

Quo vadis?

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Meinen ersten Kontakt zur ÖGAM beziehungsweise zur VGAM hatte ich 1998. Der damalige 1. VGAM-Präsident, Dr. Gustav Rehberger, hat mich als Gründungsmitglied in der Vorstand der VGAM gebeten. Damals war ich gerade einmal 11 Jahre in der allgemeinmedizinischen Kassenpraxis tätig. Es gab zu dieser Zeit keine beruflichen Netzwerke, keine Qualitätszirkel und keine beruflichen Vernetzungen. Zum fachlichen Austausch dienten im kleinen Kreis nur die Dienstbesprechungen. Zu Fortbildungen musste man weit reisen, weil es nur wenige lokale Fortbildungsmöglichkeiten gab. So war es für mich sehr erfreulich, dem VGAM-Vorstand beizutreten. Frauen in der Allgemeinmedizin und niedergelassene Kassenärztinnen waren spärlich gesät, und so sah ich es als Pionierarbeit bei dieser guten Sache, der VGAM, mitzuarbeiten. Und innerhalb dieser nun 20-jährigen Arbeit als VGAM-Vizepräsidentin kam der intensivere Kontakt zur ÖGAM – der Mutter aller Landesgesellschaften – zustande.

Heute darf ich als gewähltes Präsidiumsmitglied und Vorstandsmitglied der ÖGAM die Veränderungen in der Allgemeinmedizin und deren Aufstieg im Gesundheitswesen in Österreich mitgestalten und mittragen. Als Schriftführer-Stellvertreterin in der ÖGAM habe ich auch die Kongresspräsidentschaft der ÖGAM-Wintertagung ab 2020 übernommen.

Wo liegt nun aber die wirkliche Motivation, sich für die Allgemeinmedizin als ÖGAM-Mitglied einzusetzen? Ich erlebe die ÖGAM mit all ihren Aufgaben immer mehr als „Fach-Familie“, als eine Organisation von Gleichgesinnten,

- wo man sein kann, wie man ist,
- wo die eigenen Ideen und Wünsche

deponiert werden und dann auch Gehör erhalten,

- wo Lob und Kritik zugelassen werden, aber auch viel Empathie und Wertschätzung gelebt wird,
- wo Austausch mit Kollegen österreichweit, europaweit, ja, sogar weltweit erfolgt, im Rahmen von WONCA-Euro- und WONCA-World-Kongressen,
- wo intensive wissenschaftliche Kontakte zur DGAM und SÜGAM und vielen anderen europäischen Fachgesellschaften wichtige Vernetzungstools sind,
- wo gesunde Politik gemacht wird – Berufstheorie und Wissenschaft liefern die Argumentation,
- wo Fortbildung großgeschrieben wird,
- wo Unbequemlichkeit und wohlwollende Zusammenarbeit mit dem österreichischen Gesundheitssystem gepflegt wird,
- wo Fachgesellschaften verschiedener Richtungen uns zur Zusammenarbeit und Meinungsbildung einladen,
- wo universitäre Lehre durch ÖGAM-Mitglieder erfolgt und Mentoringprogramme für Studierende und Ärzte in Ausbildung angeboten werden,
- wo für die JAMÖ und deren Zukunftsperspektiven gekämpft wird,
- wo Reflexion, Sozialisierung und der Aufbau von Gesundheitsnetzwerken erfolgt,
- wo der „Masterplan Allgemeinmedizin 2019“ für Österreich entwickelt wurde,
- wo Persönlichkeitsbildung und Fachkompetenzerweiterung Raum bekommen,
- wo Burn-out-Prophylaxe, Wertschätzung, Gemeinschaftserleben und Grenzerfahrungen möglich sind,
- wo systemisches Denken, persönliche Weiterentwicklung, Wissen erweitert und Kreativität in der Allgemeinmedizin, aber auch Loyalität gefördert werden,
- wo Öffentlichkeitsarbeit im Gesundheitswesen praktiziert wird,
- wo Verantwortung für die Allgemeinmedizin in Österreich übernommen werden kann,

- wo jedem einzelnen Mitglied eine Aufgabe zugedacht ist, die unterschiedlich wahrgenommen wird, entweder persönlich an vielen Fronten oder emotional im Hintergrund.

Quo vadis, ÖGAM?

Der Zenit ist erreicht. Höher kann man zwar immer noch steigen, doch auch auf einem Hochplateau lässt es sich gut leben, arbeiten und vorankommen. In der Longitudinalität, Beständigkeit und Beharrlichkeit liegt ebenfalls viel Erfolg.

Der ÖGAM mögen ihre Aufgaben nie ausgehen. Die Vernetzungen und Kontakte zu all ihren Mitgliedern sollen intensiviert und erhalten bleiben, damit die ÖGAM für alle eine „Heimat“ bleibt oder neu, als solche empfunden werden kann.

Die ÖGAM lebt von und mit all den Aktivitäten ihrer Mitglieder.

Dies möge eine Motivation sein, sich die Aufgaben zu teilen und noch mehr Kollegen für die Zukunftsarbeit der ÖGAM zu motivieren und zu begeistern.

Wir alle – das sind die Haus- und Allgemeinärzte Österreichs im Vereinsverbund der ÖGAM – freuen uns auf Dich! ■



Dr. Ursula Doringner
Ärztin für Allgemeinmedizin, Bregenz;
Vizepräsidentin der VGAM;
Präsidiumsmitglied der ÖGAM;
Lehrpraxisinhaberin für KPJ-StudentInnen
der Med Uni Innsbruck, Wien und Kepler
Meduniversität Linz

Jobsharing – ein Praxisbeispiel aus Niederösterreich

Die Landschaft der Allgemeinmedizin ist im Umbruch. Der Generationenwechsel hat an Dynamik gewonnen – diese wird in den nächsten Jahren noch zunehmen. Es gilt also, Kooperationsformen zu finden, in denen einerseits die Freude und die Herausforderung der Allgemeinmedizin gelebt werden kann, andererseits ein Abbau von Ängsten und ein Hineinwachsen in die bisher unbekannteren Bereiche ermöglicht wird.

Sorge vor den Belastungen des „Einzelkämpfertums“, vor den Risiken der Selbstständigkeit, Angst vor der immer komplexer werdenden Bürokratie und auch der Respekt vor der Letztverantwortung stellen Hürden für junge Kollegen dar – die geänderte Ausbildungsordnung hat leider nicht mehr Sicherheit geschaffen.

Dies bildet sich auch in der Studie „Traumberuf Arzt für Allgemeinmedizin?“ der Medizinuniversität Graz ab. Es war eine Befragung von Medizinstudenten und Jungmedizinerinnen. Heraus kam, dass die Mehrheit den Beruf interessant fand, wegen der Vielfalt, wegen der kontinuierlichen Arzt-Patienten-Beziehung und auch – als mittelfristiges Ziel – wegen der Unabhängigkeit, die sich aus der Selbstständigkeit ergibt. Hemmschwellen waren, neben den oben genannten Motiven, vor allem die Systemvoraussetzungen: Bürokratie, Vorgaben der Krankenkassen und generell die mangelnde Wertschätzung für die Allgemeinmedizin.

Die „neuen PVE“ sollen ja als modernes Arbeitsmodell die Hemmnis zur Niederlassung senken, doch scheint das Konstrukt zu komplex zu sein und die Regelungen zu strikt, um adäquate flexible Lösungen zu ermöglichen. Sie kommen nicht so recht aus den Startlöchern.

Es gilt also Zwischenschritte einzulegen. Die ÖGAM möchte auf bereits bestehende erfolgreiche versorgungswirksame Modelle und Ideen hinweisen, die Vorstufen zu PVE

sein könnten oder bereits eine ähnliche Versorgungsform darstellen. Wir sind der Ansicht, dass es gilt, den Bottom-up-Ansatz zu fördern und Anerkennung für solche Zusammenarbeitsformen zu bekommen. In den unterschiedlichen Bundesländern haben sich bereits zum Teil ähnliche, zum Teil eigene Modelle entwickelt. Im Sinne von „best practice“ wollen wir zeigen, was gut funktioniert, damit nicht in jedem Bundesland das Rad neu erfunden werden muss. Wir wollen jungen Kollegen damit Mut machen und Einblick geben, welche guten und spannenden Alternativen es bereits gibt.

Erfolgsmodell Niederösterreich – mein Erfahrungsbericht

Zu meiner Person: Ich bin Jahrgang 1952 und habe mich 1983 als Allgemeinmediziner mit allen Kassen in der Südstadt, Maria Enzersdorf, vor den Toren Wiens niedergelassen.

In den letzten Jahren – einerseits aus Interesse an den entstehenden unterschiedlichen Kooperationsformen, andererseits auf der Suche nach einem fließenden Übergang in die Pension – habe ich mich mit den verschiedenen Möglichkeiten der Zusammenarbeit auseinandergesetzt.

Entlastung bei der Arbeit hatte ich bereits zuvor, eine junge Kollegin hatte mich bereits zunehmend öfter vertreten. Die Zusammenarbeit haben wir dann in Form des Pilotprojektes „Erweiterte Stellvertretung“ intensiviert (in NÖ besteht im Einvernehmen mit

der GKK die Möglichkeit, sich einen oder mehrere Tage fix vertreten zu lassen). Die persönliche Chemie hat gestimmt, das Interesse und der Entschluss der Kollegin die Ordination zu übernehmen, reifte heran.

Modell Jobsharingpraxis. Schlussendlich entschieden wir uns für das Kooperationsmodell der Jobsharingpraxis. Es ist eine Gruppenpraxis, bei der man sich den Kaservertrag teilt. Eine Alternative wäre die Übergabepaxis gewesen – dort ist das Ende der Zusammenarbeit aber zeitlich fixiert –, mir war allerdings das „open end“ persönlich lieber.

Rechtliches Prozedere. Zuerst erfolgte der Antrag bei der GKK auf Errichtung einer Gruppenpraxis in Form einer OG. Somit war die Entscheidung notwendig, wie viele Anteile für den gesuchten Partner ausgeschrieben werden. Es erfolgte die Ausschreibung von 10 % als Jobsharingpraxis. Die Auswahl der Bewerber erfolgt sowohl über die Reihungspunkte als auch über ein eventuelles Hearing. Man hat das Recht, einen Kandidaten abzulehnen. Meine Kollegin Doris war die einzige Bewerberin und erhielt den Zuschlag. Die nächsten Schritte waren die Gründung einer OG mit entsprechendem Vertrag, Eintragung ins Firmenbuch und als letzter Schritt der Vertrag über das Innenverhältnis, wie Aufteilung der Arbeitszeit, Aufteilung des Honorars, eventuelle Regelungen beim Ausscheiden. Klingt



MR Dr. Walter Heckenthaler
Arzt für Allgemeinmedizin, Maria Enzersdorf,
ÖGAM-Präsidiumsmitglied

kompliziert, ein guter Steuerberater mit Spezialisierung auf Ärzte sollte das aber im Griff haben. Trotz anfänglicher Scheu vor diesem juristischen Aufwand hat es bei uns gut funktioniert.

Aufteilung. Wir hatten uns auf eine Aufteilung der Arbeitszeit auf 50/50 geeinigt. Am Beginn arbeiteten wir zeitweise parallel. Dies vor allem deshalb, weil wir so die Patienten besser steuern konnten. Die Sorge war groß, dass alle Patienten zu mir und keine zur Partnerin kämen. Die Wartezeit und eine steuernde Ordinationshilfe haben die Patienten gut verteilen können. Die freie Wahlmöglichkeit des Einzelnen blieb aber oberstes Prinzip. Davor hatte ich schon meine Patienten darauf vorbereitet, dass wir bald zu zweit ordinieren werden. Unter Hinweis auf mein erreichtes Pensionsalter und meinen Wunsch nach Arbeitsentlastung hatten alle vollstes Verständnis für diese Veränderung. Ja, die meisten bekräftigten das noch: „Recht haben’S, Herr Doktor, machen Sie weniger. Sie haben schon genug gearbeitet, schauen Sie auf sich ... – gell, aber wir können schon weiter zu Ihnen kommen?“ Auf meine Antwort „Wenn das alle so machen, wird es nicht weniger werden“ kam auch bei diesen Patienten die Erkenntnis, dass Veränderungen anstehen.

Herausforderungen. Diese emotionale Komponente des Öffnens einer langjährigen vertrauensvollen Beziehung für eine Newcomerin war für alle Beteiligten die größte Herausforderung.

- Für die Patienten, weil viele die persönliche Beziehung erhalten wollten, manche das Vertrauen nicht 1 : 1 auf die neue Kollegin umpolen konnten oder wollten. Für viele auch die Ambivalenz: „Schau’ ich mir die ‚Neue‘ an oder bleibe ich beim ‚Alten‘ oder beide sind okay, wie soll ich mich entscheiden?“
- Für Doris, dass sie sich erst eine Stellung erarbeiten musste. Es ist nicht leicht, den dezidierten Wunsch der Patienten, von mir behandelt zu werden, auszuhalten und nicht als Zurückweisung und Ablehnung der eigenen Person zu erleben.
- Für mich manchmal auch ein kleiner Stich: „Der Patient, mit dem ich mich so gut verstanden habe, geht jetzt nur zur Doris, habe ich etwas falsch gemacht?“ Oder auch: „Jetzt redet jemand in meinem Reich mit!“

Rein rational war uns die Problematik bewusst, die emotionale Komponente hat uns aber immer wieder beschäftigt.

Darum war es uns wichtig, solche Wahrnehmungen anzusprechen, Unklarheiten zu besprechen, bevor große Missstimmun-

gen entstehen konnten. Die interne Kommunikation ist wesentlich – auch mit dem Team.

Dem Patienten gegenüber treten wir immer als Team auf, holen den anderen bei unklaren Entscheidungen herein, besprechen uns und machen das auch transparent.

Wir schauen, dass ein Beratungsanlass möglichst durchgehend von einem geführt wird. Mittlerweile haben sich Präferenzen der Patienten herausgebildet – auch verstärkt durch eine weitere Arbeitszeitreduktion meinerseits.

Doris meinte: „Wenn du aus dem Spital kommst, glaubst du, du weißt eh alles, nur das, was man alltäglich braucht, von dem weiß man gar nichts.“ Dies weist auf die Bedeutung der Lehrpraxis hin. Sie war zwar in einer, allerdings beim Internisten und dort eher mit subalternen Tätigkeiten beschäftigt. Herausfordernd war für sie das Lernen, wie man ohne den Hintergrund des Spitals mit Unsicherheit umgeht. So wurde die Bemerkung „Gastro, Colo“ zum Running Gag, jede abdominelle Befindlichkeitsstörung lief zu Beginn Gefahr, dieser Prozedur ausgesetzt zu werden. Ihr war der wechselseitige humorvolle, manchmal spöttische Austausch angenehm, mir auch.

Erfolgsstory. Für uns ist die Jobsharingpraxis eine Erfolgsstory, in NÖ offensichtlich auch. Seit Jänner 2018 bis Juni 2019 wurden circa 50 Kassenplanstellen ausgeschrieben. Ungefähr in der gleichen Anzahl bewegten sich Ausschreibungen von Anteilen von Jobsharingpraxen. Es gibt also ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Ausschreibungen von Einzelpraxen und Gruppenpraxen. Wobei bei den Gruppenpraxen in den allermeisten Fällen die Variante „Jobsharingpraxis“ gewählt wird. Andere Modelle wie die Nachfolgepraxis werden sehr wenig angenommen.

Wo liegen die Vorteile?

Vorteile	
Für Patienten	längere Öffnungszeiten, Wissensaustausch und mehr Kompetenz, mehr Konsultationszeit
Für den Senior-Partner	Stressreduktion, Arbeitslastreduktion, Zugewinn an Lebensqualität, Wissensweitergabe, schrittweise Übergabe von Patienten und Ordination, Teilung der Verantwortung, Aufbrechen von Routinen
Für den Junior-Partner	hohe Arbeitszeitflexibilität, reduziertes finanzielles Risiko (individuelle Ablöseregulung – beispielsweise beim Ausscheiden des Partners), direktes Mentoring, Aufbrechen von Routinen

Rechtliche Aspekte Planstellenteilung in Österreich

Die Teilung kassenärztlicher Vertragsstellen (Planstellen) ist österreichweit in verschiedenen Formen möglich. Es gibt Modelle für Übergabepraxen, Gruppenpraxen, Jobsharing und die erweiterte Vertretungsmöglichkeit.

Dr. Reinhold Glehr

Ziele

- Beginn der kassenärztlichen Tätigkeit außerhalb von kurzzeitigen Vertretungsmodellen
- Entlastung und Übergabe (im Sinne der kontinuierlichen Betreuung) für ältere Kollegen
- Umwandlung von bestehenden Planstellen in Teilstellen unterschiedlichen Ausmaßes

In den einzelnen Bundesländern gibt es bezüglich Namen und Modalitäten entsprechender Modelle beträchtliche Unterschiede. Die Grundkonzepte sind jedoch ähnlich, eine Harmonisierung wäre leicht möglich. Unterschiedliche Regelungen betreffen zum Beispiel den eventuellen Honorarabschlag. In Wien trifft dies bei einer Überschreitung der bisherigen Honorarsumme um 15 % zu, in Salzburg bei Überschreitung um 10 %, in den anderen Bundesländern bleiben die Honorarregelungen unverändert im Vergleich zur Einzelpraxis.

Jobsharing-Modelle bedürfen in allen Bundesländern der **Genehmigung von Kammer und Kasse** und sind zeitlich be-

fristet. Die Einzelverträge werden ruhend gestellt und können bei Beendigung des Jobsharings wieder aufleben. **Die Auswahl der Praxispartner** kann in einigen Bundesländern durch die Praxisinhaber erfolgen, in anderen erfolgt die Auswahl entsprechend der Reihungsrichtlinien. In einigen Bundesländern gibt es auch die gemeinsame Bewerbung für eine Vertragsarztstelle, die dann prozentuell aufgeteilt mit getrennter Abrechnung ausgeübt werden kann.

Ein häufig in Anspruch genommenes Modell ist die **Übergabep Praxis**:

- Unterschiedlich in den Bundesländern mit einer Dauer zwischen 6 Monaten und 3 Jahren
- Antrag auf Übergabe 1 Jahr vor vorgesehenen Vertragsende möglich
- Aufteilung der Kassenplanstelle zwischen 25 % und 75 %
- Eine Erweiterung der Planstelle ist dabei nicht vorgesehen.
- Auswahl nach ÄK-Reihungssystem

Gruppenpraxismodelle sind nur bedingt als Praxisteilung zu sehen, da über eine Vertragsnummer mehrere Ärzte mit den

Kassen abrechnen, obwohl Vertragsärzte mehrere Planstellen in die Gruppenpraxis einbringen. Die bisherigen Einzelverträge werden durch einen neuen, auf einem Gruppenpraxis-Gesamtvertrag basierenden Einzelvertrag abgelöst. Die bisherigen Einzelverträge erlöschen. Die Ausschreibung von Gruppenpraxen kann nach dem regionalen Strukturplan Gesundheit auch primär erfolgen.

Die Harmonisierung der gesetzlichen Grundlagen für die Teilung beziehungsweise gemeinsame Ausübung von Kassenplanstellen in Gesamtösterreich ist angesichts der Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung von Kassenstellen dringend angezeigt. Gute Regeln sind für die Stellenteilung jedoch notwendig, da bestehende Praxen in zweifacher Weise gefährdet sind. Einerseits wegen Überlastung bei Nichtbesetzung von Nachbarplanstellen, andererseits wegen existenzieller Gefährdung durch Ausweitung von Leistungsmöglichkeiten von geteilten Praxisstellen. Angesichts der inzwischen vorhandenen Erfahrung mit unterschiedlichen Modellen dürfte aber ein einheitliches Regelwerk in Österreich machbar sein. ■

