbeitung der Reihungsprozesse und Ermöglichung einer flexiblen und gerechten Auswahl der Partner_innen. Die Reihungsprozesse sind bundesländerunterschiedlich - in manchen Bundesländern fanden bereits Neuerungen im Reihungsprozess statt, in anderen bedürfte es einer Überarbeitung. Finanzielle Abschläge müssen abgeschafft werden. Bei der Gründung von Gruppenpraxen darf es nicht zu finanziellen Einbußen kommen. Es braucht eine klare Regelung der Eingriffsmöglichkeiten in den internen Gesellschaftsvertrag durch Kammer und Kassen. Es darf keine Schlechterstellung von Gruppenpraxen in organisatorischer oder finanzieller Hinsicht (auch Unterstützung) im Vergleich zu anderen Organisationsformen (z.B. PVZs oder Netzwerken) geben.

Argumentation: siehe auch M3/1.1 - Job-Sharing.
In der Studie zur Berufsmotivation von Poggenburg et al. zeigte sich, dass Studierende am liebsten niedergelassen selbständig in Gemeinschaftspraxen arbeiten wollen. Zunehmend sind auch derzeit tätige Hausärzt_innen an Gruppenpraxisbildung interessiert. Die Erleichterung von Gruppenpraxen fördert außerdem den oft von politischer Seite geäußerten Wunsch nach mehr Teamarbeit in der Primärversorgung und kann eine Voraussetzung zur Entwicklung von auf Gruppenpraxen basierenden Primärversorgungseinheiten sein.

Evidenzhintergrund/Referenzen:

Poggenburg, Stephanie, et al. „Erhebung der Berufsmotivation zur Allgemeinmedizin von Studierenden und jungen Ärzt/-innen in Österreich und Deutschland“. Graz: Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, 2017. https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/fileadmin/institute-oes/allgemeinmedizin/Publikationen/Berichte/2017/IAMEV_BMotiv-AM_final.pdf.

Organisationsebene: Bundesländer, möglichst bundesweit einheitliche Regelung

Umsetzungspartner: Ärztekammern und Sozialversicherung, primär im Rahmen der Bundesländer-Gesamtverträge, möglichst bundesweit einheitliche Regelung

Umsetzungsmonitor (zuletzt aktualisiert am 14.04.2018):

Bgld.	Ktn.	NÖ	OÖ	Sbg.	Stmk.	Tirol	Vlbg.	Wien

Good-practice Beispiel:
Reihungsprozess in Salzburg: *Der Auswahlprozess für Gruppenpraxis erlaubt die Auswahl eintretender Gesellschafter_innen aus den Top 5 der Reihungsliste, sofern diese nicht mehr als 20% unterhalb der Punktezahl des/der Erstgereihten liegen. Effiziente ökon. Arbeitsleistung mit möglichem Bonus f. AM-Gruppenpraxis als Anreiz (GKK)*
Ansprechpartner: Christoph Fürthauer

M3/1.3 - Übergabepraxis

Maßnahme: der Ein-und Austritt in eine Übergabepraxis soll entsprechend den lokalen und persönlichen Bedürfnissen gestaltet sein

Ziel: Erleichterung der Wissensweitergabe und Erhalt der kontinuierlichen Betreuung der Patient_innen sowie Erlangung einer beruflichen Sicherheit

Beschreibung: Ermöglichung und Förderung (s. M6/6.1) von Übergabepraxen, in denen abgebende und übernehmende Ärzt_innen für einen (flexibel) definierten Übergangszeitraum gemeinsam in der Ordination arbeiten. Abschaffung von steuerlichen Nachteilen f. pensionierte Allgemeinmediziner_innen bei allfälligen Vertretungen (in ihrer eigenen ehemaligen Ordination - Erhalt der kontinuierlichen Betreuung)

Verbunden mit Maßnahmen aus: M6/6.1 - Förderung von Übergabepraxen

Argumentation: Dies ermöglicht einerseits eine geregelte Übergabe der Betreuungsverantwortung für die Patient_innen und bietet andererseits für Jungärzt_innen mit wenig Ordinations-Erfahrung einen geregelten Start in die Selbstständigkeit.
Die vielen demnächst in den Ruhestand gehenden Hausärzt_innen stellen eine enorm wertvolle Personalressorce auch zu Vertretungstätigkeiten oder vorübergehendem Einsatz an schwer zu vermittelnden kassenärztlichen Stellen dar. Durch ihre langjährige Erfahrung sind sie besonders flexibel einsetzbar. Daher sollte durch Wegfall steuerlicher Nachteile ein Einsatz dieser ermöglicht werden.

Organisationsebene: Bundesländer

Umsetzungspartner: Landesärztekammern und Sozialversicherungen im Rahmen der Bundesländer-Gesamtverträge, möglichst bundesweit einheitliche Regelung

Umsetzungsmonitor (zuletzt aktualisiert am 14.04.2018):

Bgld.	Ktn.	NÖ	OÖ	Sbg.	Stmk.	Tirol	Vlbg.	Wien

Good-practice Beispiel:

Österreich: Salzburg und Oberösterreich ermöglichen bereits eine bis zu dreijährige Übergabepraxis, wobei das Alter für das Vertragsende bei spätestens 70 Jahren liegt.

Ansprechpartner: Christoph Fürthauer

M3/1.4 - Anstellung von Ärzt_innen bei Ärzt_innen

Maßnahme: Rechtssicherheit bei Anstellung von Ärzt_innen bei Ärzt_innen unabhängig von der Organisationsform

Ziel: Verbesserung von Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Erleichterung einer Berufseinstiegsphase.

Beschreibung: Derzeit ist im Ärztegesetz §52a Abs. 3 Nr. 7 die Anstellung von Ärzt_innen in Gruppenpraxen explizit untersagt. In den Gesamtverträgen für Kassenordinationen besteht durch die Forderung der persönlichen Leistungserbringung einen Unsicherheitsfaktor. Für manche Karrieremodelle und insbesondere in den ersten Jahren nach Abschluss der Ausbildung ist eine Anstellung eine wichtige Möglichkeit, um mehr Ärzt_innen im niedergelassenen Bereich zu halten und ein Abwandern in den stationären Bereich zu verhindern. Diese Möglichkeit sollte zudem unabhängig von der Organisationsform (also Einarztpraxis, Gruppenpraxis, PVE, ...) bestehen. Zusätzlich muss über eine ausreichende Honorierung eine Anstellung generell ermöglicht werden. Die existierende Vertretungspraxis darf durch eine Anstellung nicht unmöglich gemacht werden.

Begriffsklärung Weiterbildungspraxis: Eine Weiterbildungspraxis ist eine zeitlich begrenzte Anstellung in einer allgemeinmedizinischen Kassenpraxis für Ärzt_innen, die ihre Allgemeinmedizin- Fachausbildung abgeschlossen haben aber noch weiter Erfahrung im Rahmen der eigenverantwortlichen Tätigkeit in der Praxis sammeln wollen.
Neben der Gesamtvertraglichen Regelung wäre auch die Schaffung von Förderungen diesbezüglich wünschenswert. (vgl. z.B. Qualifizierungsmaßnahmen durch AMS in anderen Berufsgruppen)

Argumentation: s.o. Job-Sharing und Gruppenpraxis
Die Anstellung von Ärzt_innen in Kassenordinationen abseits von Sonderregelungen wie Job-Sharing ist eine weitere Maßnahme, um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu verbessern. Sie dient außerdem als Überbrückungsangebot bis zu einer Entscheidung hinsichtlich Ortswahl und gewünschter Organisationsform, und als Weiterbildungsphase bis zum Erreichen ausreichender professioneller Sicherheit, vor allem dann, wenn eine Karriere in ländlichen Regionen mit hoher Eigenverantwortung angestrebt wird.

Evidenzhintergrund/Referenzen

Stigler, Florian. „Prävention eines allgemeinmedizinischen Landärztemangels“. Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, 2017. http://allgemeinmedizin.medunigraz.at/fileadmin/institute-oes/allgemeinmedizin/Publikationen/Berichte/2017/IAMEV_Praevention-AM-Landaerztemangel_final.pdf.

Organisationsebene: Bundesgesetzgebung

Umsetzungspartner: Bundesministerium, Parlament, Österreichische Ärztekammer, Sozialversicherungen

Good-practice Beispiel: *Zeitlich begrenzte Anstellung zur Weiterbildung (Salzburg)*

Ansprechpartner: Stephanie Poggenburg, Sebastian Huter

M3/2 - Gründerservice administrativ - Erleichterung der Niederlassung

M3/2.1- Vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten für die Niederlassung betreffend Arbeitsformen und Ordinationsgründung

Maßnahme: Vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten für die Niederlassung betreffend Arbeitsformen und Ordinationsgründung
Ziel: Abbau von Unsicherheiten **Beschreibung:** Eine Ordinationsgründung ist mit einem langfristigen Commitment und einem finanziellen und unternehmerischen Risiko verbunden. Neben einer entsprechenden Beratung/Begleitung (siehe M3/2.2) müssen auch die Rahmenbedingungen attraktiviert werden. Alle Systempartner sind daher aufgerufen, diese Rahmenbedingungen im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu verbessern. Dazu gehört die Ermöglichung der Anstellung von Ärzt_innen in der Ordination, andere Zusammenarbeitsformen und Arbeitsentlastung zu ermöglichen, oder ein begleitendes Praxis-Mentoring anzubieten.
Verbunden mit Maßnahmen aus: M1, M2, M3/2.2 - Beratungsservice, M4/1.1 - flexible Organisationseinheiten, M4/1.2 - Erleichterung der Zusammenarbeit innerhalb der organisatorischen Einheit
Argumentation: vielfach Angst vor der Selbstständigkeit, wenig Wissen über wirtschaftliche Betriebsführung, unübersichtliche Fülle von (bundesländerunterschiedlichen) Rechtsnormen und Auflagen
Evidenzhintergrund/Referenzen: Poggenburg, Stephanie et.al. „Erhebung der Berufsmotivation zur Allgemeinmedizin von Studierenden und jungen Ärzt/-innen in Österreich und Deutschland“. Graz: Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, 2017. https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/fileadmin/institute-oes/allgemeinmedizin/Publikationen/Berichte/2017/IAMEV_BMotiv-AM_final.pdf.
Organisationsebene: Bundesländer
Umsetzungspartner: Landesärztekammern, Ministerium, ÖGAM, Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Länder, Gemeinden
Good-practice Beispiel: *Meine erste eigene Ordination - Going International* *Wiener ÄK*
Ansprechpartner: Sebastian Huter, Christoph Fürthauer

M3/2.2 - Beratungsservice

Maßnahme: Anlaufstelle für Beratung rund um die Niederlassung

Ziel: Abbau von Unsicherheiten

Beschreibung: In jedem Bundesland sollte eine Beratungseinrichtung zum Thema Niederlassung vorhanden und bekannt sein, die sowohl mit den allgemeinen als auch mit den bundesländerspezifischen Gegebenheiten vertraut ist.

Verbunden mit Maßnahmen aus: M3/2.3 - Unternehmerische Kompetenzen fördern

Argumentation:
Der Prozess der Niederlassung ist in der Ausbildung nicht ausreichend abgebildet und durch die vorwiegend im Krankenhaus stattfindende Ausbildung auch nur schwer erlebbar. Um die Hemmschwelle sich auf diesen Prozess einzulassen entsprechend zu senken, soll durch externe Hilfestellung die größten Hürden genommen werden und die notwendigen Informationen und Kompetenzen vermittelt werden. Durch aktive Information über die Möglichkeiten einer Niederlassungsberatung in den LÄK könnten Unsicherheiten abgebaut werden.

Evidenzhintergrund/Referenzen

Poggenburg, Stephanie, et al. „Erhebung der Berufsmotivation zur Allgemeinmedizin von Studierenden und jungen Ärzt/-innen in Österreich und Deutschland“. Graz: Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, 2017. https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/fileadmin/institute-oes/allgemeinmedizin/Publikationen/Berichte/2017/IAMEV_BMotiv-AM_final.pdf.

Organisationsebene: Bundesländer

Umsetzungspartner: Landesärztekammern, Gebietskrankenkassen, Bundesministerium, private Anbieter

Umsetzungsmonitor (zuletzt aktualisiert am 14.04.2018):

BUND	Bgld.	Ktn.	NÖ	OÖ	Sbg.	Stmk.	Tirol	Vlbg.	Wien

Anm.: nur Sbg, Stmk, Tirol und Vlbg. haben auf der Ärztekammer-Homepage eine ausgewiesene Niederlassungsberatung.

Good-practice Beispiel:

Ärztekammern als Ansprechpartner für Praxisgründung

In einigen Bundesländern gibt es umfangreiche Informationen zur Praxisgründung auf den Webseiten der Landesärztekammern. Zusätzlich werden oft konkrete Ansprechpartner_innen für Beratungen genannt, die Interessierten zur Verfügung stehen und es werden Praxisgründungsseminare angeboten.

<u>Gründerservice Bundesministerium:</u> Im Bundesministerium wird gerade an Unterstützungsmöglichkeiten für die Gründung von Primärversorgungseinheiten nach PVG gearbeitet, die dann auf Länderebene den Partnern zur Verfügung gestellt werden.
Ansprechpartner: Sebastian Huter

M3/2a - Gründerservice ökonomisch

M3/2a.1 - Finanzielle Förderungen für Niederlassung

Maßnahme: Starthilfe oder günstige Kredite
Ziel: unterstützende Maßnahmen zur Erhöhung der finanziellen Sicherheit bei Niederlassung **Beschreibung:** Niederlassungsprämie, garantierte Mindesteinkommen in benachteiligten Regionen, logistische und strukturelle Unterstützung durch Gemeinden, faire Mieten bzw. Kaufpreise für Ordinationsräumlichkeiten - teils existieren jedoch auch exorbitant hohe Miet- und Grundstückspreise für den Wohnraum.
Argumentation: Sicherstellung der allgemeinmedizinischen Versorgung
Organisationsebene: Länder
Umsetzungspartner: Länder, Gemeinden

M3/2a.2 - Materielle Unterstützung der Niederlassung

Maßnahme: Materielle Unterstützung der Niederlassung
Ziel: unterstützende Maßnahmen zur Erhöhung der finanziellen Sicherheit bei Niederlassung **Beschreibung:** Ein wesentlicher Aspekt der Niederlassung ist die finanzielle Belastung. Durch Unterstützungsmaßnahmen wie von Gemeinden zur Verfügung gestellte günstige Ordinationsräumlichkeiten können das damit verbundene Risiko reduzieren und so die Niederlassung attraktiver machen.
Verbunden mit Maßnahmen aus: M3/2
Argumentation: Weniger Risikobereitschaft bei junger Generation. Auch bei Praxisübernahme teilweise neue Räumlichkeiten notwendig (z.B. Größe, Barrierefreiheit, etc..). Zentrale Lagen und bei Ärzt_innen als Zielgruppe oft unverschämte m²-Preise.
Organisationsebene: Gemeinde
Umsetzungspartner: Gemeindebund, Länder
Autoren: Sebastian Huter

M4 - niedergelassene Tätigkeit

Hintergrundinformation

Um den Anforderungen einer flächendeckenden, gerechten, wohnortnahen Primärversorgung gerecht zu werden, benötigt es eine größtmögliche Flexibilität in der Nutzung vorhandener Strukturen und Ressourcen, einfache Lösungen und auch lose Zusammenarbeitsmöglichkeiten z.B. regional adaptiert innerhalb von Sprengelnetzwerken.

M4 - Maßnahmenübersicht

	Maßnahmengruppe	Einzelmaßnahme	Charakteristika	verbunden mit
M4/1	**Flexible Kooperationen**			3/1, 6/6, 6/7, 5/2, 5/3, D6/4
M4/1.1		flexible Organisationseinheiten	Netzwerke (Sprengel, Sprengelübergreifend)	
M4/1.2		Erleichterung der Zusammenarbeit innerhalb der organisatorischen Einheit	Gemeinschafts-/Gruppenpraxen unterschiedlicher Art	
			Selbständigkeit/ angestellte Tätigkeit,	
			unterschiedliche Gruppen (Übergabe, Jobsharing, Vertretung)	
			longitudinale Flexibilität	
M4/2	**Reduktion von Arbeitslast (organisatorisch)**			3
M4/2.1		Entlastung von administrativen Aufgaben	Delegation an qualifiziertes Personal	3/2
			EDV	
M4/2.2		Randzeitenabdeckung bei Ressourcenschonung	Sprengel(-netzwerke) vergrößern und ausbauen	3/1, 5/2, 6/6.2
			Regelungen für Out-of-hours Erreichbarkeit	6/6
			Vermehrung von Planstellen	
M4/3	**Arbeitsdichte optimieren**		Erfüllung des Versorgungsauftrags unterstützen	
M4/3.1		Kontaktzahlen an Versorgungsaufgaben anpassen		5/2.3, M6
M4/3.2		Förderung der Bildung eines Kernteams		5/2, 6/6.2, 6/7, D6/3-4
M4/3.3		Modernes Leistungsspektrum		6

M4/1 - Flexibilität in der Kooperation

M4/1.1 - flexible Organisationseinheiten

Maßnahme: rasche und möglichst unkomplizierte Entwicklung von flexiblen Organisationseinheiten (Netzwerke, Gruppenpraxen, Kombinationen…) zur Aufrechterhaltung der kontinuierlichen Betreuung

Ziel: Nicht die Form entscheidet, sondern der Inhalt. Vorzugeben sind also Versorgungsaufgaben und -ziele; die Entwicklung geeigneter Organisationsformen erfolgt auf regionaler Ebene, entsprechend vorhandener Strukturen, Möglichkeiten und Erfordernisse, und in Kooperation mit den beteiligten Gesundheitsberufen.

Um allseits akzeptierte, den Versorgungsaufgaben entsprechende Organisationsformen zu schaffen, sollte den tätigen Ärzt_innen bei der Entwicklung solcher ein größtmöglicher Handlungs- und Gestaltungsspielraum eingeräumt werden. Es darf keine Ungleichheit in Bewertung, Unterstützung und Honorierung geben.

Beschreibung:

- Organisatorische Vernetzung ist von wirtschaftlicher Vernetzung zu trennen. Nur so ist die regionale Entwicklung geeigneter, dem Gebiet angepasster Formen für eine flächendeckende Erhaltung primärmedizinischer Versorgung unkompliziert genug.
- Sinnvolle Einheiten: Netzwerke (z.B. Weiter- oder Neuentwicklung von Sprengel- oder anderen regionalen Netzwerken), Gruppenpraxen unterschiedlicher Art (Kombination unterschiedlicher oder homogener Berufsgruppen - z.B. Anstellung weiterer Gesundheitsberufe), Kombinationen aus beiden Formen.
- Entsprechend des Versorgungsauftrags ist die Kooperation der beteiligten Berufsgruppen ebenfalls in flexiblen Settings zu ermöglichen.

Die Aufrechterhaltung der typisch hausärztlichen Kontinuität ist ein zentrales Element erfolgreicher Behandlung und Betreuung und des Erfolgs von PHC, und daher unabhängig von der gewählten Organisationseinheit zu gewährleisten.

Argumentation:
Die regionale Entwicklung geeigneter, dem Gebiet angepasster Formen muss möglich werden. Es gibt bereits viele funktionierende, gewachsene Modelle, die strukturell und ökonomisch gestützt werden müssten. Die Fixierung auf einige wenige, sehr enge Formen der Zusammenarbeit in der Primärversorgung birgt das Risiko einer Hemmung regional sinnvoller Entwicklungen. Eine Akzeptanz neuer Primärversorgungskonzepte (PHC) kann nur unter Einbeziehung der Expertise der vor Ort tätigen Leistungserbringer (Hausärzt_innen) erfolgen und wird im Konzept von PHC auch dezidiert so gefordert (Czypionka, 2014).
Netzwerke: gerade im ländlichen Bereich und oftmals bereits in Sprengeln informell bestehend. Es bietet sich auch die Entwicklung regionaler Netzwerke an - bei guter Kommunikation und Kollegialität innerhalb einzelner Sprengel kommt es bereits jetzt zur Begünstigung von informellen Netzwerken, einer koordinierteren Urlaubs- und Vertretungsplanung sowie ergänzenden Öffnungszeiten. Die Formalisierung dieser Netzwerkstrukturen hin zur Bildung von Ärztenetzwerken erscheint in der

Organisationseinheit des Sprengels einfach: Es braucht klare Rahmenbedingungen, unter denen sich möglichst flexible Zusammenarbeitsformen etablieren können (Schaffung von Verbindlichkeit innerhalb des Netzwerkes - Kommunikationsregeln, Kooperationsregeln, Vertretungsregeln). Je nach Einzugsgebiet und Infrastruktur können größere oder kleinere Einheiten sinnvoll sein, je nach Verfügbarkeit div. Gesundheitsberufe die Netzwerk- und Teamgestaltung variieren. Die Orientierung an einem Versorgungsauftrag ist einzig tatsächlich dem PHC-Konzept folgend, das sich nicht durch spezifische Organisationsformen oder deren administrative Ausgestaltung definiert, sondern an inhaltlichen Aspekten. Freiheiten eröffnen nicht nur eine Vielfalt von Möglichkeiten, sondern einzig die Möglichkeit einer breiten Akzeptanz und einer lokalen Passgenauigkeit. Wirtschaftliche Vernetzung soll möglich sein, aber nicht Voraussetzung sein.
Hausärztliche Kontinuität muss im Netzwerk erhalten bleiben. Da Dezentralität einer der entscheidendsten Faktoren für den Erfolg von PHC ist (Czypionka), ist aufgrund der topographischen Situation in Österreich gerade hier in vielen Fällen nur eine Netzwerklösung sinnvoll und praktikabel.

Evidenzhintergrund/Referenzen:

Abendroth, Jens, Ute Schnell, Thomas Lichte, Matthias Oemler, und Andreas Klement. „Motives of former interns in general practice for speciality-choice − Results of a cross-sectional study among graduates 2007 to 2012“. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 31, Nr. 1 (17. Februar 2014). https://doi.org/10.3205/zma000903.

Birck, Sophie, Richard Wagner, Nina Jansen, Martin Scherer, und Ben Gedrose. „Does Postgraduate Training Change the Attitude of Young Physicians Towards Working in Primary Care or in Specialized Internal Medicine?“.

Czypionka, Thomas, Markus Kraus, Michael Berger, und Sophie Fößleitner. „Mehrfache chronische Erkrankungen als Herausforderung der Zukunft – Modelle der integrierten Versorgung aus der europäischen Praxis“, Juni 2017, 16.

Gedrose, B., C. Wonneberger, J. Jünger, B. Robra, A. Schmidt, C. Stosch, R. Wagner, u. a. „Haben Frauen am Ende des Medizinstudiums andere Vorstellungen über Berufstätigkeit und Arbeitszeit als ihre männlichen Kollegen?“ *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift* 137, Nr. 23 (Juni 2012): 1242–47. https://doi.org/10.1055/s-0032-1304872.

Gensch, K. „Veränderte Berufsentscheidungen junger Ärzte und mögliche Konsequenzen für das zukünftige ärztliche Versorgungsangebot“. *Das Gesundheitswesen* 69, Nr. 6 (Juni 2007): 359–70. https://doi.org/10.1055/s-2007-981677.

Gibis, Bernhard, Andreas Heinz, Rüdiger Jacob, und Carl-Heinz Müller. „The Career Expectations of Medical Students“. *Deutsches Aerzteblatt Online*, 4. Mai 2012. https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0327.

Götz, K., A. Miksch, K. Hermann, A. Loh, K. Kiolbassa, S. Joos, und J. Steinhäuser. „Berufswunsch „planungssicherer Arbeitsplatz"“. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift* 136, Nr. 06 (Februar 2011): 253–57. https://doi.org/10.1055/s-0031-1272520.

Henry, John A., Brian J. Edwards, und Brendan Crotty. „Why Do Medical Graduates Choose Rural Careers?“ *Rural and Remote Health* 9, Nr. 1 (März 2009): 1083.

Herrmann, M., und P. Hänel. „Eine qualitative Studie - Der Berufswunsch Allgemeinmedizin vor dem Hintergrund der universitären und außeruniversitären Sozialisation von Studierenden - Online ZFA“, Nr. 12/2016. Zugegriffen 23. Juli 2018. https://doi.org/10.3238/zfa.2016.0514-0521.

Hilbert, Bernadett, und Anne Simmenroth-Nayda. „The Next Generation of Family Physicians: What Do They Think?“.

Kaiser, Agnes, und Arbeitsgemeinschaft Sozial- und Gesundheitsforschung. „Fördernde und hemmende Motivatoren von niedergelassenen MedizinerInnen in der beruflichen Praxis“. Linz: Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik der Johannes Kepler Universität Linz, November 2015. https://www.jku.at/fileadmin/gruppen/120/Publikationen_und_Downloads/Dateisicherung_Homepage_alt/Endbericht_ng_med_2015_v9.pdf.

Kiolbassa, Kathrin, Antje Miksch, Katja Hermann, Andreas Loh, Joachim Szecsenyi, Stefanie Joos, und Katja Goetz. „Becoming a general practitioner - Which factors have most impact on career choice of medical students?“ *BMC Family Practice* 12 (9. Mai 2011): 25. https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-25.

Kopp, Johannes, Mareike Kaucher, Rüdiger Jacob, Nico Richter, Bernhard Gibis, und Branko Trebar. „Specialty, Occupational Plans and Expectations of Medical Students – the Role of Family Medicine“. *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, Nr. 04 (2016): 154–160. https://doi.org/10.3238/zfa.2016.0154–0160.

Langer, A., T. Ewert, A. Hollederer, und G. Geuter. „Literaturüberblick über niederlassungsfördernde und -hemmende Faktoren bei Ärzten in Deutschland und daraus abgeleitete Handlungsoptionen für Kommunen“. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 20, Nr. 1 (Februar 2015): 11–18. https://doi.org/10.1055/s-0033-1356303.

Maenner, Moritz, Dagmar Schneider, Susann Schaffer, Thomas Kühlein, und Marco Roos. „Which Arguments Encourage for Practicing in Rural Areas?“.

Roick, C., D. Heider, O. H. Günther, B. Kürstein, S. G. Riedel-Heller, und H. H. König. „Was ist künftigen Hausärzten bei der Niederlassungsentscheidung wichtig? Ergebnisse einer postalischen Befragung junger Ärzte in Deutschland“. *Das Gesundheitswesen* 74, Nr. 1 (Januar 2012): 12–20. https://doi.org/10.1055/s-0030-1268448.

Roos, Marco, Eckart Blauth, Jost Steinhäuser, Thomas Ledig, Stefanie Joos, und Frank Peters-Klimm. „Gebietsweiterbildung Allgemeinmedizin in Deutschland: Eine bundesweite Umfrage unter Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung“. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, Weiterbildung Allgemeinmedizin, 105, Nr. 2 (1. Januar 2011): 81–88. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2010.11.007.

Rüdiger, Jacob, Johannes Kopp, und Sina Schultz. „Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014 - Ergebnisse einer bundesweiten Befragung“.

Schneider, Antonius, Marlies Karsch-Völk, Alica Rupp, Martin R. Fischer, Hans Drexler, Jörg Schelling, und Pascal Berberat. „Predictors of a positive attitude of medical students towards general practice – a survey of three Bavarian medical faculties“. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 30, Nr. 4 (15. November 2013). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3839073/.

Steinhäuser, j, S. Joos, und J Szecsenyi. „Welche Faktoren fördern die Vorstellung sich im ländlichen Raum niederzulassen?“ *Z Allg Med* 89 (2013): 10–15.

Organisationsebene: Bund, Versicherungsträger, Länder, Ärztekammer

Umsetzungspartner: Ärztekammer, Fachgesellschaft, Patientenorganisationen, beteiligte Berufsgruppen, Arbeiterkammer, Seniorenbund, Gemeinden, Gemeindeverband

Umsetzungsmonitor (zuletzt aktualisiert am 17.06.2018):

Bgld.	Ktn.	NÖ	OÖ	Sbg.	Stmk.	Tirol	Vlbg.	Wien

Good-practice Beispiel:
informelle Netzwerke österreichweit (Wr. Neudorf, Allentsteig, Wallersee, Wälderdoc, Birkfeld, styriamed…); durchgeplante Modelle: Region Schladming, Hartberg, Tennengau…) *Jobsharing und erweiterte Stellvertretung Niederösterreich, Gruppenpraxen Wien, Übergabepraxis, befristete Teilung, Teilgruppenpraxis, Jobsharing, saisonales Jobsharing Salzburg.* *OG von bereits niedergelassenen AMs, Übergabepraxis, Vertretungen Steiermark*
Ansprechpartner: Susanne Rabady, Peter Sigmund, Reinhold Glehr

M4/1.2 - Erleichterung der Zusammenarbeit innerhalb der organisatorischen Einheit

Maßnahme: Steigerung der Attraktivität in der Niederlassung durch flexible Zusammenarbeitsformen

Ziel: Etablierung verschiedener Formen professioneller Kooperation: Ärztegruppen, Job-Sharing, Vertretungsmodelle, Anstellungsverhältnisse Voll- und Teilzeit, Übergabe-/Einstiegsregelungen, Einarztpraxen).

Beschreibung:

- Angesichts der veränderten Lebensgewohnheiten und Erwartungen (von Ärzt_innen und Patient_innen) muss es unterschiedliche Möglichkeiten geben, den hausärztlichen Beruf auszuüben.
- Auch ein späterer Wechsel der Arbeitsform muss möglich sein: einerseits wirkt die zu frühe Festlegung abschreckend von der Berufswahl Allgemeinmedizin, andererseits stellt die selbständige Berufsausübung längerfristig weiterhin für viele eine hohe Motivation dar.
- Dem veränderten Rollenverständnis mit stärkerer Betonung familiärer Verantwortung muss Rechnung getragen werden.

Das hohe Gut hausärztlicher Kontinuität ist dabei zu wahren, und es sind Mechanismen vorzusehen, die gerechte Arbeitsverhältnisse sicherstellen.

Argumentation:

Sämtliche im inner- und außereuropäischen Raum durchgeführten
Studien belegen, dass die Attraktivität des hausärztlichen Berufes in der Niederlassung (insbesondere bei Frauen) davon profitiert, wenn flexible Zusammenarbeitsformen ermöglicht werden. Da Männer gleich häufig Kinder möchten und sich die nachfolgenden Generationen zunehmend durch eine geschlechtergleiche Aufteilung der familiären Aufgaben auszeichnen bzw. beiden Geschlechtern die “Work-life-balance” gleich wichtig ist, liegt in der Ermöglichung verschiedenster Arbeits(zeit)modelle ein vordringlich zu lösendes Problem.
In der Studie zur Berufsmotivation AM des IAMEV wurde gezeigt, dass der größte Teil der Befragten gerne selbständig in einer Gemeinschaftspraxis arbeiten würde. Da aber ein Großteil der Studierenden sich auch vorstellen kann, in Primärversorgungszentren, angestellt oder in einer Einzelpraxis zu arbeiten, sollte es eine flexible Möglichkeit geben, den hausärztlichen Beruf auszuüben (auch mit der Möglichkeit, die Arbeitsform im Verlauf des Berufslebens noch einmal zu ändern (angestellt/selbständig etc.).

Junge Kolleg_innen wollen vielfältige Möglichkeiten und brauchen Flexibilität. Oft ergeben sich aus Übergangsphasen dann klare Pläne, und vor allem die Freude auf Niederlassung. Flexiblen Kooperationsformen erzeugen auch ergänzende Angebote (je nach Ausbildung und Interesse der Kooperierenden) und damit ein breiteres Versorgungsspektrum auf regionaler Ebene (zB: Geriatrie-Diplom und Wundmanagement, DMP, Komplementärmedizin...). Eine freiere Wahl der Partner_innen bei Gruppenpraxen und Netzwerken macht hier Sinn, ebenso eine ökonomische Förderung von

Zusammenschlüssen, wenn diese die Versorgungsqualität verbessern.

Nachfolge: vorausschauende Regelungen im Gruppenpraxisvertrag sind hier notwendig.

Anstellung von Ärzt_innen bei Ärzt_innen: Vorteile und Nachteile sind noch zu analysieren, die Möglichkeit zur regelmäßigen Vertretung sollte erhalten bleiben, da Anstellung für kleinere Praxen und auch für Ärzt_innen, die bereits an Spitälern angestellt sind, keine echte Option darstellen.

Evidenzhintergrund/Referenzen:

Abendroth, Jens, Ute Schnell, Thomas Lichte, Matthias Oemler, und Andreas Klement. „Motives of former interns in general practice for speciality-choice − Results of a cross-sectional study among graduates 2007 to 2012“. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 31, Nr. 1 (17. Februar 2014). https://doi.org/10.3205/zma000903.

Birck, Sophie, Richard Wagner, Nina Jansen, Martin Scherer, und Ben Gedrose. „Does Postgraduate Training Change the Attitude of Young Physicians Towards Working in Primary Care or in Specialized Internal Medicine?“.

Czypionka, Thomas, Markus Kraus, Michael Berger, und Sophie Fößleitner. „Mehrfache chronische Erkrankungen als Herausforderung der Zukunft – Modelle der integrierten Versorgung aus der europäischen Praxis“.

Gedrose, B., C. Wonneberger, J. Jünger, B. Robra, A. Schmidt, C. Stosch, R. Wagner, u. a. „Haben Frauen am Ende des Medizinstudiums andere Vorstellungen über Berufstätigkeit und Arbeitszeit als ihre männlichen Kollegen?“ *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift* 137, Nr. 23 (Juni 2012): 1242–47. https://doi.org/10.1055/s-0032-1304872.

Gensch, K. „Veränderte Berufsentscheidungen junger Ärzte und mögliche Konsequenzen für das zukünftige ärztliche Versorgungsangebot“. *Das Gesundheitswesen* 69, Nr. 6 (Juni 2007): 359–70. https://doi.org/10.1055/s-2007-981677.

Gibis, Bernhard, Andreas Heinz, Rüdiger Jacob, und Carl-Heinz Müller. „The Career Expectations of Medical Students“. *Deutsches Aerzteblatt Online*, 4. Mai 2012. https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0327.

Götz, K., A. Miksch, K. Hermann, A. Loh, K. Kiolbassa, S. Joos, und J. Steinhäuser. „Berufswunsch „planungssicherer Arbeitsplatz”“. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift* 136, Nr. 06 (Februar 2011): 253–57. https://doi.org/10.1055/s-0031-1272520.

Herrmann, M., und P. Hänel. „Eine qualitative Studie - Der Berufswunsch Allgemeinmedizin vor dem Hintergrund der universitären und außeruniversitären Sozialisation von Studierenden - Online ZFA“, Nr. 12/2016. Zugegriffen 23. Juli 2018. https://doi.org/10.3238/zfa.2016.0514-0521.

Hilbert, Bernadett, und Anne Simmenroth-Nayda. „The Next Generation of Family Physicians: What Do They Think?“.

Kaiser, Agnes, und Arbeitsgemeinschaft Sozial- und Gesundheitsforschung. „Fördernde und hemmende Motivatoren von niedergelassenen MedizinerInnen in der beruflichen Praxis“. Linz: Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik der Johannes Kepler Universität Linz, November 2015. https://www.jku.at/fileadmin/gruppen/120/Publikationen_und_Downloads/Dateisicherung_Homepage_alt/Endbericht_ng_med_2015_v9.pdf.

Kiolbassa, Kathrin, Antje Miksch, Katja Hermann, Andreas Loh, Joachim Szecsenyi, Stefanie Joos, und Katja Goetz. „Becoming a general practitioner - Which factors have most impact on career choice of medical students?“ *BMC Family Practice* 12 (9. Mai 2011): 25. https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-25.

Kopp, Johannes, Mareike Kaucher, Rüdiger Jacob, Nico Richter, Bernhard Gibis, und Branko Trebar. „Specialty, Occupational Plans and Expectations of Medical Students – the Role of Family Medicine“. *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, Nr. 04 (2016): 154–160. https://doi.org/10.3238/zfa.2016.0154–0160.

Langer, A., T. Ewert, A. Hollederer, und G. Geuter. „Literaturüberblick über niederlassungsfördernde und -hemmende Faktoren bei Ärzten in Deutschland und daraus abgeleitete Handlungsoptionen für Kommunen“. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 20, Nr. 1 (Februar 2015): 11–18. https://doi.org/10.1055/s-0033-1356303.

Maenner, M, D Schneider, S Schaffer, T Kühlein, und M Roos. „Which arguments encourage for practicing in rural areas? Results of a workshop with family practitioner trainees“. *Z Allg Med* 91 (2015): 154–9.

Roick, C., D. Heider, O. H. Günther, B. Kürstein, S. G. Riedel-Heller, und H. H. König. „Was ist künftigen Hausärzten bei der Niederlassungsentscheidung wichtig? Ergebnisse einer postalischen Befragung junger Ärzte in Deutschland“. *Das Gesundheitswesen* 74, Nr. 1 (Januar 2012): 12–20. https://doi.org/10.1055/s-0030-1268448.

Roos, Marco, Eckart Blauth, Jost Steinhäuser, Thomas Ledig, Stefanie Joos, und Frank Peters-Klimm. „Gebietsweiterbildung Allgemeinmedizin in Deutschland: Eine bundesweite Umfrage unter Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung“. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, Weiterbildung Allgemeinmedizin, 105, Nr. 2 (1. Januar 2011): 81–88. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2010.11.007.

Rüdiger, Jacob, Johannes Kopp, und Sina Schultz. „Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014 - Ergebnisse einer bundesweiten Befragung“.

Schneider, Antonius, Marlies Karsch-Völk, Alica Rupp, Martin R. Fischer, Hans Drexler, Jörg Schelling, und Pascal Berberat. „Predictors of a positive attitude of medical students towards general practice – a survey of three Bavarian medical faculties“. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 30, Nr. 4 (15. November 2013). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3839073/.

Steinhäuser, j, S. Joos, und J Szecsenyi. „Welche Faktoren fördern die Vorstellung sich im ländlichen Raum niederzulassen?“ *Z Allg Med* 89 (2013): 10–15.

Organisationsebene: Länder/Versicherungsträger/Ärztekammern

Umsetzungspartner: Ärztekammern, Gemeinden, Gemeindebund, Patientenorganisationen

Good-practice Beispiel:

Österreich: keines

Europäische Länder: Deutschland, Niederlande, Großbritannien
Schweiz: ersten 5 Berufsjahre in Anstellung mit Option, danach als Gesellschafter einzusteigen

Ansprechpartner: Stephanie Poggenburg, Susanne Rabady

M4/2 - Belastungsreduktion

M4/2.1 Entlastung von administrativen Aufgaben: Delegierung, EDV

Maßnahme: Erleichterung des administrativen und organisatorischen Aufwandes

Ziel: Bestmögliche Konzentration auf ärztliche Kernaufgaben durch Reduktion administrativer und dokumentarischer Aufgaben auf das unumgängliche Maß.

Beschreibung:

- Administrative Aufgaben sind einerseits Teil erfolgreicher Unternehmensführung (Abrechnung, Personalverwaltung etc.), andererseits aufgrund von rechtlichen Vorgaben sowie zur Qualitätssicherung erforderlich.
- Die Durchforstung auf überflüssige Maßnahmen ist zu empfehlen.
- Die Entlastung der Ärzt_innen ist durch Delegierung auf dafür ausgebildete Teammitglieder zu erreichen, sowie durch geeignete automationsgestützte Dokumentation und Verwaltung, insbesondere aufgrund der gesteigerten Anforderungen durch ELGA und Kodierung.
- Praxisorganisation muss verbindlicher Lehrinhalt werden.

Evidenzhintergrund/Referenzen:

Dragosits, Aline, und Martin Scheuringer. „Motivatoren und Zufriedenheit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten“. Zugegriffen 23. Juli 2018. http://www.hauptverband.at/cdscontent/?portal=hvbportal&contentid=10007,769579&viewmode=content.

Hofer, Karin. „‚Traumjob: Landarzt?‘ Untersuchung zur Motivation für oder gegen die Übernahme einer Kassenstelle für Allgemeinmedizin in ländlichen Regionen“. Zugegriffen 23. Juli 2018. http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007,696407&portal=hvbportal&viewmode=content.

Kaiser, Agnes, und Arbeitsgemeinschaft Sozial- und Gesundheitsforschung. „Fördernde und hemmende Motivatoren von niedergelassenen MedizinerInnen in der beruflichen Praxis“. Linz: Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik der Johannes Kepler Universität Linz, November 2015. https://www.jku.at/fileadmin/gruppen/120/Publikationen_und_Downloads/Dateisicherung_Homepage_alt/Endbericht_ng_med_2015_v9.pdf.

Scharer, Sebastian, und Andreas Freitag. „Physicians’ Exodus: Why Medical Graduates Leave Austria or Do Not Work in Clinical Practice“. *Wiener Klinische Wochenschrift* 127, Nr. 9–10 (Mai 2015): 323–29. https://doi.org/10.1007/s00508-015-0786-7.

Sox HC. „THe future of primary care“. *Annals of Internal Medicine* 138, Nr. 3 (4. Februar 2003): 230–32. https://doi.org/10.7326/0003-4819-138-3-200302040-00016.

Organisationsebene: Krankenkassen (Teamhonorierung, Softwareunterstützung; Vorgaben), Ärztekammer, Softwareanbieter, Gesetzgeber (Vorgaben), Behörden

Umsetzungspartner: Ärztekammern, open source Start-ups, Fachhochschulen Gesundheitsmanagement (Erhebung relevanter und irrelevanter administrativer Aufgaben)

Umsetzungsmonitor (zuletzt aktualisiert am 18.05.2018):								
Bgld.	**Ktn.**	**NÖ**	**OÖ**	**Sbg.**	**Stmk.**	**Tirol**	**Vlbg.**	**Wien**
Good-practice Beispiel: OÖ: *Wegfall der "Chefarzt"pflichtigkeit*								
Ansprechpartner: Gonzalez, Heckenthaler, Kornfeil (EDV) Rabady(Praxisorganisation), Glehr, Bernhardt (Qualitätssicherung)								

M4/2.2 - Randzeitenabdeckung bei Ressourcenschonung

Maßnahme: Ausreichende personelle Ressourcen und strukturelle Änderungen (Sprengelstrukturen) zur erleichterten Randzeitenabdeckung

Ziel: Die Primärversorgung der Bevölkerung außerhalb der Kernzeiten unter Schonung menschlicher und materieller Ressourcen zu sichern, setzt eine ausreichende personelle Ausstattung der jeweiligen Einheit voraus. Vergrößerung von Kleinsprengeln und die Schaffung einer ausreichenden Zahl ärztlicher Stellen sind notwendige Maßnahmen.

Beschreibung:

- Kleinsprengel mit hoher Wochenenddienst- und Urlaubsbelastung werden zunehmend unattraktiv.
- Unbesetzte Stellen in einem Sprengel reduzieren Attraktivität.
- Ausgedehnte verpflichtende Ordinationsöffnungszeiten können unabhängig von der Organisationsform zu Fallen werden: Bei Ausfall von Kolleg_innen (Langzeiterkrankung, Pensionierung, Mutterschutz…) sind Belastungsgrenzen erreicht/überschritten.
- Nacht- und Wochenenddienste werden als stark belastend empfunden, wenn die Arbeitszeit insgesamt hoch wird.
- Wochenend- und Nachtdienste sollen unabhängig von der Regelversorgung organisiert werden

Argumentation:

Eine Vergrößerung der Sprengel setzt in zahlreichen, dünn besiedelten Regionen voraus, dass das Problem der langen Wege außerhalb der Kernzeiten gelöst wird. Patient_innen sind bereit, lange Wege in Kauf zu nehmen (fahren ja auch in die Spitalsambulanzen). Für Ärzt_innen, die im Bereitschaftsdienst eine große Zahl von Patient_innen betreuen, ist dies jenseits der Machbarkeit. Eine Lösung wäre der professionelle (Ambulanz-)transport von immobilen oder akut erkrankten Patient_innen auch in die Ordinationen (außerhalb der Kernzeiten bzw. bei Ausfall von Kollegen durch Urlaub, Krankenstand o.ä.), der dazu noch weitere Vorteile bieten könnte: Im ländlichen Bereich erhöht die abnehmende Infrastruktur (fehlende öffentliche Verkehrsmittel und zu teure Taxitransporte) die Schwelle zum Ordinationsbesuch und führt in der Folge zur Inanspruchnahme der nächsten Versorgungsebene, da diese mit Krankentransporten angefahren werden kann.
In Deutschland kam es aufgrund des zunehmenden Ärztemangels zu einer Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, wie die regionale Demographie, Morbidität, Sozioökonomie, räumliche Faktoren und infrastrukturelle Besonderheiten. Da die Sprengelgröße auch einen direkten Einfluss auf die Bereitschaftsdienstbelastung hat, die in vielen Untersuchungen als unattraktiv am Hausarztberuf bewertet wurde, sind Maßnahmen zu einer gerechten und angemessenen Bewertung des Sprengelgröße im Sinne derer, die den Hausarztberuf in Erwägung ziehen.

Evidenzhintergrund/Referenzen:

BMASGK, Hrsg. „Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017“, Juni 2018. https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1071/CMS1136983382893/oesg_2017_-_textband,_stand_29.06.2018.pdf.

Gerlach, Ferdinand. „Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche“. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 68, Nr. 6 (2015): 7–14.

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2014-6-7.
Klose, Joachim, und Isabel Rehbein. „Ärzteatlas 2016 Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten“. Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), Juni 2016. https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ambulaten_versorg/wido_amb_pub-aerzteatlas2016_0716.pdf.
Maenner, Moritz, Dagmar Schneider, Susann Schaffer, Thomas Kühlein, und Marco Roos. „Which Arguments Encourage for Practicing in Rural Areas?“.
Press Association. „GP Recruitment Crisis Intensifies as Vacancies Soar to 12.2%“. *The Guardian*, 11. Mai 2017, Abschn. Society. http://www.theguardian.com/society/2017/may/12/gp-recruitment-crisis-intensifies-as-vacancies-soar-to-122.
Roick, C., D. Heider, O. H. Günther, B. Kürstein, S. G. Riedel-Heller, und H. H. König. „Was ist künftigen Hausärzten bei der Niederlassungsentscheidung wichtig? Ergebnisse einer postalischen Befragung junger Ärzte in Deutschland“. *Das Gesundheitswesen* 74, Nr. 1 (Januar 2012): 12–20. https://doi.org/10.1055/s-0030-1268448.
Sox HC. „THe future of primary care“. *Annals of Internal Medicine* 138, Nr. 3 (4. Februar 2003): 230–32. https://doi.org/10.7326/0003-4819-138-3-200302040-00016.

Organisationsebene: Versicherungsträger, Länder, Ärztekammern

Umsetzungspartner: Länder, Gemeinden, Versicherungsträger, Patientenorganisationen, Ärztekammern, Rettungsdienste

Umsetzungsmonitor (zuletzt aktualisiert am 18.05.2018):

Bgld.	Ktn.	NÖ	OÖ	Sbg.	Stmk.	Tirol	Vlbg.	Wien

Good-practice Beispiel:

Österreich:

- *Sprengel Waidhofen/Thaya (ohne Rettungstransporte): früher mehrere 3-Arztsprengel, jetzt 1 Sprengel mit mehr als 10 Ärzt_innen*
- *HÄND OÖ*
- *Salzburg: hohe Zufriedenheit nach Vergrößerung der Dienstsprengel und damit einhergehender Reduktion der zu leistenden Dienste/Kopf sowie Begrenzung der Dienstzeit bis 23.00 Uhr mit gleichzeitiger Etablierung eines nächtlichen Telefondienstes*
- *Styriamed.net*
- *PVE Enns (Rettungstransporte)*

Europäische Länder: Finnland (Rettungstransporte); Deutschland: Berücksichtigung regionaler Besonderheiten in der Planung, wie die regionale Demographie, Morbidität, Sozioökonomie, räumliche Faktoren und infrastrukturelle Besonderheiten.

Ansprechpartner: Sigmund, Poggenburg

M4/3 - Arbeitsdichte optimieren

M4/3.1 - Kontaktzahlen an Aufgaben anpassen

Maßnahme: Überprüfung der Arzt/Patienten-Verhältniszahl entsprechend der regionalen und demographischen Anforderungen

Ziel: Ermöglichen der Erfüllung des Versorgungsauftrags angesichts des Wandels in Demografie und Krankheitsspektrum. Die Kontaktzahlen pro Arzt/Ärztin müssen daran angepasst sein. Dies wird zum einen durch interne und externe Teambildung erreicht, zum anderen durch eine ausreichende Zahl von Ärzt_innen (Zusammenarbeitsformen und Planstellen ausbauen).

Beschreibung:

- Das Anforderungsspektrum hat sich in den letzten Jahrzehnten massiv verändert - hin zu aufwändigeren Leistungen (Prävention(sberatung), Chronikerbetreuung, Palliativversorgung, psychosomatische/psychosoziale Versorgung, Koordination und Kooperation in interprofessionellen Netzwerken, partizipative Entscheidungsfindung mit Aufklärungsaufwand, Dokumentation, Verlagerung von Krankenhausleistungen nach extramural etc.
- Die Zahl der niedergelassenen AMs und der Planstellen stagniert.

Eine Delegierung von “einfachen” ärztlichen Leistungen an Gesundheitsberufe ist erfahrungsgemäß keine Lösung**:** Ärzt_Innen können nur eine begrenzte Zahl komplexer Fälle behandeln - d.h. es werden kaum weniger Ärzt_Innen benötigt, wenn Gesundheitsberufe Fälle mit weniger Komplexität übernehmen. Zudem gefährdet ein hohes Maß an Delegierung Kontinuität und ganzheitliche Sicht auf die Patient_innen. Diese erwarten sich beim Arztbesuch auch ärztlichen Kontakt. Diese Kontinuität kann nur durch den hausärztlich arbeitenden Generalisten/Generalistin hergestellt werden. Darüber hinaus ist zur Sicherstellung der ärztlichen Behandlungsqualität ein Arzt-Patientenkontakt nahezu immer erforderlich, um die elementare hausärztliche Aufgabe, auch abwendbar gefährliche Verläufe in scheinbar harmlosen Konsultationsanlässen zu erkennen, sicherzustellen. Dies ist anderem medizinischen Personal aufgrund der fehlenden medizinischen Ausbildung (Medizinstudium) nicht möglich.

Argumentation:
Qualität ist in der hausärztlichen Medizin auch vom Faktor Zeit/Patient_in abhängig. Die Arbeitsbelastung wird oft als Grund dafür genannt, den Beruf nicht zu wählen. Aufgrund geographischer und regionaler Besonderheiten ist die hausärztliche Versorgung von Patienten mit einem höchst unterschiedlichen Versorgungsaufwand verbunden, der bei der Planung und Vergütung von Kassenarztstellen berücksichtigt werden sollte. In Deutschland wurden daher die Planungsbereiche verkleinert und regionale Besonderheiten berücksichtigt sowie eine Verhältniszahl Arzt/Patient eingeführt (Klose,2016):

Regionale Besonderheiten können sein:
- die regionale Demografie (z.B. ein über- oder unterdurchschnittlicher Anteil von

Kindern oder älteren Menschen),
- die regionale Morbidität (z.B. auffällige Prävalenz- oder Inzidenzraten),
- sozioökonomische Faktoren (z.B. Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit und Pflegebedarf),
- räumliche Faktoren (z.B. Erreichbarkeit, Entfernung, geografische Phänomene wie Gebirgszüge oder Flüsse, Randlagen, Inseln oder eine besondere Verteilung von Wohn- und Industriegebieten)
- Infrastrukturelle Besonderheiten (u.a. Verkehrsanbindung, Sprechstunden-/Arbeitszeiten und Versorgungsschwerpunkte des Vertragsarztes, Barrierefreiheit, Zugang zu Versorgungsangeboten angrenzender Planungsbereiche unter Berücksichtigung von Über- und Unterversorgung und anderer Sektoren, z.B. in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen etc.).
- Sprachliche Besonderheiten, hoher Anteil an Migranten...

Fraglich ist, ob die “Schein (E-Card-) Zahlen” die Arbeitsdichte in der derzeitigen Situation ausreichend vergleichbar beschreiben. Der Arbeitsaufwand pro “Schein” ist von einer Reihe von Faktoren (s. oben) bestimmt, und vor allem auch davon, welche Art von Versorgungsauftrag in welcher Form wahrgenommen wird.
Erster Schritt wäre also die Definition eines Versorgungsauftrags, auf dessen Grundlage eine sinnvolle Kontaktzahl bzw. Listengröße ermittelt wird, unter Berücksichtigung von internationalen Erfahrungen.

Evidenzhintergrund/Referenzen:

131. Bundesgesetz: Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 – GRUG 2017 (NR: GP XXV IA 2255/A AB 1714 S. 188. BR: AB 9882 S. 871.).. https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BglAuth/BGBLA_2017_I_131/BGBLA_2017_I_131.pdfsig.

BMASGK, Hrsg. „Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017“, Juni 2018. https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1071/CMS1136983382893/oesg_2017_-_textband,_stand_29.06.2018.pdf.

Klose, Joachim, und Isabel Rehbein. „Ärzteatlas 2016 Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten“. Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), Juni 2016. https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ambulaten_versorg/wido_amb_pub-aerzteatlas2016_0716.pdf.

Organisationsebene: Versicherungsträger, Ärztekammern, Länder (Strukturplanung)

Umsetzungspartner: Ärztekammern, Patientenorganisationen, Gemeinden

Good-practice Beispiel:

Österreich: kleine Praxen mit internen Teams - Derzeit ist die Finanzierung solcher Modelle von zusätzlichen Mitteln z.B. durch eine Hausapotheke, abhängig. Grundsätzlich muss die Honorierung einer Praxis so gestaltet sein, dass sich diese immer auch ohne Hausapotheke ausreichend Einkommen generiert. Eine Hausapotheke darf nicht essentieller Bestandteil einer Praxis sein sondern immer nur ein Service für die Bevölkerung)
Europäische Länder: Deutschland: Hausarztmodell, Dänemark

Ansprechpartner: Rabady

M4/3.2 - Förderung der Bildung eines Kernteams

Maßnahme: Die Bildung von Kernteams und erweiterten Teams bedarf Möglichkeiten einer abgestuften Ausbildung klarer Zuständigkeiten

Ziel: Jede hausärztliche Versorgungseinrichtung muss über ein angemessenes internes Team verfügen können. Größe und Zusammensetzung orientieren sich an Art und Aufgaben der Versorgungseinheit. Das minimale Team einer einzelnen Basiseinheit besteht aus Allgemeinmediziner_in und Ordinationsassistent_in und/oder Pflegefachkraft.

Beschreibung:

- **Die Delegation von administrativen sowie diversen medizinischen Tätigkeiten ist Voraussetzung dafür, dass die Allgemeinmediziner_in sich auf - ihrer Ausbildung entsprechende - Aufgaben konzentrieren kann.**

- **Die Zusammensetzung des Teams richtet sich nach der Art der Organisationseinheit (z.B. Teil eines Netzwerks oder Gruppenpraxis) und ergibt sich aus den zu erbringenden Leistungen.**

- Abgestufte Aus- und Weiterbildungsgänge für Ordinationsfachpersonal sind zu schaffen

- Ermöglicht wird dadurch ein erweitertes Leistungsangebot und eine Steigerung der Qualität der Leistungserbringung.

- Innerhalb des Teams folgt die Aufgabenverteilung entlang der in der jeweiligen Ausbildung erworbenen Kompetenzen.

- Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten müssen innerhalb des Teams und gegenüber den Patient_innen klar erkennbar gestaltet sein.

- **Die Honorierung muss so gestaltet sein, dass die Anstellung dieser Fachkräfte für alle Hausärzt_innen finanzierbar ist. Es dürfen aufgrund der sozialen Gerechtigkeit keine Unterschiede zwischen verschiedenen Organisationsformen bestehen (Finanzierungsunterstützung).**

Argumentation:
Qualität ist in der Hausarztmedizin auch vom Faktor Zeit/Patient_in abhängig. Die Arbeitsbelastung wird oft als Grund dafür genannt, den
hausärztlichen Beruf nicht zu wählen. Aufgrund geographischer und regionaler Besonderheiten ist die hausärztliche Versorgung von Patient_innen mit einem höchst unterschiedlichen Versorgungsaufwand verbunden, der bei der Planung und Vergütung von Kassenarztstellen berücksichtigt werden sollte. In Deutschland wurden daher die Planungsbereiche verkleinert und regionale Besonderheiten berücksichtigt sowie eine Verhältniszahl Arzt/Patient_in eingeführt (Gerlach, 2011):

Regionale Besonderheiten können sein:

- die regionale Demografie (z.B. ein über- oder unterdurchschnittlicher Anteil von Kindern oder älteren Menschen),

- die regionale Morbidität (z.B. auffällige Prävalenz- oder Inzidenzraten),
- sozioökonomische Faktoren (z.B. Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit und Pflegebedarf),
- räumliche Faktoren (z.B. Erreichbarkeit, Entfernung, geografische Phänomene wie Gebirgszüge oder Flüsse, Randlagen, Inseln oder eine besondere Verteilung von Wohn- und Industriegebieten)
- Infrastrukturelle Besonderheiten (u.a. Verkehrsanbindung, Sprechstunden-/Arbeitszeiten und Versorgungsschwerpunkte des Vertragsarztes, Barrierefreiheit, Zugang zu Versorgungsangeboten angrenzender Planungsbereiche unter Berücksichtigung von Über- und Unterversorgung und anderer Sektoren, z.B. in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen etc.).
- Sprachliche Besonderheiten, hoher Anteil an Migrant_innen...

Fraglich ist, ob die “Schein (E-Card-) Zahlen” die Arbeitsdichte in der derzeitigen Situation ausreichend vergleichbar beschreiben. Der Arbeitsaufwand pro “Schein” ist von einer Reihe von Faktoren (s. oben) bestimmt, und vor allem auch davon, welche Art von Versorgungsauftrag in welcher Form wahrgenommen wird.
Erster Schritt wäre also die Definition eines Versorgungsauftrags, auf dessen Grundlage eine sinnvolle Kontaktzahl bzw. Listengröße ermittelt wird, unter Berücksichtigung von internationalen Erfahrungen.

Bei politischem Wunsch nach mehr multiprofessionaler Zusammenarbeit sollte der Aufbau der dazu notwendigen Strukturen und Informationen auch organisatorisch und finanziell unterstützt werden- und zwar unabhängig von der Organisationsform (Einzel-, Gruppenpraxis, PVE)

Evidenzhintergrund/Referenzen:

131. Bundesgesetz: Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 – GRUG 2017 (NR: GP XXV IA 2255/A AB 1714 S. 188. BR: AB 9882 S. 871). https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2017_I_131/BGBLA_2017_I_131.pdfsig.

Bachler, Herbert Johann, und Raphael Bertsch. „Reform der Primärversorgung in Österreich“. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 11. Dezember 2017, 1–9. https://doi.org/10.1007/s10354-017-0613-z.

BMASGK, Hrsg. „Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017“, Juni 2018. https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1071/CMS1136983382893/oesg_2017_-_textband,_stand_29.06.2018.pdf.

Mergenthal, Karola, Martin Beyer, Ferdinand M Gerlach, und Corina Güthlin. „How are Concepts of Delegation in Family Practices Implemented?“.

ÖGAM. „Stellungnahme der ÖGAM (Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin) zum Entwurf des Gesundheitsreformumsetzungsgesetzes 2017“.

„VERAH® Fortbildung“. Zugegriffen 23. Juli 2018. https://www.verah.de/ueber-verah/werden.

Organisationsebene: Bund (Gesetzgeber), Versicherungsträger, Ärztekammer

Umsetzungspartner: Ärztekammern, Berufsverbände, Medien

Good-practice Beispiel: *zahlreiche österreichische Praxen*
Deutschland (VERAH) https://www.verah.de/ueber-verah/werden

Ansprechpartner: Susanne Rabady

M4/3.3 - Modernes Leistungsspektrum ermöglichen

Maßnahme: es bedarf einer Modernisierung des Leistungskataloges

Ziel: Zur Erfüllung der Aufgaben einer zeitgemäßen Allgemeinmedizin nach internationalem Vorbild muss die Erbringung moderner Leistungen im extramuralen Bereich möglich sein. Diese sollten dem jeweils aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnisstand angepasst sein.

Beschreibung:

- sonographie-unterstützte körperliche Untersuchung ist Standard
- evidenzgestützte bedside Tests und quantitative POC Diagnostik
- Spirometrie,
- Akutlabor etc. sind anerkannte Verfahren in der Primärversorgung

Professionelles Handeln in der Praxis, die Erfüllung des Versorgungsauftrags und die Entlastung des sekundären und tertiären Sektors setzt eine zeitgemäße technologische Ausstattung voraus. Der Entwicklung der medizinischen Möglichkeiten muss mittels einer kontinuierlichen Anpassung des Leistungsspektrums Rechnung getragen werden. Junge Ärzt_innen erwarten, in ihrem Beruf die moderne Medizin, die sie gelernt haben, auch umsetzen zu können.
Es sollte eine einheitliche Lösung Bundesländer übergreifend für ganz Österreich gefunden werden.

Evidenzhintergrund/Referenzen:

Hall, Jeffrey W. W., Harland Holman, Paul Bornemann, Tyler Barreto, David Henderson, Kevin Bennett, Jeff Chamberlain, und Douglas M. Maurer. „Point of Care Ultrasound in Family Medicine Residency Programs: A CERA Study“. *Family Medicine* 47, Nr. 9 (Oktober 2015): 706–11.

Höfler R, Fickert I. „Sonographie in Der Allgemeinmedizin - GMS | 50. Kongress Für Allgemeinmedizin Und Familienmedizin |“. Zugegriffen 23. Juli 2018. https://www.egms.de/static/en/meetings/degam2016/16degam073.shtml.

Lyon, Matthew, Michael Blaivas, und Larry Brannam. „Use of Emergency Ultrasound in a Rural ED with Limited Radiology Services“. *The American Journal of Emergency Medicine* 23, Nr. 2 (1. März 2005): 212–14. https://doi.org/10.1016/j.ajem.2004.05.007.

Rabady, Susanne, Andreas Sönnichsen, und Ilkka Kubbani, Hrsg. *EbM-Guidelines: Evidenzbasierte Medizin für Klinik und Praxis*. 7. komplett überarbeitete. Verlagshaus der Ärzte;, 2018.

Siepel, T., D. S. Clifford, P. A. James, und T. M. Cowan. „The Ultrasound-Assisted Physical Examination in the Periodic Health Evaluation of the Elderly“. *The Journal of Family Practice* 49, Nr. 7 (Juli 2000): 628–32.

Organisationsebene: Praxisinhaber, Versicherungsträger, ev. Gemeinden/Länder, Ärztekammern

Umsetzungspartner: Ärztekammern, Länder/Gemeinden (Förderung von Vorhalteleistungen)

Good-practice Beispiel: *diverse österreichische Praxen (Eigeninitiative)*

Ansprechpartner: Rabady

M5 - strukturelle Aufwertung

Hintergrundinformation

Ziel ist es, mit diesen Maßnahmen den Wert der Allgemeinmedizin sowohl in der Öffentlichkeit als auch im Gesundheitssystem klarer darzustellen. Es braucht nicht nur eine strukturelle Wertschätzung zur erleichterten finanziellen Aufwertung, es braucht Wertschätzung für die vielen jetzt arbeitenden Allgemeinmediziner_innen, um diese als Mentor_innen und Lehrende für jüngere Generationen zu gewinnen und zu behalten. Gelungene Lehre und das Begeistern für diesen Beruf funktionieren nur dann, wenn dieser auch nach wie vor mit Freude erlebt wird. Dieser Themenblock beschäftigt sich mit Maßnahmen wie der Anerkennung als Fach, der Steigerung der Wertschätzung im Gesundheitssystem und unter der Kollegenschaft, der Wahrnehmung als Fach mit hoher wissenschaftlicher Relevanz und vielem mehr.

M5 - Maßnahmenübersicht

	Maßnahmengruppe	Einzelmaßnahme	Charakteristika	verbunden mit
M5/1	**Anerkennung der AM als Fach**			1/alle, 2/alle, 6/1, 6/7,
		Einrichtung des Spezialfaches Allgemein- und Familienmedizin	rechtliche Gleichstellung mit anderen Fächern	
M5/2	**Steuerung der Zutritts- und Versorgungsebenen**			2/alle, 3/1, 4/2-4,6/1, 6/6, 6/7
M5/2.1		Steuerung der Zutrittsebene	Anreizsystem	
			Systemstellung bedingt Attraktivierung	
			Reduktion von Fehlinanspruchnahmen	
M5/2.2		Steuerung der Versorgungsebene	Definition der Primärversorgung als primär patientenführende Stelle	
			freiwillige Einschreibemöglichkeit in Hausarztmodell	
M5/2.3		Formulierung eines Versorgungsauftrags	gebunden an Schaffung formaler und struktureller Voraussetzungen	
M5/3	**ideelle Wertschätzung**	Positive Kommunikation und Wertschätzungskampagnen für die AM	Wissen über AM in Ärzteschaft, Öffentlichkeit und Politik	1/alle,2/1,4/2; 4/3, 6/6,6/1,D6/4,
			Darstellung der Rolle im System	
			Konstruktive Kommunikation von Optimierungsbedarf	
			Selbstbewusstsein im öffentlichen Auftreten	
			Imagekampagnen	

M5/1 - Anerkennung Allgemein- und Familienmedizin als Fach

Maßnahme: Etablierung des Faches Allgemein- und Familienmedizin mit Facharztstatus aufgrund der facheigenen Spezifitäten

Ziel:
Die Allgemein- und Familienmedizin ist eine klinische und akademische Spezialdisziplin, die durch spezifische Problemstellungen, ein spezifisches Fachwissen und eine spezifische Methodik charakterisiert ist. Dieser Tatsache ist in Ausbildung und Systemstellung Rechnung zu tragen. Eine Abwertung des Faches gegenüber den Spezialdisziplinen wird von den nachfolgenden Kolleg_innen nicht mehr toleriert.

Beschreibung: Gleichstellung zwischen Fachärzt_innen der Spezialfächer und Fachärzt_innen für Allgemeinmedizin bezieht sich auf:

- Erwerb von Spezialisierungen
- Honorierung (Spitalstätigkeit; niedergelassene Berufstätigkeit)

Die generalistische Disziplin Allgemein- und Familienmedizin verfügt über ein eigenes Spezialwissen und eigene Forschungsgegenstände, und ihre Ausübung verlangt spezielle Kompetenzen und fachspezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten, sowie spezielle Arbeitsmittel, von denen einige durch Zeitintensität gekennzeichnet sind. Die Allgemeinmedizin definiert sich durch ihre spezifische Arbeitsweise, die im Primärversorgungsbereich Einzigartigkeit in Bezug auf Effizienz und Therapieerfolg besitzt.

Evidenzhintergrund/Referenzen:

Abholz, Heinz-Harald, Attila Altiner, Ottomar Bahrs, Martin Beyer, Jean-F. Chenot, Norbert Donner-Banzhoff, Ferdinand Gerlach, und Antonius Schneider. „Allgemeinmedizin - spezialisiert auf den ganzen Menschen“, November 2012. https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf.

Abholz, Heinz-Harald, Uwe Kurzke, und Hans-E. Singer. „Abholz - Warum ist die Allgemeinmedizin notwendig und was benötigt sie?“ *Z Allg Med 2015:91:160-165*, Nr. 05/2015. https://www.online-zfa.de/archiv/ausgabe/artikel/zfa-5-2015/48535-heinz-harald-abholz-warum-ist-die-allgemeinmedizin-notwendig-und-was-benoetigt-sie-z-allg-me/.

Braun, Robert, Waltraud Fink, und Gustav Kamenski. *Lehrbuch der Allgemeinmedizin*. 1.Auflage. Berger und Söhne, 2007.

Freeman, Thomas R. *McWhinney's Textbook of Family Medicine | Revised by Thomas R. Freeman*. Oxford University Press Canada, 2016. http://www.oupcanada.com/catalog/9780199370689.html.

Gerlach, Ferdinand M., und Joachim Szecsenyi. „Family doctor-centred care in Baden-Wuerttemberg: concept and results of a controlled evaluation study“. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 107, Nr. 6 (1. Januar 2013): 365–71. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2013.07.002.

Hutchinson, Allen, und Lorne A. Becker. „How the Philosophies, Styles, and Methods of Family Medicine Affect the Research Agenda“. *Annals of Family Medicine* 2, Nr. Suppl 2 (Mai 2004): s41–44. https://doi.org/10.1370/afm.195.

Kochen, Michael, Hrsg. *Allgemeinmedizin und Familienmedizin*. 5.Auflage. Duale Reihe Thieme Verlag,

2017. https://www.thieme.de/shop/Allgemeinmedizin/Kochen-Duale-Reihe-Allgemeinmedizin-und-Familienmedizin-9783131413857/p/000000000149590105.

Maier, Manfred. „Facharzt für Allgemeinmedizin - Chance oder Gefahr? Option oder Notwendigkeit?“ *Zeitschrift für Gesundheitspolitik*, Nr. 1/2017. Zugegriffen 23. Juli 2018. http://www.lig-gesundheit.at/documents/3466927/22165058/ZGP+01_2017+Maier_Facharzt+f%C3%BCr+Allgemeinmedizin+-+Chance+oder+Gefahr.pdf/f784d021-ae47-4b8b-bc71-5d59c71f5ee7?version=1.0&t=1498557332000.

ÖGAM. „ÖGAM-Konzept für Ausbildung“, März 2016.

Olesen, Frede, Jim Dickinson, und Per Hjortdahl. „General practice—time for a new definition“. *BMJ : British Medical Journal* 320, Nr. 7231 (5. Februar 2000): 354–57.

Poggenburg, Stephanie. „Traumberuf Arzt für Allgemeinmedizin. https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20170810_OTS0079/traumberuf-arzt-fuer-allgemeinmedizin-neue-umfassende-studie-2.

Rabady, Susanne. „Kompetente Primärversorgung – wie determiniert der Ausbildungsort die spätere Versorgungsqualität?“ *Soziale Sicherheit*, November 2015. http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.626151&version=1449071143.

WONCA. „The European Definition of GP / FM | Wonca Europe“. Zugegriffen 6. Juli 2018. http://www.woncaeurope.org/gp-definitions.

Argumentation:
Die Disziplin Allgemein- und Familienmedizin verfügt über ein eigenes Spezialwissen und eigene Forschungsgegenstände. Ihre Ausübung verlangt spezielle Kompetenzen und fachspezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten, sowie andere Arbeitsmittel, von denen einige durch Zeitintensität gekennzeichnet sind.

Die Allgemein- und Familienmedizin definiert sich nicht durch eine Sonderfachgrenze, sondern durch ihre spezifische Arbeitsweise, die im Bereich der Primärversorgung Einzigartigkeit in Bezug auf Effizienz und Therapieerfolg besitzt. Aus diesem Grund ist Allgemeinmedizin in praktisch allen entwickelten Ländern allen anderen Spezialfächern gleichgestellt. Neben Österreich haben lediglich die Slowakei und Italien noch keinen Facharztstatus für Allgemeinmedizin.

Zusätzlich ist festzustellen, dass Ärzt_innen der nachfolgenden Generationen auf einer gleichwertigen Tätigkeit mit allen anderen Fächern bestehen und den Wertschätzungsmangel aufgrund der Nicht-Anerkennung als Fachärzt_innen - mit dort gelagerten entsprechenden medizinischen wie ökonomischen Möglichkeiten - nicht mehr hinnehmen.

Auch wegen der internationalen Wettbewerbsfähigkeit sind diejenigen Ausbildungsvoraussetzungen zu schaffen, die weltweit für die Allgemeinmedizin anerkannt sind.

Organisations- oder Zusammenarbeitsformen im Primärversorgungssektor haben eine angemessene, anerkannte und international bewährte Ausbildung zu Spezialist_innen für Allgemeinmedizin zur Voraussetzung.
Die Studie des IAMEV zur Berufsmotivation Allgemeinmedizin zeigt, dass für die Hälfte der Turnusärzt_innen und Studierenden eine Facharztqualifikation die Attraktivität des Fachs Allgemeinmedizin erhöhen würde.

Organisationsebene: Gesundheitsministerium, Nationalrat-Gesetzgeber, Ärztekammer, Fachgesellschaften AM, Fachgesellschaften Spezialdisziplinen. Später: Versicherungsträger
Umsetzungspartner: Bundessektion AM, allgemeinmed. Abteilungen der Universitäten, Länder und Gemeindeverband
Good-practice Beispiel: *Alle gesundheitspolitisch entwickelten europäischen Länder*
Ansprechpartner: Poggenburg, Huter, Glehr (Ausbildung), Rabady (Berufstheorie)

M5/2 - Steuerung der Ebenen

M5/2.1 - Steuerung der Zutrittsebene

Maßnahme: Bekennung zum “best point of service” mit Definition der geeigneten Zutrittsebenen
Ziel: **Durch Zuordnung einer anerkannten, der Qualifikation entsprechenden Stellung der hausärztlichen Allgemeinmedizin als konstitutives Element der Primärversorgung innerhalb des Gesundheitssystems wird die Attraktivität des Berufs erhöht und eine gerechte, niedrigschwellige und wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung sichergestellt.** **Die Definition einer am besten geeigneten Zutrittsebene erhöht die Wahrscheinlichkeit des Ansteuerns eines “best point of service” und schont Ressourcen.** **Beschreibung:** 1. Primärversorgungsorientierte Gesundheitssysteme zeichnen sich dadurch aus, dass der Zutritt ins Gesundheitssystem an der am besten geeigneten Stelle erfolgt. Diese Ebene ist in allen solchen Systemen die generalistische Grundversorgung, die aufgrund der Fachdefinition und der spezifischen Kompetenzen entsprechend geeignet ist. 2. Maßnahmen zur Steuerung der Ebenen können realistischer- und sinnvollerweise nur auf freiwilliger Basis und in Form von arzt- und patientenseitigen Anreizsystemen realisiert werden.
Argumentation: 1. Eine Untersuchung des HV zeigt, dass Hausärzt_innen in Österreich die Funktion des Primärversorgenden im obigen Verständnis gerne ausüben würden. Auch das Zulassen einer autonomen Arbeitsweise, die einen wesentlichen Attraktivitätsfaktor in der AM darstellt, ist elementar für die Entscheidung zur AM und die Zufriedenheit im hausärztlichen Beruf. 2. Das Image der Allgemeinmedizin, das länderübergreifend ein Problem darstellt, kann durch definierte Zuständigkeitsbereiche und Kompetenzalleinstellungsmerkmale verbessert werden. 3. Die Ausformulierung und Anerkennung der spezifischen generalistischen Kompetenzen unterstützt das Selbstwertgefühl innerhalb der Berufsgruppe und macht sie nach außen attraktiv. 4. Lebbarkeit des (impliziten und expliziten) Versorgungsauftrags und der spezifischen Kompetenzen, deren Voraussetzung Kontinuität und Patientenbeziehung sind, erhöht die Berufszufriedenheit. 5. Eine geklärte Systemstellung wird auf die Vermittlung hausärztlicher Berufstheorie und den Stellenwert der Allgemeinmedizin an den Universitäten zurückwirken. Diese müssen Lehrinhalte und Strukturen entsprechend anpassen, was wiederum positive Auswirkungen auf die Rekrutierung von Allgemeinärzt_innen erwarten lässt. 6. Zutritt auf der generalistischen Ebene reduziert die Wahrscheinlichkeit, dass ungeeignete Behandlungsebenen aufgesucht werden, wirkt gegen die Überflutung

weitere Ebenen durch Fehlinanspruchnahmen ("Irrläufern"), spart Zeit, Wege und Kosten. Termindruck kann reduziert werden, der Druck auf Patienten, in das private System auszuweichen, sinkt.

7. Gelenkte Patientenströme mit gate-keeping sind ein elementarer Erfolgsfaktor des PHC-Konzeptes (Czypionka, 2014) .

Evidenzhintergrund/Referenzen:

Abholz, Heinz-Harald, Uwe Kurzke, und Hans-E. Singer. „Abholz - Warum ist die Allgemeinmedizin notwendig und was benötigt sie?" *Z Allg Med 2015:91:160-165*, Nr. 05/2015. https://www.online-zfa.de/archiv/ausgabe/artikel/zfa-5-2015/48535-heinz-harald-abholz-warum-ist-die-allgemeinmedizin-notwendig-und-was-benoetigt-sie-z-allg-me/.

Czypionka, Thomas, und Susanna Ulinski. „Primärversorgung". Institute for Advanced Studies, Vienna, Februar 2014. http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.602001.

Dragosits, Aline, und Martin Scheuringer. „Motivatoren und Zufriedenheit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten". Zugegriffen 23. Juli 2018. http://www.hauptverband.at/cdscontent/?portal=hvbportal&contentid=10007.769579&viewmode=content.

Gerlach, Ferdinand, und Joachim Szecsenyi. „Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg". Herausgegeben von Universitätsklinikum Heidelberg; Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Goethe-Universität Frankfurt am Main; Institut für Allgemeinmedizin. Zugegriffen 24. Juli 2018. http://neueversorgung.de/images/PDF/Evaluation_2016/HZV_Evaluation_Broschuere.pdf.

Kaiser, Agnes, und Arbeitsgemeinschaft Sozial- und Gesundheitsforschung. „Fördernde und hemmende Motivatoren von niedergelassenen MedizinerInnen in der beruflichen Praxis". Linz: Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik der Johannes Kepler Universität Linz, November 2015. https://www.jku.at/fileadmin/gruppen/120/Publikationen_und_Downloads/Dateisicherung_Homepage_alt/Endbericht_ng_med_2015_v9.pdf.

Starfield, Barbara. „Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012". *Gaceta Sanitaria* 26 (1. März 2012): 20–26. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.10.009.

Starfield, Barbara, Leiyu Shi, und James Macinko. „Contribution of Primary Care to Health Systems and Health". *The Milbank Quarterly* 83, Nr. 3 (September 2005): 457–502. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.

Stigler, Florian L, Barbara Starfield, Martin Sprenger, Helmut JF Salzer, und Stephen M Campbell. „Assessing primary care in Austria: room for improvement". *Family Practice* 30, Nr. 2 (1. April 2013): 185–89. https://doi.org/10.1093/fampra/cms067.

Rigides Gatekeeping weniger erfolgreich als Anreizmodelle:

Health Consumer Powerhouse. *Euro Health Consumer Index. 2015*. Health Consumer Powerhouse, 2015.

Steuerung der Ebenen implizit im Strukturplan enthalten:

„Planung und spezielle Versorgungsbereiche | BMSGK - Der Österreichische Strukturplan Gesundheit – ÖSG 2017". Zugegriffen 23. Juli 2018. https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Der_Oesterreichische_Strukturplan_Gesundheit_ndash_OeSG_2017.

Fach- und Aufgabendefinitionen, Terminologie: Braun, Robert, Waltraud Fink, und Gustav Kamenski. *Lehrbuch der Allgemeinmedizin*. 1.Auflage. Berger und Söhne, 2007. Freeman, Thomas R. *McWhinney's Textbook of Family Medicine	Revised by Thomas R. Freeman*. Oxford University Press Canada, 2016. http://www.oupcanada.com/catalog/9780199370689.html. Kochen, Michael, Hrsg. *Allgemeinmedizin und Familienmedizin*. 5.Auflage. Duale Reihe Thieme Verlag, 2017. https://www.thieme.de/shop/Allgemeinmedizin/Kochen-Duale-Reihe-Allgemeinmedizin-und-Familienmedizin-9783131413857/p/000000000149590105.
Organisationsebene: Gesetzgeber, Standesvertretung
Umsetzungspartner: Ärztekammer, Patientenvertreter, Versicherungsträger
Good-practice Beispiel: *Modell Hausarztzentrierte Versorgung, Baden Württemberg, Bayern, div. Modelle Schweiz* *Dänemark: Splittung im SV-Beitrag: Reduktion -10%bei Erstkontakt über Hausarzt* *Österreich: bereits vor Inkrafttreten der Gesundheitsreform und der Entwicklung des Konzeptes "das Team rund um den Hausarzt" entwickelte die ÖÄK das Konzept des Haus-und Vertrauensarztmodells, welches erstmals Gedanken eines Anreizsystems zur Steuerung der Zutrittsebene für Österreich offiziell verbalisierte*
Ansprechpartner: Dachs, Rabady

M5/2.2 - Steuerung der Versorgungsebenen

Maßnahme: klare Definition der Aufgaben der unterschiedlichen Versorgungsebenen
Ziel: **Die Definition der Zutrittsebene ist ein erster Schritt, der durch die Definition der geeigneten primär patientenführenden Stelle ergänzt werden muss, die essenzieller Bestandteil eines primärversorgungsorientierten System ist.** **Beschreibung:** Die Primärversorgungsebene stellt sinnvollerweise und entsprechend der Definition des Faches die **primär patientenführende** Stelle dar. Sie ist erste Anlaufstelle, Ort der umfassenden Grundversorgung und Ort der Koordination der Gesundheits- und Krankenversorgung. Wie auch für Maßnahme M5/2.1 gilt der Grundsatz Freiwilligkeit statt Zwang. Geeignete, attraktive Modelle (“Hausarztmodell”) sind entlang von Vorbildern und angepasst an die österreichische Situation zu entwickeln. Eine Steuerung verlangt ausreichend starke materielle und strukturelle Anreize, sowie konsequente mediale Darstellung und Bewerbung in allen Bereichen der Öffentlichkeit und des Gesundheitssystems. Eine klare Abgrenzung zur Spitalsversorgung durch einen definierten Versorgungsauftrag ist notwendig. Wiederkehrende Informationskampagnen auch für die Bevölkerung sind notwendig: Wann soll welche Versorgungsebene aufgesucht werden?
Argumentation: Die hausärztliche Allgemeinmedizin ist als einzige Disziplin qualifiziert, mit Mehrdeutigkeit, Mehrdimensionalität und Mehrfacherkrankung angemessen und kompetent umzugehen. Diese Kompetenz begründet sich durch ihre generalistische Ausrichtung in Kombination mit horizontaler und longitudinaler Kontinuität, entsprechend der Fachdefinition, die sich daraus ergebende Arbeitsweise, sowie durch die auf den ganzen Menschen hin orientierte Arzt-Patientenbeziehung. Eine klare Aufgabendefinition (“Versorgungsauftrag”) gegenüber der zweiten (ambulante spezialisierte Versorgung durch Fachärzt_innen und Ambulanzen) und dritten Versorgungsstufe ist in Kooperation mit allen Beteiligten entlang der Fachdefinition Allgemeinmedizin und der Definition von Primärversorgung zu entwickeln. Dies impliziert eine Reihe von strukturierenden Regelungen: Berichtspflicht, Rücküberweisung, Infrastruktur zur Informationsübermittlung (Software), einheitliche Definition von Behandlungs- und Therapieanlässen, adäquate technische, diagnostische und personelle Ausstattung, Beseitigung von Schranken und Hürden wie Einschränkungen von Rezeptier- und Verordnungsmöglichkeiten. Desgleichen wird, neben deutlichen finanziellen und organisatorischen Anreizen (Terminvereinbarungen, Verkürzung von Wartezeiten u.ä., s. 5/2.1), eine umfassende Information und Edukation der Bevölkerung unumgänglich, da das ungesteuerte “Surfen” im Gesundheitssystem von vielen derzeit als “Freiheit” empfunden wird.

Evidenzhintergrund/Referenzen:

Abholz, Heinz-Harald, Uwe Kurzke, und Hans-E. Singer. „Abholz - Warum ist die Allgemeinmedizin notwendig und was benötigt sie?“ *Z Allg Med 2015:91:160-165*, Nr. 05/2015. https://www.online-zfa.de/archiv/ausgabe/artikel/zfa-5-2015/48535-heinz-harald-abholz-warum-ist-die-allgemeinmedizin-notwendig-und-was-benoetigt-sie-z-allg-me/.

Czypionka, Thomas, und Susanna Ulinski. „Primärversorgung“. Institute for Advanced Studies, Vienna, Februar 2014. http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.602001.

Dragosits, Aline, und Martin Scheuringer. „Motivatoren und Zufriedenheit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten“. Zugegriffen 23. Juli 2018. http://www.hauptverband.at/cdscontent/?portal=hvbportal&contentid=10007.769579&viewmode=content.

Gerlach, Ferdinand, und Joachim Szecsenyi. „Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg“. Herausgegeben von Universitätsklinikum Heidelberg; Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Goethe-Universität Frankfurt am Main; Institut für Allgemeinmedizin. Zugegriffen 24. Juli 2018. http://neueversorgung.de/images/PDF/Evaluation_2016/HZV_Evaluation_Broschuere.pdf.

Kaiser, Agnes, und Arbeitsgemeinschaft Sozial- und Gesundheitsforschung. „Fördernde und hemmende Motivatoren von niedergelassenen MedizinerInnen in der beruflichen Praxis“. Linz: Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik der Johannes Kepler Universität Linz, November 2015. https://www.jku.at/fileadmin/gruppen/120/Publikationen_und_Downloads/Dateisicherung_Homepage_alt/Endbericht_ng_med_2015_v9.pdf.

Starfield, Barbara. „Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012“. *Gaceta Sanitaria* 26 (1. März 2012): 20–26. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.10.009.

Starfield, Barbara, Leiyu Shi, und James Macinko. „Contribution of Primary Care to Health Systems and Health“. *The Milbank Quarterly* 83, Nr. 3 (September 2005): 457–502. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.

Stigler, Florian L, Barbara Starfield, Martin Sprenger, Helmut JF Salzer, und Stephen M Campbell. „Assessing primary care in Austria: room for improvement“. *Family Practice* 30, Nr. 2 (1. April 2013): 185–89. https://doi.org/10.1093/fampra/cms067.

Rigides Gatekeeping weniger erfolgreich als Anreizmodelle:

Health Consumer Powerhouse. *Euro Health Consumer Index. 2015*. Health Consumer Powerhouse, 2015.

Steuerung der Ebenen implizit im Strukturplan enthalten:

„Planung und spezielle Versorgungsbereiche | BMSGK - Der Österreichische Strukturplan Gesundheit – ÖSG 2017“. Zugegriffen 23. Juli 2018. https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Der_Oesterreichische_Strukturplan_Gesundheit_ndash_OeSG_2017.

Fach- und Aufgabendefinitionen, Terminologie:

Braun, Robert, Waltraud Fink, und Gustav Kamenski. *Lehrbuch der Allgemeinmedizin*. 1.Auflage. Berger und Söhne, 2007.

Freeman, Thomas R. *McWhinney's Textbook of Family Medicine | Revised by Thomas R. Freeman*. Oxford University Press Canada, 2016. http://www.oupcanada.com/catalog/9780199370689.html.

Kochen, Michael, Hrsg. *Allgemeinmedizin und Familienmedizin*. 5.Auflage. Duale Reihe Thieme Verlag,

2017. https://www.thieme.de/shop/Allgemeinmedizin/Kochen-Duale-Reihe-Allgemeinmedizin-und-Familienmedizin-9783131413857/p/000000000149590105.
Organisationsebene: Versicherungsträger, Ärztekammer, Gesetzgeber
Umsetzungspartner: Versicherungsträger, Arbeiterkammer, Gewerkschaftsbund, Patientenvertreter, Ärztekammer (Sektion AM!!)
Good-practice Beispiel:
Österreich: Styriamed, Pannoniamed, Netzwerk Wallersee, Wälderdoc: Bekenntnis zu gestuften Versorgung mit entsprechender medialer Präsentation. *Deutschland: Hausarztmodelle*
Ansprechpartner: Dachs, Glehr, Sigmund, Rüscher, Gonzalez, Rabady

M5/2.3 - Formulierung eines Versorgungsauftrags

Maßnahme: Ausformulierung und Anerkennung der spezifischen generalistischen Kompetenzen der Allgemein- und Familienmedizin

Ziel:
Ein Versorgungsauftrag für die hausärztliche Allgemeinmedizin als konstitutives Element einer umfassenden, flächendeckenden Primärversorgung ist zu formulieren. Er hat der Definition des Fachs Allgemeinmedizin zu entsprechen, und orientiert sich an Aufgabe und Stellung im österreichischen Gesundheitssystem.

Beschreibung: Ein klarer Versorgungsauftrag ist die wesentliche Voraussetzung für eine funktionierende Primärversorgung. Er steht im Einklang mit den aktuellen Fachdefinitionen der Allgemein- und Familienmedizin und ist eine wesentliche Voraussetzung für die Klärung von Aufgaben, für Ausbildung, Ausstattung, und Honorierung. Dieser Versorgungsauftrag bildet die Grundlage für strukturelle und organisatorische Entscheidungen und spiegelt die Kompetenzen und Zuständigkeiten des Fachs Allgemeinmedizin nach innen und außen. Er berücksichtigt die spezifische Methodik und Arbeitsweise der hausärztlichen Allgemeinmedizin.
Die Umsetzung eines solchen Auftrags ist an die Schaffung der formalen und strukturellen Voraussetzungen gebunden.

Argumentation:
Steuerungsentscheidungen können nur getroffen werden, wenn das Ziel bekannt und konsentiert ist. Aufgaben und Zuständigkeiten der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Berufsgruppen müssen sich an einem Leistungsprofil orientieren.
Das Imageproblem der Allgemeinmedizin, das länderübergreifend existiert, kann durch definierte Zuständigkeitsbereiche und Kompetenzalleinstellungsmerkmale verbessert werden.
Die Ausformulierung und Anerkennung der spezifischen generalistischen Kompetenzen unterstützt das Selbstwertgefühl innerhalb der Berufsgruppe und macht sie nach außen attraktiv.
Lebbarkeit des (impliziten und expliziten) Versorgungsauftrags und der spezifischen Kompetenzen, deren Voraussetzung Kontinuität und Patientenbeziehung sind, erhöht die Berufszufriedenheit.
GRUG und Strukturplan zusammen mit dem ÖGAM Aufgabenprofil bilden die Grundlagen.
Für die Realisierung müssen folgende Voraussetzungen gegeben sein:

- Honorierung spezifisch allgemeinmedizinischer Arbeitsmittel und -weise
- Reduktion der Arbeitsdichte ermöglichen.
- Flexible Kooperationsformen ermöglichen
- Abschaffung von administrativen Hürden, die selektiv die Allgemeinmedizin betreffen wie Chefarztpflicht, Beschränkung der Rezeptiermöglichkeit, MRT-Bewilligungspflicht

Evidenzhintergrund/Referenzen

Abholz, Heinz-Harald, Uwe Kurzke, und Hans-E. Singer. „Abholz - Warum ist die Allgemeinmedizin notwendig und was benötigt sie?“ *Z Allg Med 2015:91:160-165*, Nr. 05/2015. https://www.online-zfa.de/archiv/ausgabe/artikel/zfa-5-2015/48535-heinz-harald-abholz-warum-ist-die-allgemeinmedizin-notwendig-und-was-benoetigt-sie-z-allg-me/.

BMASGK, Hrsg. „Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017“, Juni 2018.

https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1071/CMS1136983382893/oesg_2017_-_textband,_stand_29.06.2018.pdf.

Braun, Robert, Waltraud Fink, und Gustav Kamenski. *Lehrbuch der Allgemeinmedizin*. 1.Auflage. Berger und Söhne, 2007.

Bundeszielsteuerungskommission Österreich. „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich“, 30. Juni 2014.

Dragosits, Aline, und Martin Scheuringer. „Motivatoren und Zufriedenheit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten“. Zugegriffen 23. Juli 2018. http://www.hauptverband.at/cdscontent/?portal=hvbportal&contentid=10007,769579&viewmode=content.

Freeman, Thomas R. *McWhinney's Textbook of Family Medicine | Revised by Thomas R. Freeman*. Oxford University Press Canada, 2016. http://www.oupcanada.com/catalog/9780199370689.html.

Kaiser, Agnes, und Arbeitsgemeinschaft Sozial- und Gesundheitsforschung. „Fördernde und hemmende Motivatoren von niedergelassenen MedizinerInnen in der beruflichen Praxis“. Linz: Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik der Johannes Kepler Universität Linz, November 2015. https://www.jku.at/fileadmin/gruppen/120/Publikationen_und_Downloads/Dateisicherung_Homepage_alt/Endbericht_ng_med_2015_v9.pdf.

Kochen, Michael, Hrsg. *Allgemeinmedizin und Familienmedizin*. 5.Auflage. Duale Reihe Thieme Verlag, 2017. https://www.thieme.de/shop/Allgemeinmedizin/Kochen-Duale-Reihe-Allgemeinmedizin-und-Familienmedizin-9783131413857/p/000000000149590105.

ÖGAM. „Tätigkeitsprofil Facharzt für Allgemeinmedizi der ÖGAM“, 2016.

Starfield, Barbara. „Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012“. *Gaceta Sanitaria* 26 (1. März 2012): 20–26. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.10.009.

Starfield, Barbara, Leiyu Shi, und James Macinko. „Contribution of Primary Care to Health Systems and Health“. *The Milbank Quarterly* 83, Nr. 3 (September 2005): 457–502. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.

Stigler, Florian L, Barbara Starfield, Martin Sprenger, Helmut JF Salzer, und Stephen M Campbell. „Assessing primary care in Austria: room for improvement“. *Family Practice* 30, Nr. 2 (1. April 2013): 185–89. https://doi.org/10.1093/fampra/cms067.

Organisationsebene: Fachgesellschaft, Standesvertretung, Versicherungsträger, Politik

Umsetzungspartner: Ärztekammer (Sektion AM!!), Versicherungsträger, Länder, Gemeinden, Patientenvertreter

Good-practice Beispiel: *Länder mit starker, definierter Primärversorgung*

Ansprechpartner: ÖGAM Präsidium

M5/3 - ideelle Wertschätzung - Positive Kommunikation und Imagekampagnen für die AM

Maßnahme: Vermeidung von Imageverlust bzw. positive Kommunikation über Allgemein- und Familienmedizin auf allen Ebenen

Ziel: Inhalte, Aufgaben und Möglichkeiten der Allgemeinmedizin sollen gegenüber Öffentlichkeit und Entscheidungsträgern, aber auch innerhalb der Ärzteschaft und der Berufsgruppe, besser kommuniziert werden. Ein positives Image wird durch Darstellung der Fachkompetenzen und der vielfach befriedigenden Arbeitsinhalte erreicht. Auf Negativdarstellungen ist zu verzichten, Optimierungsbedarf muss konstruktiv und selbstbewusst kommuniziert werden.

Beschreibung:
Folgende Gegenstände einer medialen Vermittlung können identifiziert werden:

- Zuständigkeitsbereiche und Kompetenzmerkmale.
- Die Ausformulierung und anerkennende Darstellung der spezifischen generalistischen Kompetenzen.
- Versorgungsauftrag und spezifische Kompetenzen, mit den Voraussetzungen Kontinuität und Patientenbeziehung.
- Veränderte Haltung und Stil der Kommunikation mit und über die Allgemeinmedizin.

Argumentation:
Allgemeinmedizin genießt hohe Wertschätzung in der Bevölkerung. Demgegenüber zeigen internationale Studien (Kanada, Australien, USA, Deutschland), dass die Allgemeinmedizin seitens der Politik, der medialen Öffentlichkeit und der anderen Fachkollegen wenig Wertschätzung erfährt.
Auch die IAMEV Studie zur Berufsmotivation Allgemeinmedizin konnte zeigen, dass nur 5% der Turnusärzt_innen und 9% der Studierenden glauben, dass Hausärzt_innen bei politischen Entscheidungsträgern ein hohes Ansehen genießen, nur 8 bzw. 9% bei Kolleg_innen anderer Fachrichtungen. Das österreichische Gesundheitssystem macht es nur für 4% der Turnusärzt_innen und 5% der Studierenden attraktiv, den hausärztlichen Beruf zu ergreifen, die momentanen gesundheitspolitischen Diskussionen bestärken nur 8 bzw. 9% der Turnusärzt_innen diesen Beruf zu ergreifen.
Der Imageverlust dürfte in den verschiedenen Ländern neben den gemeinsamen (Ebenen Entscheidungsträger, Spezialdisziplinen) auch unterschiedliche systemische Ursachen haben:
Primärversorgungs-orientierte Länder haben zwar definierte Zuständigkeitsbereiche und Versorgungsaufgaben, teilen diese aber mit div. Gesundheitsberufen, was ebenfalls zu Verlust der Alleinstellungsmerkmale führt und Kompetenzen zumindest in der Außenwahrnehmen nicht aufwertet:
Verschmelzen zur “Primärversorgung”: Der Diskurs wird geführt, ohne die Funktion/Bedeutung der ärztlichen Tätigkeit darzustellen. Wiederholt wird kommuniziert, dass ärztliche Aufgaben durch andere Gesundheitsberufe (ohne ärztliche Ausbildung) übernommen werden können. Dies wird als imageschädigend wahrgenommen. Ursachen dafür ist, neben Verteilungswettbewerben, auch Unkenntnis des Fachs.
Prioritär für die positive Kommunikation gegenüber Laienpublikum, Entscheidungsträgern, Spezialdisziplinen, universitären und anderen wissenschaftlichen Einrichtungen, sowie

innerhalb der eigenen Fachgruppe erscheinen folgende Aspekte:

- Das Imageproblem der Allgemeinmedizin, das länderübergreifend existiert, kann durch definierte Zuständigkeitsbereiche und Kompetenzalleinstellungsmerkmale verbessert werden.
- Die Ausformulierung und Anerkennung der spezifischen generalistischen Kompetenzen unterstützt das Selbstwertgefühl innerhalb der Berufsgruppe und macht sie nach außen attraktiv.
- Lebbarkeit des (impliziten und expliziten) Versorgungsauftrags und der spezifischen Kompetenzen, deren Voraussetzung Kontinuität und Patientenbeziehung sind, erhöht die Berufszufriedenheit.
- Im gesellschaftlichen Diskurs sollte es zu einer Veränderung der Kommunikation mit und über die Allgemeinmedizin kommen, ebenso wie innerhalb des Medizinbetriebs
- Kommunikation der wissenschaftlichen Allgemeinmedizin, ihrer Arbeitsgebiete und Ergebnisse, sowie der Möglichkeiten für Allgemeinmediziner_innen, in Wissenschaft und Lehre tätig zu werden.
- Ziel sollte sein, die besten Absolvent_innen für das Fach Allgemeinmedizin zu gewinnen.

Evidenzhintergrund/Referenzen:

Davey, Melissa. „Medical Bodies Say Politicians Causing Falling Job Satisfaction among GPs“. *The Guardian*, 26. April 2017, Abschn. Australia news. http://www.theguardian.com/australia-news/2017/apr/26/medical-bodies-say-politicians-causing-falling-job-satisfaction-among-gps.

Gibson, Jonathan, Kath Checkland, Anna Coleman, Mark Hann, Robbie McCall, Sharon Spooner, und Matt Sutton. „Eighth National GP Worklife Survey“.

Hofer, Karin. „‚Traumjob: Landarzt?‘ Untersuchung zur Motivation für oder gegen die Übernahme einer Kassenstelle für Allgemeinmedizin in ländlichen Regionen“. Zugegriffen 23. Juli 2018. http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.696407&portal=hvbportal&viewmode=content.

Kaucher, Mareike, Nico Richter, Johannes Kopp, Rüdiger Jacob, Bernhard Gibis, und Branko Trebar. „Das Image der Allgemeinmedizin aus Sicht von Medizinstudierenden“.

Kopp, Johannes, Mareike Kaucher, Rüdiger Jacob, Nico Richter, Bernhard Gibis, und Branko Trebar. „Specialty, Occupational Plans and Expectations of Medical Students – the Role of Family Medicine“. *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, Nr. 04 (2016): 154–160. https://doi.org/10.3238/zfa.2016.0154–0160.

Rüdiger, Jacob, Johannes Kopp, und Sina Schultz. „Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014 - Ergebnisse einer bundesweiten Befragung“.

Senf, Janet H., Doug Campos-Outcalt, und Randa Kutob. „Factors Related to the Choice of Family Medicine: A Reassessment and Literature Review“. *The Journal of the American Board of Family Practice* 16, Nr. 6 (11. Januar 2003): 502–12. https://doi.org/10.3122/jabfm.16.6.502.

Steinhäuser, J., A. Miksch, K. Hermann, S. Joos, A. Loh, und K. Götz. „Wie sehen Medizinstudierende die Allgemeinmedizin?“ *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift* 138, Nr. 42 (Oktober 2013): 2137–42. https://doi.org/10.1055/s-0033-1349450.

Viscomi, Marco, Sarah Larkins, und Tarun S. Gupta. „Recruitment and Retention of General Practitioners in Rural Canada and Australia: A Review of the Literature“. *Canadian Journal of Rural Medicine: The Official Journal of the Society of Rural Physicians of Canada = Journal Canadien De La*

Medecine Rurale: Le Journal Officiel De La Societe De Medecine Rurale Du Canada 18, Nr. 1 (2013): 13–23.
Organisationsebene: Medien aller Art (Publikum, Fachmedien), jede Art von öffentlichen Auftritten, Kampagnen
Umsetzungspartner: Ärztekammer, Fachgesellschaft, alle Fach- und Laienmedien
Good-practice Beispiel: *"Wir arbeiten für Ihr Leben gern" (ÄK Berlin 2017)* *http://www.kbv.de/html/wir_arbeiten_fuer_ihr_leben_gern.php*
Ansprechpartner: Poggenburg, Rabady

M6 - ökonomische Wertschätzung

Hintergrundinformation

Hand in Hand mit einer Verbesserung der allgemeinen Wertschätzung bedarf es einer Systemänderung hin zu beispielsweise ausgeglichenen Honorierungssystemen beziehungsweise Anerkennung der entsprechenden Arbeitsleistung. Eine Verbesserung der Betreuungsqualität für die Patient_innen kann vielleicht durch finanzielle Anreize oder vielleicht durch eine Adaptation der Zahl der Kassenstellen erlangt werden. Solche und ähnliche Gedanken werden in diesem Themenblock beleuchtet, und es wird versucht, Maßnahmen zu finden, die möglichst einfach eine ökonomische Wertschätzung ausdrücken.

Alle Honorarkataloge sind in Österreich primär durch Leistungspositionen definiert. Dies kommt jenen Sonderfächern mit apparativen Leistungen entgegen. Die oft schwer fassbare Leistung der AM spiegelt sich hier nicht wieder. Das ist einer der Hauptgründe für das Ungleichgewicht beim Einkommen von Fachärzt_innen und Allgemeinmediziner_innen. Je nach Bundesland gibt es zudem auch unterschiedlich bewertete Pauschalen.

In der Pilotphase der PVEs werden unterschiedliche Honorierungssätze getestet. In NÖ neu sind Scheinpauschalen nach Alterskohorten gegliedert.

M6 - Maßnahmenübersicht

	Maßnahmengruppe	Einzelmaßnahme	verbunden mit
M6/1	**Facharztadäquate Honorierung**		3/2a,42, 4/3.3,5/1,5/2
M6/1.1		Höhe des Gesamthonorars fachärztlicher Tätigkeit angemessen	
M6/1.2		Modernisierung und Anpassung des Leistungskatalogs	4/3.1, 4/3.3, 5/2.2, 5/2.3
M6/2	**Zuschläge für schwierig zu versorgende Regionen**		3/1, 4/2, 5/2
D6/3*	**Bedarfsorientiertes Leistungsprofil**		5/2.2, 5/2.3
D6/4*	**Modulare Honorierung**		5/2, 4/1, 3/1
M6/5	**finanzielle Förderung der allgemeinmed. Lehre und Forschung**		1
M6/5.1		adäquate Ausstattung der universitären Institute/Abteilungen	1
M6/5.2		Honorierung der Lehrtätigkeit	1
M6/6	**Förderung von Zusammenarbeitsformen**		3/1, 4/1, 4/3
M6/6.1		Förderung von Übergabepraxen	3/1, 3/2, 4/1
M6/6.2		ökonomische Gleichstellung von Zusammenarbeitsformen mit PVEs	3/1, 3/2a, 4/1, 5/2
M6/7	**Honorarkatalog für Allgemeinmedizin (alle Organisationsformen)**		4/1-3,, 5/1
M6/8	**Anpassung der Planstellen**		5/1, 5/2, 5/3, 4/3, 3/1, 4/1,4/2
		Planstellen an gestiegene Kontakte. u. Anforderungen anpassen	

*diese Maßnahmen befinden sich noch in Diskussion, sind aber essentiell und werden nachgereicht.

M6/1 - adäquate Honorierung

M6/1.1 - Höhe des Gesamthonorars fachärztlicher Tätigkeit angemessen

Maßnahme: Attraktivierung des Berufes durch adäquate Vergütung
Ziel: Vergütung hausärztlicher Tätigkeiten, die zu einem facharztadäquaten Einkommen führt, Herstellung von Wettbewerbsfähigkeit national und international **Beschreibung:** 1. Finanzielle Gleichstellung von FA und AM nicht nach Abrechnungssummen, sondern nach Zeitaufwand bzw. eigenem Honorartarif, Anpassung der Honorierung an den Versorgungsauftrag. 2. Flächendeckende finanzielle Gleichstellung von allgemeinmedizinischen Turnusärzt_Innen und Stationsärzt_Innen mit Turnusärzt_innen und Ärzt_innen der Sonderfächer 3. Vergleichbare Einzelleistungen bei AM und FÄ sind gleich zu honorieren
Argumentation: Laut der internationalen Literatur spielt die Vergütung hausärztlicher Tätigkeit eine entscheidende Rolle dafür, dass der Hausarztberuf gewählt wird. Einige Studienergebnisse in Kürze: - Literaturreview USA 2003: Studierende lehnten den hausärztlichen Beruf wegen des zu niedrigen Einkommens ab. - Norbert Schmack (Versorgungsforscher, Deutschland): Problematik liegt vor allem im Gehaltsgefälle zum Spezialisten. - Umfrage unter allen Studierenden in Deutschland 2014: zu geringe Bezahlung und zu hohe finanzielle Risiken waren Gründe, den Beruf nicht zu wählen. - Steinhäuser: Gute Verdienstmöglichkeiten korrelieren positiv mit dem Wunsch, AM zu werden - Günther: Monatliche Nettoeinkommen haben im Vergleich zu anderen Faktoren den größten Einfluss auf die Niederlassungsbereitschaft. Für die landärztliche Tätigkeit bzw. Tätigkeit in benachteiligten Bezirken sind zusätzliche finanzielle Incentives nötig, um andere Faktoren wie Standortnachteile zu kompensieren. - Abendroth: Landärzt_innen in Sachsen sind standortstabil, wenn sie mit dem zu erwartenden Einkommen zufrieden sind - Umfrage des IAMEV zur Berufsmotivation Allgemeinmedizin: einer der wichtigsten Gründe, den hausärztlichen Beruf nicht zu ergreifen, ist der geringere Verdienst im Vergleich zum Spezialisten (fast 70% der Turnusärzt_innen) - Weitere Studien mit ähnlichen Ergebnissen s. unten
Evidenzhintergrund/Referenzen: Abendroth, Jens, Andreas Wienke, Stephan Fuchs, und Andreas Klement. „Wer bleibt? Ortswahl von erstangemeldeten Ärzten in Sachsen-Anhalt 2007–201“, Dragosits, Aline, und Martin Scheuringer. „Motivatoren und Zufriedenheit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten“. Zugegriffen 23. Juli 2018.

http://www.hauptverband.at/cdscontent/?portal=hvbportal&contentid=10007.769579&viewmode=content.

Gensch, K. „Veränderte Berufsentscheidungen junger Ärzte und mögliche Konsequenzen für das zukünftige ärztliche Versorgungsangebot“. *Das Gesundheitswesen* 69, Nr. 6 (Juni 2007): 359–70. https://doi.org/10.1055/s-2007-981677.

Götz, K., A. Miksch, K. Hermann, A. Loh, K. Kiolbassa, S. Joos, und J. Steinhäuser. „Berufswunsch „planungssicherer Arbeitsplatz”“. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift* 136, Nr. 06 (Februar 2011): 253–57. https://doi.org/10.1055/s-0031-1272520.

Günther, Oliver H, Beate Kürstein, Steffi G Riedel-Heller, und Hans-Helmut König. „The Role of Monetary and Nonmonetary Incentives on the Choice of Practice Establishment: A Stated Preference Study of Young Physicians in Germany“. *Health Services Research* 45, Nr. 1 (Februar 2010): 212–29. https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2009.01045.x.

Halter, Ursina, Peter Tschudi, Klaus Bally, und Ruedi Isler. „Berufsziel von Medizinstudierenden“

Hofer, Karin. „‚Traumjob: Landarzt?‘ Untersuchung zur Motivation für oder gegen die Übernahme einer Kassenstelle für Allgemeinmedizin in ländlichen Regionen“. Zugegriffen 23. Juli 2018. http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.696407&portal=hvbportal&viewmode=content.

Jungbauer, J., C. Kamenik, D. Alfermann, und E. Brähler. „Wie Bewerten Angehende Ärzte Rückblickend Ihr Medizinstudium? Ergebnisse Einer Absolventenbefragung“. *Das Gesundheitswesen* 66: 51–56. https://doi.org/10.1055/s-2004-812705.

Kaiser, Agnes, und Arbeitsgemeinschaft Sozial- und Gesundheitsforschung. „Fördernde und hemmende Motivatoren von niedergelassenen MedizinerInnen in der beruflichen Praxis“. Linz: Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik der Johannes Kepler Universität Linz, November 2015. https://www.jku.at/fileadmin/gruppen/120/Publikationen_und_Downloads/Dateisicherung_Homepage_alt/Endbericht_ng_med_2015_v9.pdf.

Langer, A., T. Ewert, A. Hollederer, und G. Geuter. „Literaturüberblick über niederlassungsfördernde und -hemmende Faktoren bei Ärzten in Deutschland und daraus abgeleitete Handlungsoptionen für Kommunen“. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 20, Nr. 1 (Februar 2015): 11–18. https://doi.org/10.1055/s-0033-1356303.

Löffler, C., J. Höck, A. Hornung, G. Kundt, E. Drewelow, S. Völker, B. Kreiser, J. Riedel, und A. Altiner. „Was macht Ärzte glücklich? Berufszufriedenheit von Hausärzten in Mecklenburg-Vorpommern – eine repräsentative Querschnittsstudie“. *Das Gesundheitswesen* 77, Nr. 12 (30. September 2014): 927–31. https://doi.org/10.1055/s-0034-1387743.

Rambøll Management. „Gutachten zum"Ausstieg aus der kurativ tätigen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland"“. Hamburg: BMG. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit, 2004.

Roick, C., D. Heider, O. H. Günther, B. Kürstein, S. G. Riedel-Heller, und H. H. König. „Was ist künftigen Hausärzten bei der Niederlassungsentscheidung wichtig? Ergebnisse einer postalischen Befragung junger Ärzte in Deutschland“. *Das Gesundheitswesen* 74, Nr. 1 (Januar 2012): 12–20. https://doi.org/10.1055/s-0030-1268448.

Roos, Marco, Eckart Blauth, Jost Steinhäuser, Thomas Ledig, Stefanie Joos, und Frank Peters-Klimm. „Gebietsweiterbildung Allgemeinmedizin in Deutschland: Eine bundesweite Umfrage unter Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung“. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, Weiterbildung Allgemeinmedizin, 105, Nr. 2 (1. Januar 2011): 81–88. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2010.11.007.

Rüdiger, Jacob, Johannes Kopp, und Sina Schultz. „Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014 - Ergebnisse einer bundesweiten Befragung“

Schäfer, Hans-Michael, Monika Sennekamp, Corinna Güthlin, Helga Krentz, und Ferdinand M Gerlach. „Kann das Blockpraktikum Allgemeinmedizin zum Beruf des Hausarztes motivieren?“

Senf, Janet H., Doug Campos-Outcalt, und Randa Kutob. „Factors Related to the Choice of Family Medicine: A Reassessment and Literature Review“. *The Journal of the American Board of Family Practice* 16, Nr. 6 (11. Januar 2003): 502–12. https://doi.org/10.3122/jabfm.16.6.502.

Sox HC. „THe future of primary care“. *Annals of Internal Medicine* 138, Nr. 3 (4. Februar 2003): 230–32. https://doi.org/10.7326/0003-4819-138-3-200302040-00016.

Steinhäuser, J., A. Miksch, K. Hermann, S. Joos, A. Loh, und K. Götz. „Wie sehen Medizinstudierende die Allgemeinmedizin?“ *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift* 138, Nr. 42 (Oktober 2013): 2137–42. https://doi.org/10.1055/s-0033-1349450.

Organisationsebene: ÄK - Bundessektion; - dann HV - Länderkassen:

Umsetzungspartner: ÖÄK, Bundessektion

Ansprechpartner: Christoph Fürthauer, Stephanie Poggenburg

M6/1.2 - Modernisierung und Anpassung des Leistungskatalogs

Maßnahme: Der Primärversorgungsauftrag gilt nicht nur für Pilotprojekte und muss nachhaltig gesichert werden - eine Modernisierung und Anpassung des Leistungskataloges kann hier Lösung sein

Ziel: Attraktives Arbeitszeit-Einkommens-Verhältnis. Honorierung muss sich am Versorgungsauftrag orientieren und aus der ärztlichen Tätigkeit generiert werden können.

Beschreibung: Durch eine Neuerung und Vereinfachung des Honorierungssystems, der Stellenplanung und des Leistungskataloges ist ein besseres Arbeitszeit-Einkommens-Verhältnis zu schaffen, das den Beruf auch finanziell wieder attraktiver macht. Dazu braucht es eine Harmonisierung des Einkommens im Verhältnis zu den Sonderfächern. Zusätzlich sollten Erleichterungen zur Abrechnung tatsächlich erbrachter Leistungen umgesetzt werden: z.B. auch die Abschaffung des Verbots des EDV- automatisierten Leistungseintrags.
Gemäß dem PHC-Konzept (Czypionka) und internationalen Vorbildern sollte evaluiert und diskutiert werden, in welcher Form Teilpauschalierungen kombiniert mit Einzelleistungen zu einer größeren Honorierungsgerechtigkeit führen.
Soziale Gerechtigkeit, die Kernelement von Primary Health Care (PHC) ist, muss auch in der Honorierung aller Organisationsformen der Primärversorgung gelten und gesetzlich gesichert sein.

Argumentation:
Es bedarf einer Modernisierung und Anpassung des Leistungskataloges (und damit der Honorierung) nicht nur i.R. der neuen Primärversorgung, sondern generell, da auch nach Auslaufen der Pilotfinanzierungen für “neue Primärversorgungseinheiten” - sei es Netzwerk oder Zentrum, eine entsprechende finanzielle Sicherung aller in der Primärversorgung hausärztlich Tätigen geben muss.

Evidenzhintergrund/Referenzen:

Gerlach, Ferdinand, und Joachim Szecsenyi. „Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg“. Herausgegeben von Universitätsklinikum Heidelberg; Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Goethe-Universität Frankfurt am Main; Institut für Allgemeinmedizin. Zugegriffen 24. Juli 2018. http://neueversorgung.de/images/PDF/Evaluation_2016/HZV_Evaluation_Broschuere.pdf.

Klora, Mike, Jan Zeidler, Melanie May, Nils Raabe, und J.-Matthias Graf von der Schulenburg. „Evaluation of family doctor-centred health care in Germany based on AOK Rheinland/Hamburg claims data“. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 120 (1. Februar 2017): 21–30. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2016.12.005.

Organisationsebene: ÖÄK, Versicherungsträger (HV): Konzepterarbeitung

Umsetzungspartner: Landesärztekammern, Versicherungsträger

Good-practice Beispiel: *Salzburg: automatisierter Koordinationszuschlag auf die Fallpauschalen ausschließlich für AM. Kärnten: pauschale Abgeltung des zusätzlichen Lehrpraxisaufwandes* *Europäische Länder: Dänemark*
Ansprechpartner: Christoph Fürthauer

M6/2 - Zuschläge für schwierig zu versorgende Regionen

Maßnahme: sowohl in ländlichen als auch in großstädtischen Regionen gibt es zusätzliche Herausforderungen, die sich nachteilig auf das Arbeitszeit-Einkommens-Verhältnis auswirken - dem muss entgegen gewirkt werden.
Ziel: wohnortnahe, gerechte und niedrigschwellige flächendeckende Versorgung der gesamten Bevölkerung. **Beschreibung:** Angesichts der zunehmend schwierigen Nachbesetzung (kleinere oder sehr große Praxen, entlegene Gebiete, schwierige sozioökonomische lokale Struktur) sollte auch finanzielle Anreize überlegt werden, um **Standortnachteile auszugleichen**. Derzeit gilt dies insbesondere für Standorte ohne Hausapotheke oder “Brennpunktpraxen” in sozioökonomisch benachteiligten (Stadt-) Bezirken.
Argumentation: <u>kleinere Praxen</u> erwirtschaften niedrigere Einkommen, da das Honorierungssystem auf Masse ausgerichtet ist. Ärzt_innen können sich Fach und Ort der Niederlassung weitgehend aussuchen, da ein Mangel herrscht. Ein Mindesteinkommen für Allgemeinmediziner_innen könnte die Niederlassung auch in schwierig zu besetzenden Regionen wieder attraktivieren. Dies gilt für viele kleinere Praxen in ländlichen Regionen, dass das Bestehen einer Hausapotheke eine Voraussetzung ist, was aber nicht sein sollte. Grundsätzlich muss die Honorierung einer Praxis so gestaltet sein, dass sich diese immer auch ohne Hausapotheke rechnet. Eine Hausapotheke darf nicht essentieller Bestandteil einer Praxis sondern immer nur ein Service für die Bevölkerung sein. <u>Sehr große Praxen</u> (hohes Patientenaufkommen) sind wegen des hohen Arbeitsaufwandes oft nicht mehr attraktiv - Förderung der Überführung in ein Kooperationsmodell zur Reduktion der individuellen Arbeitsbelastung und Steigerung der Betreuungsqualität (Ausdehnung Öffnungszeiten)
Organisationsebene: Gemeinden, Länder, Landesärztekammern
Umsetzungspartner: Länder, Gemeinden, Versicherungsträger, Kammer, Landesgesundheitsfonds
Good-practice Beispiel:
Österreich: *Europäische Länder: Deutschland: Bayern und neue Bundesländer: Niederlassungsprämien bzw. garantiertes Mindesteinkommen*
Ansprechpartner: Susanne Rabady, Christoph Fürthauer

M6/5 - finanzielle Förderung der allgemeinmedizinischen Lehre und Forschung an den Universitäten

M6/5.1 - adäquate Ausstattung der universitären Institute/Abteilungen für Allgemeinmedizin

Maßnahme: Ermöglichung ausreichender Kontakte von Medizinistudierenden mit der Allgemein-und Familienmedizin

Ziel: finanzielle und personelle sowie strukturelle Ressourcen der Universitäten angepasst an die Zahl der Studierenden und dem Bedarf an Versorgungsforschung und dem damit verbundenen Lehr-und Forschungsaufwand

Beschreibung: bereits im Maßnahmenblock der universitären Lehre beschrieben und definiert sind die Eigenschaften “starker” und somit handlungsfähiger Institute für Allgemeinmedizin.
Es bedarf an vielen universitären Standorten einer solchen Stärkung der Allgemeinmedizin, um letzten Endes die Zahl der Studierenden, welche sich für das Fach Allgemeinmedizin entscheiden zu erhöhen. Damit verbunden sind klar ausreichende finanzielle und personelle Ressourcen

Argumentation: siehe M1/1

Evidenzhintergrund/Referenzen:

Abholz, H.-H. „Die Umerziehung der Allgemeinmedizin“. *Z Allg Med* 83, Nr. 02 (4. April 2007): 85–88. https://doi.org/10.1055/s-2007-970134.

Brazeau, N. K., M. J. Potts, und J. M. Hickner. „The Upper Peninsula Program: A Successful Model for Increasing Primary Care Physicians in Rural Areas.“ *Family Medicine* 22, Nr. 5 (1990): 350–55.

Glasser, Michael, Matthew Hunsaker, Kimberly Sweet, Martin MacDowell, und Mark Meurer. „A Comprehensive Medical Education Program Response to Rural Primary Care Needs“. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 83, Nr. 10 (Oktober 2008): 952–61. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181850a02.

Hilton, Sean, und Yvonne H Carter. „Academic Careers in General Practice and Primary Care“. *Medical Education* 34, Nr. 11 (21. November 2000): 910–15. https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2000.00727.x.

Jacob, Rüdiger, Johannes Kopp, und Sina Schultz. „Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung“. *KBV-Schrift 2014*, 2014, 1–99.

Maeseneer, Jan De, und Chris van Weel. „Research in general practice in Europe: A growing community“. *European Journal of General Practice* 7, Nr. 3 (1. Januar 2001): 90–91. https://doi.org/10.3109/13814780109080867.

Rabinowitz, Howard K., James J. Diamond, Fred W. Markham, und Christina E. Hazelwood. „A Program to Increase the Number of Family Physicians in Rural and Underserved Areas: Impact After 22 Years“. *JAMA* 281, Nr. 3 (20. Januar 1999): 255–60. https://doi.org/10.1001/jama.281.3.255.

Schmacke, Norbert. „Die Zukunft der Allgemeinmedizin in Deutschland - Potenziale für eine angemessene Versorgung Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes“. *ipp-Schriften*, 2013, 105.

Senf, Janet H., Doug Campos-Outcalt, und Randa Kutob. „Factors Related to the Choice of Family Medicine: A Reassessment and Literature Review“. *The Journal of the American Board of Family Practice* 16, Nr. 6 (11. Januar 2003): 502–12. https://doi.org/10.3122/jabfm.16.6.502.

Stigler, Florian. „Prävention eines allgemeinmedizinischen Landärztemangels“. Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, 2017. http://allgemeinmedizin.medunigraz.at/fileadmin/institute-oes/allgemeinmedizin/Publikationen/Berichte/2017/IAMEV_Praevention-AM-Landaerztemangel_final.pdf.

Verby, John E., J. Paul Newell, Susan A. Andresen, und Walter M. Swentko. „Changing the Medical School Curriculum to Improve Patient Access to Primary Care“. *JAMA* 266, Nr. 1 (3. Juli 1991): 110–13. https://doi.org/10.1001/jama.1991.03470010114041.

Organisationsebene: Universitäten

Umsetzungspartner: BM Wissenschaft, Politik - UG-Änderung, ÄG-Änderung,

M6/5.2 - Honorierung der Lehrtätigkeit

Maßnahme: Anerkennung des Mehraufwandes durch Lehrtätigkeit
Ziel: Gewinnung einer ausreichenden Zahl von Lehrärzt_innen mit ausreichend hoher Qualifikation. **Beschreibung:** Famulanten und KPJ-Studenten können bzw. müssen Zeiten in der allgemeinmedizinischen Praxis (Hausarztpraxis) absolvieren. Nicht alle Universitäten sehen für die Lehrärzt_innen eine finanzielle Entschädigung des Mehraufwandes vor. Um einerseits langfristig genügend hochqualitative Ausbildungsplätze garantieren zu können und andererseits den Ausbildenden die ihnen zustehende Wertschätzung entgegen zu bringen, sollte die Lehrtätigkeit in der Allgemeinmedizin-Praxis entsprechend honoriert werden. Auch der Aufwand der Studierenden gehört analog zu den Monaten an den KH-Abteilungen entschädigt, zusätzlich ist auch eine “Lebenshaltungförderung” für KPJ oder Famulatur besonders in einer Landpraxis abzugelten.
Argumentation: Lehre im 1:1 Verhältnis in der laufenden allgemeinmedizinischen Praxis benötigt Zeit, eine Ressource, die unter den derzeitigen Umständen oftmals sehr knapp ist (bzw. an die “normale Arbeitszeit” angehängt werden muss) - Lehre bedeutet Mehraufwand aber auch finanzielle Ausgaben für Praxisinhaber_innen - um entsprechende Qualitätsstandards in der Ausbildung aufrecht halten zu können, sind Qualifikationen (Lehrpraxisleiterseminare und damit verbunden Fahrtkosten etc.), Anschaffung von Literatur und Lehrunterlagen etc. notwendig. Positive role-models bzw. positive Erlebnisse in der allgemeinmedizinischen Praxis sowie wiederkehrende Kontakte zur Allgemeinmedizin erhöhen die Wahrscheinlichkeit der Berufswahl.
Evidenzhintergrund/Referenzen: siehe M1, u.a. Dunkler-Schmidt, C., A Breetholt, und S Gesenhues. „Blockpraktikum in der Allgemeinmedizin: 15 Jahre Erfahrung an der Universität Duisburg-Essen“, Nr. 2009. Maiorova, Tanja, Fred Stevens, Albert Scherpbier, und Jouke van der Zee. „The Impact of Clerkships on Students’ Specialty Preferences: What Do Undergraduates Learn for Their Profession?“ *Medical Education* 42, Nr. 6 (Juni 2008): 554–62. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03008.x. Poggenburg, Stephanie, Andrea Siebenhofer-Kroitzsch, Alexander Avian, Klaus Jeitler, und Andrea Berghold. „Erhebung der Berufsmotivation zur Allgemeinmedizin von Studierenden und jungen Ärzt/-innen in Österreich und Deutschland“. Graz: Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, 2017. https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/fileadmin/institute-oes/allgemeinmedizin/Publikationen/Berichte/2017/IAMEV_BMotiv-AM_final.pdf. Schäfer, Hans-Michael, Monika Sennekamp, Katja Gilbert, und Ferdinand Gerlach. „Kann das Blockpraktikum Allgemeinmedizin Studierende in ihrer Wahrnehmung der Berufszufriedenheit von Hausärzten beeinflussen?“, Nr. 03/2010. https://doi.org/10.3238/zfa.2010.0109. Schirgi, Julia. „Bewertung der allgemeinmedizinischen Lehre im Humanmedizinstudium im Ländervergleich zwischen Österreich und Slowenien und Auswirkungen auf die Berufsmotivation Allgemeinmedizin.“ Diplomarbeit, Medizinische Universität Graz, 2018. Scott, Ian, Bruce Wright, Fraser Brenneis, Pamela Brett-MacLean, und Laurie McCaffrey. „Why would I

choose a career in family medicine?“ *Canadian Family Physician* 53, Nr. 11 (November 2007): 1956–57.

Stahn, Bonnie, und Sigrid Harendza. „Vorbilder spielen die größte Rolle – eine qualitative Studie zu Gründen für die Wahl der ärztlichen Weiterbildung an einem Universitätsklinikum“. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 31, Nr. 4 (17. November 2014). https://doi.org/10.3205/zma000937.

Organisationsebene: Unis

Umsetzungspartner: Krankenanstalten (Rotationen im KPJ), Universitäten, HV, Politik, ÄK

Good-practice Beispiel:

Österreich: KPJ - Famulatur - Initiative Tennengau (Sbg.)
Europäische Länder:

Ansprechpartner: Poggenburg, Fürthauer

M6/6 - Förderung von Zusammenarbeitsformen

M6/6.1 - Förderung von Übergabepraxen

Maßnahme: Sicherung der Betreuungskontinuität
Ziel: Praxisübergaben erleichtern, Verhinderung leerstehender Kassenpraxen **Beschreibung:** Praxen, die Übergangs- oder Übergabemodelle anbieten, sollen entsprechend der Notwendigkeit gefördert werden. Dies kann an bestimmte Angebotsvorlagen (DMP, Ausstattung, Erreichbarkeit…) gebunden werden.
Argumentation: erfahrungsgemäß werden Nachbesetzungen mit jungen Kolleg_innen häufig dann möglich, wenn diese die Möglichkeiten hatten, in Zusammenarbeit mit erfahrenen Kolleg_innen Sicherheit zu gewinnen und Praxisführung zu erlernen. Gerade die schwer nachzubesetzenden kleineren Praxen sind mit diesen Modellen ökonomisch oft überfordert. Die Patientenkartei stellt einen hohen gesundheitsökonomischen Wert dar. Es liegt im Interesse der Patienten, dass diese Daten kontinuierlich weitergegeben werden. Deshalb ist die Forderung berechtigt, dass dies von der Sozialversicherung bzw. der Gesundheitspolitik finanziert wird.
Organisationsebene: ÄK, SV
Umsetzungspartner: Länder, Gemeinden, Versicherungsträger
Good-practice Beispiel:
Österreich: *Stmk, Sbg,.: Gründerkredite durch die ÄK vermittelt,* *Oberösterreich: Förderung der Übergabepraxis*
Ansprechpartner: Susanne Rabady

M6/6.2 - ökonomische Gleichstellung von Zusammenarbeitsformen mit PVEs

Maßnahme: nachhaltige Sicherung der Regelversorgung für Österreich
Ziel: Zusammenarbeitsformen müssen aus Gründen der Versorgungsgerechtigkeit flächendeckend ermöglicht und gefördert werden **Beschreibung:** neben PVEs müssen einfachere Zusammenarbeitsformen so behandelt werden, dass diese keine finanziellen Nachteile erleiden, da sonst erhebliche Ungerechtigkeit in der Primärversorgung entsteht. Derzeit bestehen in unterschiedlichem Ausmaß noch Nachteile aufgrund der Überführung einer Ordination in eine Kooperationsform, anstelle einer Förderung.
Argumentation: eine flächendeckende Versorgung mit PVEs im Sinne des GRUG ist nicht realistisch. Derzeit wird der finanzielle Mehraufwand für PVEs durch Verschiebungen aufgebracht, zum Nachteil der Regelversorgung. Nur ein organisatorisches “Abspecken” bzw. Anpassen an die realen regionalen Erfordernisse unter Nutzung gewachsener Strukturen kann die flächendeckende, moderne und gerechte Primärversorgung gewährleisten. Ungerechte Primärversorgung verdient den Namen nicht. Eine solche Förderung kann ohne weiteres in Zusammenhang mit der Formulierung von Versorgungszielen gesehen werden (M5/4). Im eigentlichen Konzept von PHC sind wesentliche Kernelemente enthalten, die in der aktuellen Diskussion nicht vorkommen. Vor allem ist dort auch beschrieben, dass eine Gleichheit in der primärärztlichen Versorgung sichergestellt sein muss, um soziale Gerechtigkeit (den Patient_innen, aber auch den Ärzt_innen gegenüber) gewahrt bleibt. Gezielte Förderung von Konzepten, die träge umzusetzen sind (siehe diverse Beispiele aus der Steiermark) fördern die Nichtversorgung von Patient_innen durch Kassenverträge, deren Versorgungsauftrag z.T. jahrelang nicht wahrgenommen wird (s.a. Czypionka, der eben vor einem solchen Szenario gewarnt hat). Erfolg von PHC ist unabhängig von der Zusammenarbeitsform, wesentliche Elemente sind Kontinuität, Dezentralität, Koordination, Multiprofessionalität (auch in Netzwerken) und Selbständigkeit.
Evidenzhintergrund/Referenzen: Czypionka, Thomas, und Susanna Ulinski. „Primärversorgung“. Institute for Advanced Studies, Vienna, Februar 2014. http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.602001.
Organisationsebene: ÖÄK, SV
Umsetzungspartner: eben diese
Ansprechpartner: Rabady, Fürthauer

M6/7 - Honorarkatalog für hausärztliche Praxen (alle Organisationsformen)

Maßnahme: Honorarkatalog für Hausarztpraxen (alle Organisationsformen)
Ziel: Der speziellen Aufgabenstellung der Allgemein-und Familienmedizin im System und ihrer daraus resultierenden Arbeitsweise ist auch in der Honorierung Rechnung zu tragen. **Beschreibung:** Allgemeinmedizin unterscheidet sich in Methodik, Arbeitsmitteln und Arbeitsweise essentiell von allen anderen Spezialdisziplinen und wird daher immer inadäquat abgebildet (Vorschlag aus +M5 strukturelle Aufwertung), gleiche Einzelleistung ist gleich zu honorieren
Argumentation: Kassenverhandlungen betreffen Erhöhungen der Pauschalsummen, die dann unter den Fächern aufgeteilt werden, und dadurch wird die wirtschaftliche Abbildung von hausärztlichen Leistungen nicht mehr rational ökonomisch sondern politisch definiert. Konstitutives Element für kompetente Allgemeinmedizin ist Faktor Zeit sowie soft skills: sind für AM “must have”, für Großteil anderer Spezialitäten “nice to have”. Mit dem Hintergrund der laufenden Diskussion zur finanziellen Aufwertung der AM gegenüber den Fachdisziplinen ist folgendes festzustellen: Die AM braucht einen eigenen Tarif, der die hausärztliche Tätigkeit (Gesprächsmedizin, Betreuung chronisch Kranker, Koordination im Bereich PVE und der einzelnen Versorgungsebenen etc) besser abbildet. International geht der Trend zu Mischsystemen mit Pauschalhonorierung pro Patient (ev. Einschreibesystemen) und wenig Einzelleistungen (z.b. Visiten, Vorsorgeuntersuchungen, DMP) als Anreiz, diese auch bei Notwendigkeit zu erbringen. Diese Honorierung sollte nicht auf die Tätigkeit des Arztes/der Ärztin (Einzelpraxis oder Gruppenpraxis) beschränkt sein, sondern sollte für die Versorgung des Patienten durch das gesamte Praxisteam, wer auch immer eine Leistung erbringt, zu leisten sein. Die Verantwortung für die Erbringung einer Leistung liegt selbstverständlich bei den Praxisinhaber_innen bzw. bei Gruppenpraxen bei den anwesenden Ärzt_innen. Durch Pauschalsysteme kommt es zu einer besseren finanziellen Planbarkeit der einzelnen Ordinationen/Gruppenpraxen auf der einen Seite sowie der Sozialversicherung auf der anderen Seite. Das Pauschale sollte definiert werden - was man alles darunter versteht und als selbstverständlich ansieht, wenn es Leistungen beinhaltet, welche Leitungen es umfasst und wie oft diese erbracht werden. Ein eigener Honorarkatalog ist für PVEs bereits geplant. Dieser Vertrag sollte aber unbedingt ein Teil des bestehenden Gesamtvertrages oder eines (neuen) Gesamtvertrages sein und soll nicht zu einer Ungleichbehandlung zwischen PVEs und Regelversorgung führen

Begründung: Kassenverhandlungen betreffen Erhöhungen der Pauschalsummen, die dann unter den Fächern aufgeteilt werden, und dadurch wird die wirtschaftliche Abbildung von hausärztlichen Leistungen nicht mehr rational ökonomisch sondern politisch definiert. Konstitutives Element für kompetente Allgemeinmedizin ist Faktor Zeit sowie soft skills: sind für AM “must have”, für Großteil anderer Spezialitäten “nice to have”..
Organisationsebene: SV und ÖÄK, wissenschaftliche Argumentation: ÖGAM
Umsetzungspartner: SV und ÖÄK
Good-practice Beispiel:
Österreich: Burgenland: Degression gemildert. *Salzburg: Anhebung der Staffelung und Milderung der Degression für AM und Pädiater im Gegensatz zu den übrigen Sonderfächern durchgeführt, Vorarlberg: Angleichung der Honorare FA und AM sukzessive* *Europäische Länder:*
Ansprechpartner: Rabady

M6/8 - Anpassung der Planstellen

M6/8 - Planstellen an gestiegene Kontaktzahlen und Anforderungen anpassen

Maßnahme: Reevaluation der Planstellen unter Berücksichtigung der regionalen und demografischen Bevölkerungsentwicklung
Ziel: Eine hausärztliche Versorgung entsprechend den Vorgaben benötigt ausreichend Zeit. Je nach Patientenkollektiv und Umgebungsbedingungen ist eine Zielvorstellung hinsichtlich Kontaktzahlen pro Zeiteinheit zu entwickeln, die hohe Qualität ermöglicht. **Beschreibung:** Trotz der (regional unterschiedlich) gestiegenen Inanspruchnahme durch Bevölkerungswachstum und der Zunahme der Versorgungsaufgaben durch den Wandel der Medizin (Prävention, Chronische Krankheit und Multimorbidität, Palliation, Bettenabbau…) ist die Zahl der Planstellen in den letzten Jahren nahezu gleich geblieben. Unbesetzte Planstellen, Urlaube oder Krankenstände können die Versorgung ganzer Sprengel akut gefährden. Auch ein extern finanzierter aber von der Standesvertretung geführter “Springerpool” ist denkbar, um unbesetzte Stellen in der Zeit der Neubesetzung zu überbrücken.
Argumentation: Betrachtet man die Statistik der österreichischen Vertragsärzt_innen, so zeigt sich, dass es während des Zeitraums von 2005 bis Ende 2014 bei den Allgemeinmediziner_innen mit Kassenvertrag nur einen Zuwachs von 0,7% gab, die Anzahl der allgemeinen Fachärzt_innen mit kassenärztlichen Vertrag jedoch um 4,2% zunahm, die der sonstigen Fachärzt_innen mit Kassenvertrag sogar um 12,7% . Bei einer stetig steigenden Bevölkerungszahl in Österreich (laut Statistik Austria z.B. Zunahme der österreichischen Bevölkerung zwischen 2001 und 2016 um ca. 650.000 Personen) steigt die Anzahl der Personen, die pro Hausärztin bzw. Hausarzt versorgt werden, kontinuierlich seit Jahrzehnten an. Im Zuge der politisch gewollten Stärkung des primärärztlichen Sektors und der gleichzeitigen Abnahme der an Allgemeinmedizin Interessierten wird dieses Missverhältnis deutlich größer. Die Zahl der Patientenkontakte pro Hausarzt gibt Auskunft über Arbeitslast und Arbeitsdichte (= u.a. fehlende Zeit für den Patienten) - wie Befragungen des IAMEV zeigen, werden dieserlei Faktoren vor allem von der jüngeren Generation nicht mehr akzeptiert. Die rein finanzielle Abgeltung reicht nicht aus, um den Verlust an Arbeits- und Lebensqualität auszugleichen. Diese Tatsache ist geeignet, potentielle Interessenten an der Allgemeinmedizin abzuschrecken, sowohl aus rein ökonomischen Gründen, als auch aus Gründen der Wertschätzung.

Delegation ärztlicher Aufgaben an z.B. Pflegepersonen kann das Problem nicht lösen, weil die Zahl der komplexen Patientenkontakte pro Arzt nicht oder kaum steigerbar ist, der Bedarf an Ärzt_innen also nicht sinken wird. Dafür wird der Bedarf an Pflegepersonal steigen und ist ebensowenig zu decken.

Evidenzhintergrund/Referenzen

Laurant, Miranda, Mieke van der Biezen, Nancy Wijers, Kanokwaroon Watananirun, Evangelos Kontopantelis, und Anneke JAH van Vught. „Nurses as substitutes for doctors in primary care". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Nr. 7 (2018). https://doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub3.

Laurant, Miranda, David Reeves, Rosella Hermens, Jose Braspenning, Richard Grol, und Bonnie Sibbald. „Substitution of doctors by nurses in primary care". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Nr. 2 (2005). https://doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub2.

Tomaschek, B. „Bevölkerungsentwicklung Österreich - Statistik Austira". Zugegriffen 24. Juli 2018. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/027288.html.

Teichert, Tim, und Susanne Fößleitner. „Vertragsärzte und Vertragsärztinnen in Österreich - Teil 1". Zugegriffen 24. Juli 2018. http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.782703&portal=hvbportal&viewmode=content.

———. „Vertragsärzte und Vertragsärztinnen in Österreich - Teil 2". Zugegriffen 24. Juli 2018. http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.782724&portal=hvbportal&viewmode=content.

Organisationsebene: ÖÄK, SV

Umsetzungspartner: Universitäten - Versorgungsforschung

Ansprechpartner: Christoph Fürthauer