

Vielfalt in der Allgemeinmedizin



Positionspapier der Jungen Allgemeinmedizin Österreich zur derzeitigen Primärversorgungsdiskussion

2. formatierte Version vom 15.06.2017

Autoren:

Michael Baier, Matthias Berner, Reingard Glehr, Sebastian Huter, Jan Katzbeck, Maria Wandler

Redaktion:

Sebastian Huter

Impressum:

Junge Allgemeinmedizin Österreich (JAMÖ)
c/o Wiener Medizinische Akademie
Alser Straße 4
1090 Wien
office@jamoe.at
<https://jamoe.at>

Inhaltsverzeichnis

Die Positionen auf einen Blick.....	3
Einführung.....	4
Position 1: Vielfalt in der Allgemeinmedizin - vielfältige Allgemeinmedizin.....	5
Position 2: Definierte Primärversorgung - in einer Vielfalt an Organisationsformen.....	6
Position 3: Vielfalt in der Bevölkerung - vielfältige Patienten.....	7
Position 4: Kontinuität braucht Commitment - Commitment lebt von Kontinuität.....	9
Position 5: Qualität braucht Ausbildung - Ausbildung braucht Qualität.....	10
Position 6: Selbstständigkeit ist Freiberuflichkeit - Anstellung im freien Beruf.....	12
Position 7: Arbeiten im Team - Team ist Arbeit.....	12
Position 8: Forschung in der Primärversorgung - Primärversorgung gehört erforscht.....	13
Begriffsdefinitionen.....	15
Anhang - Der Freie Beruf.....	19
Referenzen.....	22

Die Positionen auf einen Blick

1. Vielfalt in der Allgemeinmedizin - vielfältige Allgemeinmedizin

- Die große Vielfalt an Herausforderungen unterschiedlichster Art in der Primärversorgung benötigt einen generalistischen Ansatz und entsprechende Fähigkeiten, um eine umfassende Versorgung zu ermöglichen.

2. Definierte Primärversorgung - in einer Vielfalt an Organisationsformen

- Vielfältige Organisationsformen für eine Vielzahl an Anforderungen
- Definierte Versorgungsaufträge für ein einheitliches Grundangebot
- Standards als Qualitätshilfe für eine individuelle Patientenbetreuung

3. Vielfalt in der Bevölkerung - vielfältige Patienten

4. Kontinuität braucht Commitment - Commitment lebt von Kontinuität

5. Qualität braucht Ausbildung - Ausbildung braucht Qualität

- Um weiterhin eine gute Primärversorgung gewährleisten zu können, müssen die Weichen schon in der Ausbildung gestellt werden. Qualität muss großgeschrieben werden, die auszubildenden Allgemeinmediziner_innen müssen ihr zukünftiges Arbeitsfeld in all seiner Vielfältigkeit und seinen Facetten kennen lernen. Hier braucht es auch die Anerkennung der Wichtigkeit dieses Berufes durch die Kollegenschaft im Krankenhaus. Als zukünftige Partner in der Betreuung gemeinsamer Patienten sollte jedem Arzt die Ausbildung dieser jungen Kolleg_innen als verantwortungsvolle Aufgabe bewusst werden - nicht zuletzt zur eigenen Arbeitsentlastung durch verbesserte Zuweisung und Selektion.

6. Selbstständigkeit ist Freiberuflichkeit - Anstellung im freien Beruf

- Eine Anstellung bei KollegInnen gefährdet nicht per se die Werte des freien Berufes: Gemeinwohlverpflichtung, Professionalität, Eigenverantwortlichkeit, Selbstkontrolle des Berufsstandes (Standesvertretung) und ethische Haltung. Anstellungen bei vorrangig auf Gewinnmaximierung ausgerichteten Primärversorgungsträgern sind abzulehnen, da hierdurch Konflikte mit diesen grundlegenden Werten entstehen.

7. Arbeiten im Team - Team ist Arbeit

- Unterschiedliche Ansätze - ein gemeinsames Ziel: optimale Patientenversorgung
- Klare Verantwortungen und Aufgabengebiete der Teammitglieder
- Eigenverantwortliches Arbeiten im Team entsprechend den jeweiligen Kompetenzen
- Teamarbeit bedeutet auch Arbeit am Team

8. Forschung in der Primärversorgung - Primärversorgung gehört erforscht

Einführung

Wir als Junge Allgemeinmedizin Österreich (JAMÖ) sehen uns als unabhängige Interessensvertretung für junge und zukünftige Allgemeinmediziner_innen. In dieser Rolle beteiligen wir uns aktiv am stetig stattfindenden Diskussionsprozess rund um die Primärversorgung und die Zukunft der Allgemeinmedizin in Österreich. Wir möchten diese, unsere Zukunft mitgestalten und mit den vorliegenden Positionen unseren Beitrag zu diesem Prozess leisten.

Die Positionen sind aus umfangreichen wiederkehrenden Diskussionen entstanden, sowohl untereinander als auch im Austausch mit Kolleg_innen der Vorgänger-Generationen, Vertretern von Stakeholdern und Ärzt_innen und Experten aus anderen Ländern, in denen ähnliche Reformprozesse bereits stattgefunden haben oder derzeit stattfinden. Wir versuchen die aus unserer Sicht anzustrebenden Notwendigkeiten zur Schaffung eines "idealen Gesundheitssystems" zu benennen und Begriffe zu klären. Neben wissenschaftlichen Erkenntnissen aus der derzeit verfügbaren Literatur fließen auch persönliche Erfahrungen und grundsätzliche ideologische Überlegungen in diese Positionen ein. Damit möchten wir dem Umstand Rechnung tragen, dass ein "ideales System für Alle" schwierig bis unmöglich zu definieren ist, beziehungsweise diese Definition sich auch mit der Zeit und der gesellschaftlichen Entwicklung ändert.

Es geht um unsere berufliche Zukunft als Allgemeinmediziner_innen und darum, die Allgemeinmedizin für die jetzige Generation als erstrebenswerte Karriere zu festigen. Gleichzeitig wollen wir, dass die Allgemeinmedizin ihren Auftrag zur Versorgung der Bevölkerung effektiv und effizient erfüllen kann. Dies erfordert auch eine systematische Zusammenarbeit mit dem fachärztlichen Bereich und mit nichtärztlichen Gesundheitsberufen.

Unser zentrales Ziel ist der Erhalt und die Verbesserung einer ganzheitlichen, umfassenden, kontinuierlichen und personenorientierten

Versorgung unter guten Rahmenbedingungen für Versorger und Versorgte gleichermaßen.

Position 1: Vielfalt in der Allgemeinmedizin - vielfältige Allgemeinmedizin

Die große Vielfalt an Herausforderungen unterschiedlichster Art in der Primärversorgung benötigen einen generalistischen Ansatz und entsprechende Fähigkeiten, um eine umfassende Versorgung aus einer Hand zu ermöglichen.

Die Allgemeinmedizin spiegelt die Vielfalt der Gesellschaft und der Bevölkerung wider. Sie ist das Fach, welches sowohl auf die unmittelbaren infrastrukturellen Gegebenheiten als auch die soziokulturellen Hintergründe der Patient_innen ganzheitlich Bezug nehmen kann.

Vielfalt der Regionen - Mikrokosmos Österreich: Trotz seiner kleinen Fläche ist Österreich geographisch sehr vielfältig. Neben den großen Städten und dicht besiedelten Regionen finden wir ebenso Regionen mit dünner Besiedelung. Zunehmend leiden diese Regionen am Verlust von Infrastruktur, auch die kassenärztlichen Stellen sind davon betroffen. Die wohnortnahe Versorgung ist gefährdet - mit allen Konsequenzen, besonders für alte, multimorbide und chronisch kranke Patient_innen. Für mehr Informationen und Lösungsideen aus dem Nachbarland zu dieser Thematik siehe auch [1]; [2].

Vielfalt der Bevölkerung: Eine besondere Herausforderung stellt die Versorgung aller Altersstufen, akuter und chronischer Erkrankungen, sowie von Patient_innen mit vielfältigen soziokulturellen und religiösen Hintergründen dar. Mit dieser Komplexität in der Patientenbetreuung kann die Allgemeinmedizin aufgrund ihrer fachlichen Breite besonders gut umgehen.

Vielfalt der Erwartungen: Die Erwartungen an die Allgemeinmedizin sind hoch - nicht nur seitens der Gesundheitspolitik, sondern auch von den

Patient_innen. In der jetzigen Zeit leben Allgemeinmediziner_innen im ständigen Spannungsfeld zwischen den Forderungen der Sozialversicherungen und der Politik sowie den Anforderungen der Patient_innen. Schutz vor Über- und Underdiagnostik, Fehl- und Zuvielbehandlung und ressourcenschonender Umgang mit Zustimmung der Patient_innen sind alltägliche Herausforderung.

Vielfalt der Allgemeinmedizin: Eine wesentliche Stärke von gut ausgebildeten Allgemeinmediziner_innen ist der generalistische Zugang zum Patienten. Dies führt zu einem vielfältigen Einsatz in unterschiedlichen Bereichen, z.B. in der allgemeinmedizinischen stationären Betreuung, dem Schularztwesen oder der Arbeitsmedizin.

Position 2: Definierte Primärversorgung - in einer Vielfalt an Organisationsformen

Vielfältige Organisationsformen für eine Vielzahl an Anforderungen

Primärversorgung muss überall und für Alle verfügbar sein. Versorgungskonzepte sollen also in einer Vielzahl an unterschiedlichen Rahmenbedingungen funktionieren - egal ob in einem dicht besiedelten Ballungsraum oder einer weit verstreuten Landgemeinde. Egal ob für einheimische Akademiker oder erst kürzlich angekommene Flüchtlinge.

Unterschiedliche Rahmenbedingungen ziehen durch unterschiedlichste Bedürfnisse auch andere Gesundheitsberufe an. Diese arbeiten an den verschiedensten Punkten in der Primärversorgung und finden sich auch in den unterschiedlichsten Stadien ihrer Karriere-und Lebensplanung. Dementsprechend müssen auch die Organisationsformen ein Höchstmaß an Flexibilität zulassen. Von der Anstellung in einem PHC-Zentrum bis zur (Teil-)Eigentümerschaft in einer Gruppenpraxis oder der Eröffnung einer eigenen Einzelpraxis sollten so auch attraktive Karriereoptionen und Entwicklungsmöglichkeiten offenstehen.

Definierte Versorgungsaufträge für ein einheitliches Grundangebot

Klare Versorgungsaufträge sind durch die derzeitige Reform zu definieren, um verbindliche Mindestanforderungen und Standards zu setzen. Dies ermöglicht eine bessere Vermittlung der Versorgungsbreite gegenüber der Bevölkerung.

Studien haben gezeigt, dass für Patient_innen nicht immer klar ist, für welche Fragestellungen die Primärversorgung in Anspruch genommen werden kann [3]. Es muss ersichtlich sein, welche Grundversorgung in der Primärversorgung zu finden ist - unabhängig von etwaigen erweiterten Angeboten.

Standards als Qualitätshilfe für eine individuelle Patientenversorgung

Für das Grundangebot sollte es neben den notwendigen Ressourcen auch klare und einfach anwendbare Versorgungsstandards geben (z.B. EBM-Guidelines.at). Diese sollen als Qualitätshilfe dienen. Dabei darf der Rahmen für individualisierte Medizin nicht unnötig eingeschränkt werden, denn in einer patientenorientierten Versorgung müssen individuellen Umstände und Präferenzen der Patienten in der gemeinsamen Entscheidung berücksichtigt werden (shared decision-making).

Position 3: Vielfalt in der Bevölkerung - vielfältige Patienten

Die (soziokulturelle) Vielfalt der Patient_innen und ihrer Bedürfnisse stellen eine besondere Herausforderung an das Gesundheitssystem und die betreuende Ärzteschaft dar [4].

Eine starke und flächendeckend ausgebaute Primärversorgung, die eine ausreichende Behandlungskontinuität gewährleistet, ist die beste Voraussetzung, um alle Bedürfnisse zu erfüllen.

Studien zeigen, dass die Erwartungen an Ärzt_innen und Gesundheitssystem je nach eigener Einschätzung der Schwere der

Erkrankung variieren. So ist bei akuten, als banal angesehenen Erkrankungen eine schnelle und gute Verfügbarkeit wichtiger als die behandelnde Person selbst. Während bei chronischen oder psychischen Erkrankungen eine kontinuierliche Betreuung durch ein und dieselbe Person von vielen Patient_innen als überaus wichtig erachtet wird. Hierbei ist das über Jahre angeeignete Wissen des Behandlers um die Besonderheiten in Krankheitsverlauf und -präsentation des individuellen Patienten von außerordentlicher Bedeutung [4].

Gerade auch die Vielfalt innerhalb des Patientenguts in seinem gesamten sozioökonomischen und kulturellen Kontext bedarf sowohl eines generalistischen Betreuungsansatzes als auch unmittelbarer Kenntnis der Lebenswelten der Patient_innen. Dieses Wissen entsteht auch durch eine wohnortnahe, einfach erreichbare und kontinuierliche Begleitung innerhalb der Gemeinschaft (Community). Diese Betreuungsqualität ist nicht nur mit einer erhöhten Patientenzufriedenheit vergesellschaftet, sondern bietet auch auf der Ebene des Gesundheitssystems entscheidende Vorteile. So sinken mit zunehmender Verfügbarkeit von Konsultationsmöglichkeiten aufgrund einer kontinuierlichen Primärversorgung die Morbidität und Mortalität, die Häufigkeit von Konsultationen von Notfallambulanzen und die generelle Häufigkeit von Spitalweisungen [5 - 8].

Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sind ebenfalls zwei wichtige Aufgaben, die von Allgemeinmediziner_innen in die Bevölkerung getragen werden und sowohl den generalistischen Betreuungsansatz als auch das Wissen über den soziokulturellen Kontext benötigen. Zudem bieten wiederholte Kontakte die Möglichkeit von mehrfachen Kurzinterventionen zur Förderung eines gesundheitsbewussten Lebensstils.

Position 4: Kontinuität braucht Commitment - Commitment lebt von Kontinuität

Das wesentliche Kernelement einer starken medizinischen Primärversorgung ist die Kontinuität der allgemeinmedizinischen Betreuung. Internationale Studien zeigen, dass eine hohe Kontinuität der Versorgung mit günstigen Outcomes für Patient_innen und Ärzt_innen sowie mit geringeren Gesundheitskosten assoziiert ist.

Kontinuität kann sowohl als Prozess, als auch als Ergebnis gesehen werden und betrifft mehrere Ebenen:

1. Beziehungskontinuität: fortlaufende therapeutische Beziehung zwischen Ärzt_innen und Patient_innen, ihrer Familien und ihrer Gemeinschaft (Community) ohne personellen Wechsel
2. Informationskontinuität: Transfer und Nutzung von longitudinaler, mehrdimensionaler Patienteninformation
3. Managementkontinuität: zeitnahe auf sich ändernde Bedürfnisse des Patienten abgestimmte integrierte Versorgung, interdisziplinäre Versorgungskoordination [9, 10]

Diese Aspekte bestehen in der Regel parallel und sind nicht scharf voneinander trennbar. Aus Patientensicht wird Kontinuität als zusammenhängende Versorgung und Erreichbarkeit der Vertrauensperson wahrgenommen, aus Arztsicht überwiegend durch erlebte Anamnese und Kenntnis derselben Person über viele Konsultationsanlässe und Krankheitsepisoden.

Commitment, ein Begriff, der schwer ins Deutsche zu übersetzen ist, spielt in Zusammenhang mit Kontinuität sowohl auf Arzt-, als auch auf Patientenseite eine große Rolle. Er beinhaltet Zuwendung, Hingabe, Verbindlichkeit, Verantwortung, Verpflichtungsgefühl, vor allem aber auch Vertrauen [11].

Verschiedene internationale Studien zeigen, dass eine hohe Kontinuität der Versorgung mit günstigen Outcomes assoziiert ist - Vorteile einer **kontinuierlichen und leicht erreichbaren** Versorgung auf Primärversorgungsebene sind:

- bessere Patientencompliance
- häufigere Nutzung von Präventivmaßnahmen
- niedrigere Morbiditäts- und Mortalitätsraten
- weniger Laboruntersuchungen
- niedrigere Hospitalisierungsraten
- geringere Nutzung von Notfalleinrichtungen
- geringere Gesundheitskosten [12, 13]

Die Vorteile einer kontinuierlichen Arzt-Patienten Beziehung sind überdies mit besserer Zufriedenheit von Patient_innen und Ärzt_innen verbunden. Dies gewinnt an Bedeutung, wenn Multimorbidität und psychosoziale Probleme vorliegen. Bei den Überlegungen zur Verbesserung der Primärversorgung sollte daher diesem Kernelement - der Kontinuität und dem damit zusammenhängenden Commitment - mit seinen vielfältigen Aspekten entsprechende Bedeutung gegeben werden.

Position 5: Qualität braucht Ausbildung - Ausbildung braucht Qualität

Um weiterhin eine gute Primärversorgung gewährleisten zu können, müssen die Weichen schon in der Ausbildung gestellt werden. Qualität muss großgeschrieben werden, die auszubildenden Allgemeinmediziner_innen müssen ihr zukünftiges Arbeitsfeld in all seiner Vielfältigkeit und seinem Facettenreichtum kennen lernen. Hier braucht es auch die Anerkennung der Wichtigkeit dieses Berufes durch die Kollegenschaft im Krankenhaus. Als zukünftige Partner_innen in der

Betreuung gemeinsamer Patient_innen sollte allen Ärzt_innen die Ausbildung dieser jungen Kolleg_innen als verantwortungsvolle Aufgabe bewusst werden - nicht zuletzt zur eigenen Arbeitsentlastung durch verbesserte Zuweisung und Selektion.

Universitäten müssen den Studierenden durch praxisbezogene Ausbildung früh zeigen, wie Primärversorgung mit ihren spezifischen Herausforderungen in unterschiedlichen Settings stattfindet:

- **Im hausärztlichen Setting (sowohl Stadt als auch Land)**
- In Bereichen mit präventivmedizinischem Schwerpunkt (z.B. Schulmedizin, Arbeitsmedizin...)
- In Einrichtungen, die Randgruppen versorgen (zB Marienstüberl in Graz, AmberMed in Wien, Aidshilfe)

Dies gilt auch für die postpromotionelle Ausbildung. Schon in der neuen Basisausbildung muss eine Rotation in den Primärversorgungsbereich möglich sein und von öffentlicher Seite finanziert werden. So können Jungmediziner_innen noch einmal für die Allgemeinmedizin begeistert und die Primärversorgung durch engagierte Ärzt_innen gestärkt werden.

Die postpromotionelle Ausbildung muss auf die notwendigen Kompetenzen und möglichen Tätigkeitsprofile der Allgemeinmedizin ausgerichtet sein [14].

Es müssen Rahmenbedingungen für ein konsistentes Ausbildungsprogramm festgelegt werden. Pauschal unterschrieben Ausbildungszeugnisse ohne echte Vermittlung der dadurch bestätigten Fähigkeiten müssen der Vergangenheit angehören. Der oder die Hauptverantwortliche für die Allgemeinmedizin im jeweiligen Krankenhaus sollte selbst Allgemeinmediziner_in sein, um sich mit dem Tätigkeitsprofil identifizieren zu können. Zusätzlich soll während der gesamten Dauer der Spitalsrotation der Kontakt zur Primärversorgung bestehen bleiben. Dies kann zum Beispiel durch ein Mentoring-Programm umgesetzt werden, bei

dem die Mentees regelmäßig durch ihre_n Allgemeinmedizin-Mentor_in betreut werden.

Allgemein muss die Dauer der Lehrpraxiszeit verlängert werden. Im Moment sind 6 Monate Lehrpraxis im Rahmen der Allgemeinmedizinausbildung vorgesehen, die im weiteren Verlauf auf 12 Monate erhöht wird. Im internationalen Vergleich stellen wir in diesem Bereich dennoch das Schlusslicht dar. Unter adäquaten Bedingungen ist daher eine Angleichung der Ausbildungszeit an jene der Sonderfächer durch Verlängerung der Lehrpraxis notwendig.

Position 6: Selbstständigkeit ist Freiberuflichkeit - Anstellung im freien Beruf

Eine Anstellung bei KollegInnen gefährdet das Interesse des freien Berufes prinzipiell nicht. Diese Interessen sind Gemeinwohlverpflichtung, Professionalität, Eigenverantwortlichkeit und Selbstkontrolle. Letztere ist auf der Ebene des Berufsstandes im Rahmen der Standesvertretung zu sehen und nicht zwingend in der wirtschaftlichen Eigenständigkeit des Einzelnen. Anstellungen bei vorrangig auf Gewinnmaximierung ausgerichteten Primärversorgungsträgern können in Konflikt mit der Gemeinwohlverpflichtung stehen und sind daher abzulehnen.

Eine genauere Erläuterung zu der Unterscheidung freier Beruf und Freiberuflichkeit im Sinne der Selbstständigkeit im Niedergelassenen Bereich findet sich im Anhang.

Position 7: Arbeiten im Team - Team ist Arbeit

- Unterschiedliche Ansätze - ein gemeinsames Ziel: optimale Patientenversorgung
- Klare Verantwortungen und Aufgabengebiete für die Teammitglieder
- Eigenverantwortliches Arbeiten im Team entsprechend den jeweiligen Kompetenzen
- Teamarbeit bedeutet auch Arbeit am Team

Die Primärversorgung als Basis des Gesundheitssystems ist aufgrund des immensen Versorgungsauftrages auf ein Zusammenspiel von unterschiedlichen Gesundheitsberufen angewiesen. Für eine effiziente Zusammenarbeit ist eine klare Rollenverteilung im Team essentiell. Alle müssen sich darauf verlassen können, dass die Teammitglieder für die Erfüllung ihrer Aufgaben die notwendigen Kompetenzen und rechtlichen Befugnisse besitzen um einerseits autonom und andererseits als Teil des Ganzen arbeiten zu können.

Unterschiedliche Berufsgruppen bedeuten unterschiedliche Perspektiven und unterschiedliche Ausbildungsschwerpunkte. Um eine gemeinsame Basis für ein Team zu schaffen müssen alle Berufsgruppen entsprechend für ihre Tätigkeit in der Primärversorgung ausgebildet sein, damit das gemeinsame Ziel, die optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten auch als gemeinsamer Motivator dienen kann.

Teamarbeit bedeutet nicht nur eine Zusammenarbeit von unterschiedlichen Personen in einer Gruppe - es bedeutet auch Arbeit an der Gruppe. Je heterogener und größer die Teams, um so mehr Augenmerk muss auf die Pflege der Teamkultur gelegt werden. Regelmäßige strukturierte Besprechungen, Diskussionen und auch Konfliktlösungen können nicht nebenbei geschehen, sondern müssen ein fixer Bestandteil des Arbeitsalltages werden. Leadership-Skills müssen daher auch im Rahmen der Ausbildung gestärkt werden.

Position 8: Forschung in der Primärversorgung - Primärversorgung gehört erforscht

- Spezielles Setting - eigene Fragestellungen. realistische Kohorten, Real life anwendung.
- Evaluation und Qualitätssicherung

In manchen Ländern erfolgt die Betreuung von bis zu 96% aller Patienten in der Primärversorgung [15], dennoch wird die Forschung in der Allgemeinmedizin nach wie vor vernachlässigt und ihr zu wenig Bedeutung beigemessen. Der Großteil der heutigen Forschung wird unter streng

kontrollierten Bedingungen durchgeführt und spiegelt meist nicht den alltäglichen Patienten aus der Hausarztpraxis wieder. Demographische Entwicklung, Multimorbidität und Polypharmazie werden oft nicht berücksichtigt. In der Primärversorgung liegt der Fokus einer patientenzentrierten Medizin auf Lebensqualität und nicht wie in den meisten Studien auf der Optimierung einzelner Surrogat-Parameter [16, 17]. Medizinische Leitlinien werden zu einem Großteil von Spezialisten für Patienten von Spezialisten erstellt. Die Anwendbarkeit in der Primärversorgung ist durch o.g. Aspekte oft eingeschränkt. Durch die Präsenz der Allgemeinmedizin in der Erstellung von Leitlinien wird eine Anpassung der Empfehlungen an die Lebensrealität der Menschen ermöglicht.

Im Laufe des medizinischen Werdegangs wird in Österreich das Thema Allgemeinmedizin oft vernachlässigt. Dadurch werden auch die Forschungsmöglichkeiten in diesem Bereich größtenteils ignoriert, obwohl sich diese besonders durch ihren fächerübergreifenden Charakter hervorhebt.

Um die Möglichkeiten in diesem Bereich aufzuzeigen und den Zugang zu Forschung einfacher zu gestalten, sollten vermehrt Forschungsnetzwerke für Allgemeinmediziner aufgebaut werden. Jedoch nicht nur eine Zusammenarbeit untereinander, sondern auch in Zusammenarbeit mit Forscher_innen aus der sekundären und tertiären Versorgung, sowie aus dem Public Health Sektor ist wünschenswert [17].

Zusätzlich bietet Forschung weitere Verwirklichungs- und Karrierechancen und kann so auch die Attraktivität der Allgemeinmedizin steigern. Jedoch benötigt es dafür sowohl strukturelle als auch finanzielle Unterstützung. Stipendien könnten hier einen Anreiz setzen [18, 19].

Es ist nur möglich die Qualität und Effektivität in der Primärversorgung zu verbessern, wenn Forschung von, in und über diese gemacht wird [17].

Begriffsdefinitionen

In der oft sehr emotional geführten Diskussion rund um die Reform der Primärversorgung werden immer wieder dieselben Begriffe verwendet, jedoch oft mit unterschiedlichen Bedeutungen. Da es für eine sachliche Diskussion essentiell ist, wollen wir mit einer Definition jener Begriffe beginnen, die oft sehr starke Reaktionen auslösen.

Primary Health Care (PHC)

Für PHC gibt es international unterschiedliche Definitionen. In der österreichischen Diskussion wird der Begriff mehr oder weniger Synonym für eine umfassende Primärversorgung verwendet. Wir übernehmen für den Begriff PHC die deutsche Übersetzung der Definition der Expertenkommission der Europäischen Kommission in der PHC die Versorgungsebene bezeichnet, "...welche allgemein zugängliche, integrierte, personenzentrierte und umfassende sowie familienorientierte und gemeindenahе Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung bereitstellt" [20].

Grundversorgung

Grundversorger_innen behandeln allgemeine Krankheiten, bilden die Eintrittsstelle ins Versorgungssystem, sind für dringliche Fälle zuständig, für alle zugänglich, bieten eine umfassende, kontinuierliche Betreuung, nehmen Triagefunktionen wahr und koordinieren mit Spezialist_innen [21].

Primärversorgungseinrichtung (PVE)

Eine PVE ist eine den Anforderungen des neuen Primärversorgungskonzeptes "Das Team rund um den Hausarzt" entsprechende Versorgungseinheit, ohne dass dabei nähere Aussagen über die Organisationsform (Zentrum vs. Netzwerk), Eigentümerschaft, oder Teamzusammensetzung getroffen wird.

PHC-Zentrum

Ein PHC-Zentrum ist eine PVE in der die beteiligten Gesundheitsberufe unter einem Dach zusammenarbeiten. Auch hier wird jedoch noch keine

nähere Aussage über die Eigentümerschaft oder Teamzusammensetzung getroffen. Insbesondere ist ein Zentrum nicht gleichzusetzen mit einer bestimmten rechtlichen Organisationsform (z.B. einem Ambulatorium).

Allgemeinmedizin

Allgemeinmedizin ist sowohl eine akademische und wissenschaftliche Disziplin, als auch ein eigenständiges klinisches Fach, zu dessen Kernaufgaben die Primärversorgung gehört [14].

Hausarztmedizin

In diesem Positionspapier definieren wir die Hausarztmedizin als Anwendung der Allgemeinmedizin im hausärztlichen Setting der Primärversorgung. In Abgrenzung dazu können Ärzt_innen für Allgemeinmedizin auch in anderen Bereichen zur Anwendung kommen, u.a. im Rahmen des Schularztwesens, der Arbeitsmedizin oder der allgemeinmedizinischen Betreuung von stationären Patienten auf Spezialabteilungen.

Das Team rund um den Hausarzt

2014 wurde im Rahmen der Bundesgesundheitskonferenz der Startschuss zur Neugestaltung der Primärversorgung in Österreich gesetzt. Ziel war die Skizzierung einer vernetzten, räumlich und zeitlich einfach zugänglichen Form der Primärversorgung, die damit für die gesamte Bevölkerung gleichermaßen und gleichwertig verfügbar ist. Nach einem Gesprächsprozess mit sämtlichen Gesundheitsberufen und Verantwortlichen des Gesundheitssystems wurde das Konzept "Das Team rund um den Hausarzt" von der österreichischen Bundeszielsteuerungskommission beschlossen [22].

Gesundheitsreform 2012: Bundeszielsteuerungs-kommission und 15a-Vereinbarung

Im Rahmen der Gesundheitsreform 2012 wurden auch die sog. Bundesgesundheitskommission (Aufgabe: Weiterentwicklung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungsmodells (LKF) und die

Weiterentwicklung der Gesundheitsziele für Österreich) und die Bundeszielsteuerungskommission als Entscheidungs- und Organisationseinheiten ins Leben gerufen, gemeinsam mit den Gesundheitsplattformen und Landeszielsteuerungskommissionen. Letztere sind für die Umsetzung der Bundesbeschlüsse auf Landesebene verantwortlich.

Der Bundeszielsteuerungskommission gehören je vier VertreterInnen des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung an. Beschlüsse werden einvernehmlich gefasst. Zentrale Aufgabe der Bundeszielsteuerungskommission ist der Beschluss des Bundeszielsteuerungsvertrags, sowie beispielsweise die Festlegung des Jahresarbeitsprogramms und die Wahrung von Agenden des Sanktionsmechanismus. Der Bundeszielsteuerungsvertrag wird von Bund, Ländern und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger unterschrieben [23].

Gemäß der 15a-Vereinbarung ist nunmehr der österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und damit verbunden die regionalen Strukturpläne (RSG) in ihrer Umsetzung verbindlich und Hauptverantwortung der Bundeszielsteuerungskommission und der Landeszielsteuerungskommissionen. In beratender Funktion gibt es auf Bundes- und Landesebene die Bundesgesundheitskommissionen und Gesundheitsplattformen. In diesen ist jeweils auch eine Vertretung der Ärztekammern vorgesehen [24].

Der freie Beruf und Freiberuflichkeit

Freie Berufe sind in Österreich Berufe im öffentlichen Interesse, die nicht von der Gewerbeordnung erfasst werden, sondern in Spezialgesetzen geregelt sind und über ein eigenes Berufsrecht verfügen. Der Ausdruck bezeichnet also einen Berufsstand [25, 26].

Freiberuflichkeit bezeichnet eine Form der selbstständigen Erwerbstätigkeit, die eigenverantwortlich und fachlich unabhängig durchgeführt wird [27]. Auch im Kontext des ärztlichen Berufsstandes und

im Ärztegesetz unterscheidet man prinzipiell die freiberufliche Tätigkeit in der Abgrenzung zur Tätigkeit im Rahmen eines Dienstverhältnisses [28].

Die Freiberufliche Tätigkeit bezieht sich daher auf das Individuum, während der Ausdruck "Freier Beruf" den Berufsstand beschreibt. Diese Abgrenzung wird in den laufenden Diskussionen nicht immer scharf getroffen. Dies sorgt oft für Verwirrungen und sollte daher besonders berücksichtigt werden.

Anhang - Der Freie Beruf

Das Thema Freiberuflichkeit und Freier Beruf ist hoch emotional besetzt und oft ein Kernpunkt in den Diskussionen rund um die Änderung von Versorgungsstrukturen. Die Reflexion über die gesellschaftliche Rolle des Berufstandes und die persönlichen Vorstellungen und Ideale, die mit einer Tätigkeit als Ärztin oder Arzt verbunden sind, bleibt in Anbetracht von heftigen gesundheitspolitischen Diskussionen und einem intensiven klinischen Arbeitsalltag oft auf der Strecke. Im folgenden wollen wir versuchen, ein paar grundlegende Fragen zu klären. Wir erheben aber nicht den Anspruch, hier eine abschließende Diskussion dieses Themas zu präsentieren.

Die Freien Berufe sind ein wichtiger Teil der Zivilgesellschaft. Es handelt sich um hochgradig verantwortungsvolle Berufe, die Zugang zu zentralen öffentlichen Gütern wie Recht und Gesundheit bereitstellen. Dadurch sind sie stark vom Vertrauen der Bevölkerung abhängig und stellen gleichzeitig eine Art Mittler zwischen Gesellschaft und Staat dar.

Angehörige Freier Berufe erbringen aufgrund besonderer Qualifikation geistige Leistungen im Interesse ihrer Auftraggeber und der Allgemeinheit. Diese erbringen sie **persönlich, eigenverantwortlich** und **fachlich unabhängig**. Ihre Berufsausübung unterliegt spezifischen berufs- und standesrechtlichen Bedingungen, wobei neben der staatlichen Gesetzgebung die jeweilige Berufsvertretung einen gewissen autonomen Rechtsspielraum hat, um Professionalität, Qualität und das besondere Vertrauensverhältnis zu gewährleisten und weiter zu entwickeln.

In Deutschland gilt eine ähnliche Definition: "Die Freien Berufe haben im Allgemeinen auf der Grundlage besonderer beruflicher Qualifikation oder schöpferischer Begabung die persönliche, eigenverantwortliche und fachlich unabhängige Erbringung von Dienstleistungen höherer Art im Interesse der Auftraggeber und der Allgemeinheit zum Inhalt."

Als Charakteristik der freien Berufe werden dort angeführt:

- **Professionalität:** Die hochqualifizierte Beratung und Vertretung, neutral und fachlich unabhängig
- **Gemeinwohlverpflichtung:** Die Sicherung der Gesundheitsvorsorge, Rechtsordnung und Kultur liegt im Interesse aller Bürger, die der Allgemeinheit verpflichteten Freiberufler tragen dafür besondere Sorge
- **Selbstkontrolle:** Patienten erwarten persönliche Betreuung auf neuestem Kenntnisstand. Der hohe ethische Anspruch der Freiberufler und strenge Selbstkontrolle sollen die Qualität sicherstellen.
- **Eigenverantwortlichkeit:** Freiberufler sind mehrheitlich selbstständig tätig [29]

Die Ärzteschaft zählt in Österreich zu den freien Berufen, welche durch ein eigenes Gesetz und eine eigene Standesvertretung verwaltet wird. Der freie Beruf des Arztes ist in Österreich über das *Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte* geregelt [28]. Diese Rechtsvorschrift definiert nicht nur die selbstständige Ausführung des Berufes sondern auch Struktur und Aufgaben der Ärztekammer (2. Hauptstück). Kern des freien Berufes ist die persönliche Erbringung von Leistungen in eigenverantwortlicher Ausübung und in fachlicher Unabhängigkeit. In der Ärzteschaft gibt es angestellte und freiberuflich tätige Ärzt_innen. Alle Ärzt_innen sind verpflichtet, sich bei der Ärztekammer, deren Standesvertretung, eintragen zu lassen. Als freiberufliche Ärzt_innen gelten in der Gesetzesformulierung die sogenannten niedergelassene Ärzt_innen. Selbstverantwortliches Arbeiten und die wirtschaftliche Selbstständigkeit, sind die Kernelement der **Freiberuflichkeit**, wie sie niedergelassene Ärzt_innen sehen.

Angestellte Ärzt_innen sind jedoch durch die eigene Rechtsgebung auch Teil des Freien Berufes und ebenfalls durch die Ärztekammer vertreten. Sie sind somit Teil des freien Berufes, jedoch nicht freiberuflich tätig, wie es Niedergelassene sind. Zwar scheint die Eigenverantwortlichkeit im

Angestelltenverhältnis durch die dort herrschenden Bedingungen oftmals durch Vorgaben des Arbeitgebers oder hierarchische Strukturen eingeschränkt zu sein, jedoch besteht eine gewisse Form der Einschränkung des Handlungsspielraums durchaus auch im niedergelassenen Bereich, etwa im Rahmen der Kassenverträge. Ungeachtet dieser vertraglichen Rahmenbedingungen gilt jedoch sowohl im Angestelltenverhältnis als auch in der Niederlassung die (auch ethische) Verantwortung primär gegenüber den Patient_innen.

Im Ärztegesetz ist die selbstständige Ausübung des Berufes - egal ob freiberuflich oder im Rahmen eines Dienstverhältnisses - klar definiert. Eine Bedrohung des Freien Berufes, wie sie vor allem im Rahmen von Reformbestrebungen immer wieder gesehen wird, kann somit dann auftreten, wenn die gesetzlichen Grundlagen und damit die gesetzliche Aufgaben der Ärztekammer in ihrer Aufgabe zur Vertretung der Ärzteschaft geändert werden.

Oft wird auch eine Gefährdung der Freiberuflichkeit postuliert. Das Unterstreichen der Wichtigkeit der Freiberuflichkeit als Bestandteil des Freien Berufs durch die Ärztekammer ist dabei insofern nachvollziehbar, als zwar natürlich auch Ärzt_innen gewinnbringend arbeiten müssen, jedoch nicht primär die Gewinnmaximierung anstreben können. Durch die persönliche und eigenverantwortliche Tätigkeit und das besondere Vertrauensverhältnis nicht nur zwischen Berufsstand und Gesellschaft sondern auch zwischen Ärzt_in und Patient_in besteht eine unmittelbare ethische Verpflichtung den Patient_innen gegenüber, die eine Gewinnmaximierung ungeachtet negativer Folgen für die Patient_innen, verhindert.

Entsprechend der obigen Ausführungen ist somit eine Anstellung von Mediziner_innen innerhalb des Ärztegesetzes und innerhalb der definierten Rahmenbedingungen durch die eigene Standesvertretung nicht im Widerspruch zum freien Beruf zu sehen, da die Grundprinzipien der persönlichen, eigenverantwortlichen und fachlich unabhängigen

Leistungserbringung gewahrt bleiben können. Als Problem könnte die ja auch bereits stattfindende Anstellung von ÄrztInnen bei Organisationen/Trägern andere Interessen gesehen werden. Die Gemeinwohlverpflichtung des Einzelnen könnte hier im Konflikt mit dem Anstellungsverhältnis stehen, wenn eine Anstellung durch ökonomisch getriebene Einrichtungen das Gemeinwohl zu Gunsten von finanziellen Interessen (primäre Gewinnmaximierungen) gefährdet. Jedoch ist auch die Gemeinwohlverpflichtung durchaus im Rahmen der Ärzteschaft als Ganzes zu sehen, die im Rahmen der Selbstverwaltung die Einhaltung ethischer Standards überwacht und gesamtgesellschaftliche und gesundheitspolitische Entwicklungen auch im Sinne der Patientinnen und Patienten beobachtet, analysiert und kommentiert.

Zusammenfassend kann man davon ausgehen, dass eine Anstellung bei Kolleg_innen nicht den Freien Beruf im Sinne der Gemeinwohlverpflichtung, Professionalität, Eigenverantwortlichkeit und Selbstkontrolle, gefährdet. Anstellungen bei z.B. primär profitorientierten Trägern bringen aber durchaus einen Konflikt, etwa mit der Gemeinwohlverpflichtung, mit sich. Die Standesvertretung als Organ des Freien Berufes ist hier durchaus berechtigt und gefordert, solche Bedenken gegenüber der Öffentlichkeit ehrlich zu kommunizieren.

Referenzen

[1] "Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen sicherstellen - Gutachten des Sachverständigenrates". Sep-2014 [Online]. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=X8Apx3xXxHI>

[2] Ferdinand M. Gerlach, Wolfgang Greiner, Marion Haubitz, Doris Schaeffer, Petra Thürmann, Gregor Thüsing, and Eberhard Wille, "Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche", Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten, 2014.

[3] Sebastian Huter, "Die Rolle der Allgemeinmedizin als erste Anlaufstelle im Österreichischen Gesundheitssystem", PhD thesis, Medizinische Universität Wien, Wien, 2014.

- [4]P. Rhodes, C. Sanders, and S. Campbell, "Relationship continuity: when and why do primary care patients think it is safer?", *British Journal of General Practice*, vol. 64, no. 629, pp. e758-e764, Dec. 2014 [Online]. Available at: <https://doi.org/10.3399%2Fbjgp14x682825>
- [5]T. van Loenen, M. J. van den Berg, G. P. Westert, and M. J. Faber, "Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: a systematic review", *Family Practice*, vol. 31, no. 5, pp. 502-516, Sep. 2014 [Online]. Available at: <https://doi.org/10.1093%2Ffampra%2Fcmu053>
- [6]A. Maun, A. M. Murante, K. Hoffman, Z. Farkas-Pall, P. Hjortdahl, A. Nemerenco, U. Lindblad, J. rgen Thorn, C. Andersson, and C. Wikberg, "Impact of continuity on quality of primary care: from the perspective of citizens' preferences and multimorbidity-position paper of the European Forum for Primary Care", *Quality in primary care*, vol. 21, pp. 193-204, 2013.
- [7]H. Leleu and E. Minvielle, "Relationship between Longitudinal Continuity of Primary Care and Likelihood of Death: Analysis of National Insurance Data", *PLoS ONE*, vol. 8, no. 8, p. e71669, Aug. 2013 [Online]. Available at: <https://doi.org/10.1371%2Fjournal.pone.0071669>
- [8]M. J. van den Berg, T. van Loenen, and G. P. Westert, "Accessible and continuous primary care may help reduce rates of emergency department use. An international survey in 34 countries", *Family Practice*, vol. 33, no. 1, pp. 42-50, Oct. 2015 [Online]. Available at: <https://doi.org/10.1093%2Ffampra%2Fcmv082>
- [9]G. K. Freeman, M. Woloshynowych, R. Baker, M. Boulton, B. Guthrie, J. Car, J. Haggerty, C. Tarrant, and others, "Continuity of care 2006: what have we learned since 2000 and what are policy imperatives now", *London: National Coordinating Centre for Service Delivery and Organisation*, 2007 [Online]. Available at: http://www.netscc.ac.uk/netscc/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1609-138_V01.pdf
- [10]J. L. Haggerty, R. J. Reid, G. K. Freeman, B. H. Starfield, C. E. Adair, and R. McKendry, "Continuity of care: a multidisciplinary review.", *BMJ (Clinical research ed.)*, vol. 327, no. 7425, pp. 1219-21, Dec. 2003 [Online]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC274066/>
- [11]C. Holmvall, P. Twohig, L. Francis, and E. K. Kelloway, "Applying justice and commitment constructs to patient-health care provider relationships", *Canadian Family Physician*, vol. 58, no. 3, pp. e159-e165, 2012 [Online]. Available at: <http://www.cfp.ca/content/58/3/e159.full.pdf>
- [12]I. Barker, A. Steventon, and S. R. Deeny, "Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross

sectional study of routinely collected, person level data”, *BMJ*, p. j84, Feb. 2017 [Online]. Available at: <http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.j84>

[13]S. Haller, M. C. Garrido, and R. Busse, “Hausarztorientierte Versorgung”, *Charakteristika und Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung. Ein Evidenz-Report. Anlage zum Sondergutachten*, 2009.

[14]WONCA Europe, “The European definition of general practice/family medicine”, WONCA Europe, 2011 [Online]. Available at: http://woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition_3rd_ed_2011_with_revised_wonca_tree.pdf

[15]F. G. Schellevis, G. P. Westert, and D. H. D. Bakker, “Die aktuelle Rolle der Allgemeinmedizin im niederländischen Gesundheitsversorgungssystem”, *Medizinische Klinik*, vol. 100, no. 10, pp. 656-661, Oct. 2005 [Online]. Available at: <https://doi.org/10.1007%2Fs00063-005-1090-5>

[16]Academy of Medical Sciences (Great Britain), *Research in general practice: bringing innovation into patient care : workshop report.*. London: Academy of Medical Sciences, 2009 [Online]. Available at: <http://www.tandfonline.com/toc/rwhi20/>

[17]R. Jones, “Primary care research: ends and means.”, *Fam Pract*, vol. 17, pp. 1-4, 2000.

[18]R. Lilian, “Research in general practice: a survey of incentives and disincentives for research participation”, 2013.

[19]Nigel Mathers, “The Role of The Royal College of General Practitioners (UK) in Developing Research Capacity and Capability in Primary Care”, in *The World Book of Family Medicine - European Edition 2015*, 2015 [Online]. Available at: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/078%20%E2%80%93%20The%20Role%20of%20The%20Royal%20College%20of%20General%20Practitioners.pdf>

[20]Kathryn Hoffmann, “Primärversorgung - Definition für Fachkräfte”. 2014 [Online]. Available at: <https://primaerversorgung.org/definition-für-fachkräfte>

[21]K. Künzi, “Grundversorgungsmedizin in der Schweiz: Stand der Diskussionen zur Frage der Grundversorger/innen/Hausarzt/innen und ihrer zahlenmassigen Entwicklung”, 2005.

[22]Bundeszielsteuerungskommission, “Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich”. Jun-2014 [Online]. Available at: http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH1443/CMS1404305722379/primae_rversorgung.pdf

[23]Bundesministerium für Gesundheit, Ed., “Die Gesundheitsreform 2012: Bessere Versorgungsstrukturen und mehr Leistungen für die kommenden Generationen”. Dec-

2012 [Online]. Available at:
http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/5/1/CH1329/CMS1327510505216/gesundheitsreform_2012_presse.pdf

[24]Österreichisches Parlament, "Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens". Dec-2016 [Online]. Available at:
https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/II/I_01340/fname_572713.pdf

[25]"Freier Beruf (Österreich)", *Wikipedia*. Aug-2016 [Online]. Available at:
[https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Freier_Beruf_\(%C3%96sterreich\)&oldid=156905221](https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Freier_Beruf_(%C3%96sterreich)&oldid=156905221)

[26]Bundeskonzferenz der Freien Berufe Österreichs, "Die Freien Berufe". [Online]. Available at: <http://www.freie-berufe.at/die-freien-berufe/>

[27]R. Österreich, "Welche Arten selbstständiger Erwerbstätigkeit gibt es?", *HELP.gv.at*. [Online]. Available at:
<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/109/Seite.1090300.html>

[28]Österreichisches Parlament, "Ärztegesetz 1998". 1998 [Online]. Available at:
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138>

[29]Bundesverband der Freien Berufe e.V., "Über die Freien Berufe - Definition und Profil". [Online]. Available at: <http://www.freie-berufe.de/ueber-die-freien-berufe/definition-und-profil.html>