

# Masterplan Allgemeinmedizin

---

Kurzversion (Basisdokument V1.01)

eine Initiative der



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



## 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](mailto: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](mailto:masterplan@oegam.at) ist erwünscht.

### Zitieren als:

Rabady, Susanne; Poggenburg, Stephanie; Wendl, 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.

**Dies ist eine Kurzversion. Weitere Informationen sowie die ausführliche Version des  
“Masterplan Allgemeinmedizin” sind auf  
[www.oegam.at](http://www.oegam.at) erhältlich**

# 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 Landesvertretung 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, Diplomarbeitmöglichkeiten 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.

Weiterbildungsverbände 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 Übergabepaxen 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 Hausarzt\_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 entscheidendsten 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

Hintergrund	2
Ausbildung	2
Der niedergelassene Bereich	3
Systemische Wertschätzung	3
Impressum - Autorenschaft	7
Koordinationsgruppe - Hauptautor_innen	7
Arbeitsgruppenleitung	7
Co-Autor_innen und Fokusgruppenteilnehmende	7
<b>Begriffsklärungen</b>	<b>9</b>
Ausbildung/Weiterbildung:	9
Allgemein-und Familienmedizin	9
Abkürzungsverzeichnis	9
Farblegende	9
<b>M1 - universitäre Ausbildung</b>	<b>9</b>
M1 - Maßnahmenübersicht	11
M1/1.1 - Flächendeckende Etablierung von Instituten/Abteilungen für Allgemein- und Familienmedizin an allen österreichischen Universitäten	12
M1/1.2 - Politischer Wille für eine gute Verankerung der Allgemein- und Familienmedizin als Fach an den Universitäten	13
M1/2 - theoretische universitäre Ausbildung	14
M1/2.1 - Longitudinale umfassende Verankerung allgemeinmedizinischer Inhalte im gesamten Studium	14
M1/2.2 - Fächerübergreifende Integration von primärversorgungsrelevanten Inhalten	15
M1/2.3 - Modalitäten der Niederlassung im Studium (Niederlassung - wie geht das?)	16
M1/3 - Praktische universitäre Ausbildung	17
M1/3.1 - Verankerung des Begriffs universitäre Lehrpraxis im UG & Honorierung	17
M1/3.2 - Famulaturen am Land und in der Stadt	18
M1/3.3 - Klinisch-praktisches Jahr	19
M1/3.4 - Mehrfache Praktika und wiederkehrender Kontakt zur Allgemein- und Familienmedizin während des Studiums	20
M1/4 - weitere wichtige Ausbildungsangebote	21
M1/4.1 - Diplomarbeiten	21
M1/4.2 - Mentoring	22
M1/4.3 - Positive Rollenvorbilder / Qualitätssicherung	23
<b>M2 - Fachausbildung</b>	<b>24</b>
M2 - Maßnahmenübersicht	25

M2/1 - Umbenennung in Ausbildung zum Facharzt für Allgemein- und Familienmedizin	26
M2/2 - Vertiefung der Ausbildung und Ausbildungsqualität in der Fachausbildung	27
M2/2.1 - Kompetenzzentren für Weiterbildung - Ausbildungsverbünde	28
M2/2.2 - Mentoring	29
M2/2.3 - Begleitseminare in der Ausbildung	30
M2/2.4 - Qualitätssicherung der intramuralen Ausbildung	31
M2/3.1 - Lehrpraxisfinanzierung	32
M2/3.2 - Ausweitung der Lehrpraxiszeit	32
M2/4 - prozesshafte, stetige Weiterentwicklung der Fachausbildung und des Fächerkanons (längerfristig)	33
<b>M3 - Niederlassung</b>	<b>34</b>
M3 - Maßnahmenübersicht	34
M3/1.1 - flexible Einstiegsformen: Job-Sharing	35
M3/1.2 - flexible Einstiegsformen: Erleichterung von Gruppenpraxen	36
M3/1.3 - flexible Einstiegsformen: Übergabep Praxis	37
M3/1.4 - flexible Einstiegsformen: Anstellung von Ärzt_innen bei Ärzt_innen	38
M3/2 - Gründerservice administrativ	39
M3/2.1 - Vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten für die Niederlassung betreffend Arbeitsformen und Ordinationsgründung	39
M3/2.2 - Beratungsservice	40
M3/2a. - Gründerservice ökonomisch	41
M3/2a.1 - Finanzielle Förderungen für Niederlassung	41
M3/2a.2 - Materielle Unterstützung der Niederlassung	41
<b>M4 - niedergelassene Tätigkeit</b>	<b>42</b>
M4 - Maßnahmenübersicht	42
M4/1 - Flexibilität in der Kooperation	43
M4/1.1 - flexible Organisationseinheiten	43
M4/1.2 - Erleichterung der Zusammenarbeit innerhalb der organisatorischen Einheit	44
M4/2 - Belastungsreduktion	45
M4/2.1 - Entlastung von administrativen Aufgaben: Delegation, EDV	45
M4/2.2 - Randzeitenabdeckung bei Ressourcenschonung	46
M4/3 - Arbeitsdichte optimieren	47
M4/3.1 - Kontaktzahlen an Aufgaben anpassen	47
M4/3.2 - Förderung der Bildung eines Kernteams	48
M4/3.3 - Modernes, evidenzbasiertes Leistungsspektrum ermöglichen	49
<b>M5 - strukturelle Aufwertung</b>	<b>50</b>
M5 - Maßnahmenübersicht	50
M5/1 - Anerkennung der Allgemein- und Familienmedizin als Fach	51
M5/2 - Steuerung der Ebenen	52

M5/2.1 - Steuerung der Zutrittsebene	52
M5/2.2 - Steuerung der Versorgungsebenen	53
M5/2.3 - Formulierung eines Versorgungsauftrags	54
M5/3 - ideelle Wertschätzung - Positive Kommunikation und Imagekampagnen für die AM	55
<b>M6 - ökonomische Wertschätzung</b>	<b>56</b>
M6 - Maßnahmenübersicht	56
M6/1 - adäquate Honorierung	57
M6/1.1 - Höhe des Gesamthonorars fachärztlicher Tätigkeit angemessen	57
M6/1.2 - Modernisierung und Anpassung des Leistungskatalogs	58
M6/2 - Zuschläge für schwierig zu versorgende Regionen	59
M6/5 - finanzielle Förderung der allgemeinmedizinischen Lehre und Forschung an den Universitäten	60
M6/5.1 - adäquate Ausstattung der universitären Institute/Abteilungen für Allgemeinmedizin	60
M6/5.2 - Honorierung der Lehrtätigkeit	60
M6/6 - Förderung von Zusammenarbeitsformen	61
M6/6.1 - Förderung von Übergabepraxen	61
M6/6.2 - ökonomische Gleichstellung von Zusammenarbeitsformen mit PVEs	61
M6/7 - Honorarkatalog für hausärztliche Praxen (alle Organisationsformen)	62
M6/8 - Anpassung der Planstellen	63
M6/8 - Planstellen an gestiegene Kontaktzahlen und Anforderungen anpassen	63

# 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	Ärzttekammer Vorarlberg
Heckenthaler Walter	NÖGAM
Hellemann-G. Ilse	StAfAM, EURACT
Heller Astrid	ÖifAM

Heschl Lukas	JAMÖ, Ärztekammer Niederösterreich
Hofbauer 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

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

## 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 handlungsfähiger Institute/Abteilungen für Allgemein- und Familienmedizin an allen Medizinischen Universitäten und Fakultäten**

**Beschreibung:** Eine Attraktivierung des Faches Allgemein- und Familienmedizin erfordert eine flächendeckende universitäre Präsenz durch Etablierung eigenständiger Institute an allen Medizinischen Universitäten. Das Fach hat als akademisches Kernfach in Forschung und Lehre zu existieren. Handlungsfähige Institute sind elementarer Faktor für hohe Qualität in Lehre, Forschung und klinischer Arbeit, aus der Fachpräferenzen und spätere Berufswünsche Medizinstudierender resultieren. Voraussetzung dafür ist die Sicherstellung notwendiger finanzieller und personeller Ressourcen in einem Ausmaß, welches den aktuellen Umfang weit überschreitet:

- Existenz als **eigenständige Organisationsform** ohne Unterordnung zu anderen Abteilungen
- **ausreichende personelle und finanzielle Ressourcen** für eine **Lehre nach aktuellsten Qualitätsstandards**. Berücksichtigung der 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 der **allgemeinmedizinischen Forschung** bedarf es **ausreichender, auftraggeber-unabhängiger Forschungsgelder** und einer **Berücksichtigung personeller Ressourcen** (auch die Betreuung von Forschungsnetzwerken benötigt personelle Ressourcen!)

**Begründung:** Eine Attraktivierung des Berufes bzw. Berufsbildes kann an den Universitäten nur bei entsprechender Handlungsfähigkeit der Institute für Allgemein- und Familienmedizin gelingen, nur dann ist eine qualitätsgesicherte, longitudinale Lehre mit ausreichenden Praxiskontakten und Forschung möglich.

**Organisationsebene:** Universitäten

<b>KLMPU</b>	<b>JKU</b> (Institut in Planung)	<b>PMU</b> (eigenständiges Institut)	<b>MUG</b> (eigenständiges Institut)	<b>MUI</b> (kein eigenes Institut, keine Professur)	<b>MUW</b> (untergeordnete Abteilung)
--------------	-------------------------------------	---	---	--	--

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

**Good-practice Beispiel:** Österreich: IAMEV, Europäische Länder: Deutschland, Niederlande, GB, Skandinavien, Dänemark

## 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 AM als Fachspezifität oft als Argument gegen die Notwendigkeit flächendeckender Institute bzw. für ihre Unterfinanzierung. Trotz des hohen Bedarfs an Allgemeinmediziner\_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. Es wird die Tatsache ignoriert, dass die Allgemein- und Familienmedizin das wichtigste primärversorgungsrelevante Fach der Medizin ist und nach besten Qualitätsstandards gelehrt werden sollte. Dazu gehören verpflichtende Famulaturen und KPJ, aber auch die Lehre in der Allgemeinmedizin. 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 Österreich bedarf es eines erklärten politischen Willens dazu, als Vorbedingung für die Schaffung und Akkreditierung (neuer) medizinischer Universitäten oder Fakultäten die Existenz eigenständiger, handlungsfähiger Abteilungen/Institute AM (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).

**Organisationsebene:** politische Entscheidungsträger

**Umsetzungspartner:** Politik (BMBWF), ÖGAM und Landesgesellschaften, ÄK,

#### **Good-practice Beispiel: Deutschland. Masterplan 2020**

<https://www.bmbf.de/de/masterplan-medizinstudium-2020-4024.html>

*Durch Verabschiedung des **Masterplans 2020** konnte 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. allgemeinmedizinische Inhalte in der Lehre möglichst ab dem ersten Semester über das gesamte Studium hinweg vermittelt und im Staatsexamen Allgemeinmedizin geprüft.*

*Europäische Länder: Dänemark, UK - Österreich: derzeit nur lokale Initiativen (WIGAM, NÖGAM, PMU)*

## 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 Faches 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..

**Organisationsebene:** Universitäten, Institute für Allgemeinmedizin

**Umsetzungspartner:** Universitäten , BMBWF

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*

**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)

**Organisationsebene:** Universitäten, BM Wissenschaft (BMBWF)

**Umsetzungspartner:** hausärztliche Lehrende der Universitäten - Universitäre Lehrpraxen

**Good-practice Beispiel:**

*Österreich: Problemorientiertes Lernen (AMPOL) - MUI, MUW: 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*

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 hausärztlichen 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.

**Begründung:**

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

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 Komplexität anderer Fachordinationen überfordert.

**Organisationsebene:** Universitäten, Ärztekammern (Fortbildungen)

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

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*

## 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 niederschweligen 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

**Organisationsebene:** Schaffung der gesetzlichen Grundlage - Lobbying:

- ÖGAM und Landesgesellschaften
- Universitätsinstitute und Universitäten

**Umsetzungspartner:** Politik, ÄK, Universitäten, Hausärzt\_innen

**Good-practice Beispiel:** *MUG, Deutschland*

**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**

- 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.

**Organisationsebene:** Bundesländer und Gemeinden, Universitäten

*Österreich: Graz: Freiwillige Famulatur möglich, KPJ verpflichtend, LandarztZUKUNFT, Innsbruck: "AM-KPJ am Land", Salzburg: Land.Arzt.Leben  
Europäische Länder: Deutschland z.B. Land in Sicht (Bayern), Landarzt, Lass dich nieder, Landarztmacher, Landarztklasse*

**Maßnahme: alle Medizinstudierenden lernen Kompetenzen und Limitationen in der Primärversorgung/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.

**Organisationsebene:** Länder, Sozialversicherungen

**Umsetzungspartner:** Universitäten

KLUK	JKU	PMU	MUG	MUI	MUW
------	-----	-----	-----	-----	-----

**Good-practice Beispiel:**

*Österreich: Exzellenzprogramm MUW: bei freiwilligem KPJ in der AIFM bekommen Studierende 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*

M1/3.4 - Mehrfache Praktika und wiederkehrender Kontakt zur Allgemein- und Familienmedizin 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)

**Begründung:** 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 Allgemeinmediziner\_innen werden wollten. Praktische Erfahrungen, die positiv wahrgenommen wurden, führten mit einer Signifikanz in beiden Ländern dazu, dass Allgemeinmedizin als Fach präferiert wurde

**Organisationsebene:**

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

**Umsetzungspartner:**

- Medizinische Universitäten Österreichs

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)*

## M1/4 - weitere wichtige Ausbildungsangebote

### M1/4.1 - Diplomarbeiten

<b>Maßnahme: Aufwertung der Allgemeinmedizin durch relevante Versorgungsforschung i.R. von universitären Diplomarbeiten und Forschung</b>					
<b>Ziel: Förderung von Diplomarbeiten/Forschung an allgemeinmedizinischen Instituten</b>					
<b>Beschreibung:</b> 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.					
<b>Organisationsebene:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Universitäten</li><li>- Institute für Allgemeinmedizin</li></ul>					
<b>Umsetzungspartner:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Allgemeinmedizinische Institute/Abteilungen</li><li>- derzeit des öfteren: SV (Drittmittel)</li><li>- BM Gesundheit und Wissenschaft</li></ul>					
<b>KLPUK</b>	<b>JKU</b>	<b>PMU</b>	<b>MUG</b>	<b>MUI</b>	<b>MUW</b>
<b>Good-practice Beispiel:</b> <i>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</i> <i>Europäische Länder: Großbritannien, Niederlande, Dänemark</i>					

<b>Maßnahme: Mentoring als unterstützende Maßnahme kann das berufliche Sicherheitsgefühl erhöhen</b>					
<b>Ziel: allgemeinmedizinische Mentoringprogramme für interessierte Medizinstudierende verfügbar machen</b>					
<p><b>Beschreibung:</b>                  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.</p> <p>Zur Sicherung der Qualität und Einhaltung eines einheitlichen Qualitätsstandards ist eine universitäre Anbindung/Begleitung essentiell.</p>					
<b>Organisationsebene:</b> Universitäten					
<p><b>Umsetzungspartner:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Universitäten</li> <li>- Fachgesellschaft</li> <li>- Landesgesellschaften</li> <li>- Gemeinden - Interesse an der Lösung der Nachfolgeproblematik</li> </ul>					
<b>KLPUK</b>	<b>JKU</b>	<b>PMU</b>	<b>MUG</b>	<b>MUI</b>	<b>MUW</b>
<b>Good-practice Beispiel:</b>					
<p><i>Beispiel MedUni Innsbruck – 4x pro Semester Halbtagschnuppern. 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</i></p> <p><i>PMU Salzburg: Mentoring Angebot für Studierenden an der PMU ab dem 1. Studienjahr</i></p> <p><i>MUW: Mentoring allgemein existiert, Mentoring AM wird soeben aufgebaut.</i></p> <p><i>JKU: Mentoring in Planung</i></p> <p><i>Europäische Länder: "Klasse Allgemeinmedizin" (Sachsen), Slowenien</i></p>					

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

**Organisationsebene:**

- Hausarzt\_innen
- Universitäten

**Umsetzungspartner:** Universitäten, Landesgesellschaften und ÖGAM, EURACT

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 Hausarzt\_innen in Kontakt zu kommen*

## M2 - Fachausbildung

Mit der ÄAO 2015 ist die neue Ausbildung im Fach Allgemein- und Familienmedizin in ihrer Dauer kürzer als andere Fachausbildungen, die verpflichtende Lehrpraxis wurde eingeführt. Die Finanzierung derselben war lange ungeklärt. Dies führte zu großer Verunsicherung. 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
<a href="#">M2/1</a>	<b>Umbenennung in Ausbildung zum Facharzt für AM</b>			5/1
			Anerkennung als Fach Allgemein- und Familienmedizin	
<a href="#">M2/2</a>	<b>Qualitätssicherung der Ausbildung</b>	Verbesserung der Ausbildung und der Ausbildungsqualität in der Fachausbildung	Attraktivierung durch Verbesserung der Ausbildungsqualität	1
<a href="#">M2/2.1</a>		Kompetenzzentren für Weiterbildung - Ausbildungsverbünde	Planungssicherheit und Kontinuität (örtlich, Betreuung, Mentoring etc.)	
<a href="#">M2/2.2</a>		Begleitendes Mentoring während der Ausbildung	Förderung der professionellen Entwicklung	1, 3/1, 3/2
<a href="#">M2/2.3</a>		Begleitseminare in der Ausbildung	mit allgemeinmedizinischem Fokus und Primärversorgungsrelevanz	1, 3/1, 3/2
<a href="#">M2/2.4</a>		Qualitätssicherung der intramuralen Ausbildung	im stationären Bereich - z.B. EPAs	
<a href="#">M2/3</a>	<b>Lehrpraxisumsetzung</b>			
<a href="#">M2/3.1</a>		Lehrpraxisfinanzierung		5/1, 5/2, 6/6
<a href="#">M2/3.2</a>		Lehrpraxisverlängerung		
<a href="#">M2/4</a>	<b>Prozesshafte, stetige Weiterentwicklung der Fachausbildung</b>		Vorschläge zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Ausbildungsqualität	
<a href="#">M2/4.1</a>		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

<b>Maßnahme: Umwandlung der bestehenden Ausbildung zum Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin in einen Facharzt/Fachärztin für Allgemein- und Familienmedizin</b>
<b>Ziel: Erhöhung der Attraktivität der Allgemeinmedizin-Ausbildung durch Beseitigung formaler und semantischer Abwertung gegenüber den Sonderfächern.</b>
<b>Beschreibung:</b> 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.
<b>Organisationsebene:</b> Gesundheitsministerium, Nationalrat, Ärztekammer, Fachgesellschaften AM, Fachgesellschaften Spezialdisziplinen. Später: Versicherungsträger
<b>Umsetzungspartner:</b> Bundessektion AM, allgemeinmedizinische Abteilungen der Universitäten, Länder und Gemeindebund
<b>Good-practice Beispiel:</b>
<i>Alle gesundheits-politisch entwickelten europäischen Länder - lediglich Slowakei und Italien haben im europäischen Vergleich wie Österreich keinen Facharztstatus in der Allgemein- und Familienmedizin</i>

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

<b>Maßnahme: Verbesserung der Ausbildung und Ausbildungsqualität</b>
<b>Ziel: Verbesserung der inhaltlichen Ausbildungsqualität durch ergänzende Maßnahmen wie Mentoring, Begleitseminare, Monitoring der intramuralen Ausbildung.</b>
<b>Beschreibung:</b> 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.
<b>Begründung:</b> Momentan fühlt sich mehr als die Hälfte der Studierenden in Österreich durch das Studium nicht gut auf den hausärztlichen Beruf 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).
<b>Organisationsebene:</b> Bund, ÖÄK
<b>Umsetzungspartner:</b> ÖÄK/LÄK, Krankenanstaltenträger, ev. Universitäten
<b>Good-practice Beispiel:</b>
<i>Europäische Länder: Gerade die in aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen als Vorbilder zitierten Länder mit starker Primärversorgung wie England, Holland und Skandinavien zeichnen sich durch eine lange Aus-bzw. Weiterbildungszeit in der allgemeinmedizinischen Praxis aus, deren Wert schon durch positive Evaluierungen dargestellt werden konnte.</i>

<b>Maßnahme: Verbundweiterbildungsmöglichkeit nach internationalem Vorbild</b>
<p><b>Ziel: Verbesserung der Planungssicherheit und Ausbildungsqualität durch strukturelle Maßnahmen</b></p> <p><b>Beschreibung:</b> 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.</p> <p><b>Begründung:</b> 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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planungssicherheit für die gesamte Weiterbildungszeit,</li> <li>- Rotation ohne Stehzeiten</li> <li>- ein Ansprechpartner für den gesamten Ausbildungsplan</li> <li>- Feste Vergütung über alle Ausbildungsabschnitte</li> <li>- Garantierte Freistellung zu Fortbildungen</li> <li>- Keine oder nur geringe Wohnortwechsel</li> <li>- könnten die Qualität der Ausbildungsorte evaluieren und weiterentwickeln</li> <li>- Im Rahmen eines Ausbildungsverbundes wäre auch das Sammeln internationaler Erfahrung (z.B. über VdGM-Hippokrates-Exchange für 2 Wochen) erleichtert</li> </ul>
<b>Organisationsebene:</b> Länder, Landesärztekammern
<b>Umsetzungspartner:</b> Universitäten gemeinsam mit LÄK und Krankenhausenträgern
<b>Good-practice Beispiel:</b>
<p><i>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]</i></p> <p><i>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</i></p>

<b>Maßnahme: Begleitendes Mentoring während der Ausbildung</b>
<p><b>Ziel: Mentoring durch erfahrene Hausärzt_innen vermittelt auch berufliche Sicherheit</b></p> <p><b>Beschreibung:</b> 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.</p> <p>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.</p>
<b>Organisationsebene:</b> Länder
<b>Umsetzungspartner:</b> Fachgesellschaften für Allgemeinmedizin, Landesärztekammern, Spitalsträger
<b>Good-practice Beispiel:</b>
<p><i>Österreich:</i></p> <p><b>Pilotprojekt Salzburger Initiative Allgemeinmedizin (SIA) (ausgelaufen)</b>  <i>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)</i></p> <p><a href="https://sagam.at/salzburger-initiative-allgemeinmedizin">https://sagam.at/salzburger-initiative-allgemeinmedizin</a></p> <p><b>Ab 2019 Programm Neu: „Allgemeinmedizin Salzburg“ für alle Ärzt_innen in Ausbildung Allgemeinmedizin in Salzburg geplant.</b></p> <p><i>Begleitseminare, Mentoring und Lehrpraxis (ÄAO 2015)</i>  <i>Finanzierungszusage ab 1.1.19 durch Land Salzburg und SGKK zu je 50%</i></p> <p><b>Projektpartner:</b> Land Salzburg, Salzburger Gesellschaft für Allgemeinmedizin, Salzburger Gebietskrankenkasse, Ärztekammer Salzburg, Salzburger Landeskliniken, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg.</p> <p><i>Europäische Länder: Deutschland Verbundweiterbildung plus</i></p>

<b>Maßnahme: Bundesweit vergleichbare und qualitätsgesicherte Begleitseminare in allen Bundesländern</b>
<p><b>Ziele:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Einführung von tatsächlich berufsvorbereitenden und primärversorgungsrelevanten Begleitseminaren</b></li> <li>- <b>Vernetzung und Gemeinschaftsbildung unter Auszubildenden</b></li> </ul> <p><b>Beschreibung:</b> 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.</p> <p>Generell sollten solche Begleitseminare qualitätsgesichert werden. Begleitseminare sollten ein Bestandteil von Kompetenzzentren sein und bei der Planung dieser berücksichtigt werden.</p> <p><b>Begründung:</b> 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.</p>
<p><b>Organisationsebene:</b> Länder, Krankenanstaltenverbände, wenn vorhanden Weiterbildungsverbände. Ausbildungsverantwortliche (extern oder der einzelnen Träger)</p>
<p><b>Umsetzungspartner:</b> Ärztekammer, Krankenhausträger, Lehrverantwortliche der Krankenhäuser, Fachgesellschaft (z.B. Zertifizierung)</p>
<b>Good-practice Beispiel:</b>
<p><i>Österreich: Salzburg: SIA Pilotprojekt (2013-2015) NEU Programm „Allgemeinmedizin Salzburg“ Begleitseminare (PMU) in Salzburg - ab Jänner 2019 Finanzierung gesichert</i></p>

## 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. Weiterbildungsverbände) könnte in Kooperation mit dem Mentor eine Feedbackschleife zu den intramuralen Ausbilder\_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.

**Organisationsebene:** Ausbildungsverbund, Krankenhäuser

**Umsetzungspartner:** Ärztekammer, Universitäten, Fachgesellschaft

**Good-practice Beispiel:**

*Österreich: EPAs in der Lehrpraxis*

*Europäische Länder: Kompetenzbasiertes Curriculum für Allgemeinmedizin DEGAM:*

<https://www.kompetenzzentrum-allgemeinmedizin.de/downloads/curriculum/Kompetenzbasiertes-Curriculum-2015-07.pdf>

## M2/3.1 - Lehrpraxisfinanzierung

<b>Maßnahme: Lehrpraxis: Honorierung und Dauer</b>
<p><b>Ziel: Eine Ausbildung in AM darf finanziell keinen Nachteil bedeuten. Die Dauer muss den späteren Aufgaben angemessen und international vergleichbar sein.</b></p> <p><b>Beschreibung:</b> 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.</p>
<p><b>Organisationsebene:</b> ÄK, ev. Weiterbildungsverbände (in Kooperation mit den Krankenhausträgern)</p>
<p><b>Umsetzungspartner:</b> Krankenhausträger, ÄK</p>
<b>Good-practice Beispiel:</b>
<p><i>Österreich: Salzburg SIA (2018 ausgelaufen; Finanzierung vor ÄAO2015 über Pilotprojekt)</i></p> <p><i>Europäische Länder: Zur Finanzierung: Niederlande, Deutschland, Frankreich*</i></p>

\*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. 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

<b>Maßnahme: Ausdehnung der Ausbildung in der Lehrpraxis</b>
<p><b>Ziel: Verbesserung der inhaltlichen Ausbildungsqualität durch ausreichende Ausbildung am Ort der späteren Berufsausübung.</b></p> <p><b>Beschreibung:</b> 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 [1] ist im Rahmen der ÄAO 2015 vorgesehen und erscheint unabdingbar.</p>
<p><b>Organisationsebene:</b> Bund, ÖÄK</p>
<p><b>Umsetzungspartner:</b> ÖÄK/LÄK, Krankenanstaltenträger, ev. Universitäten</p>
<b>Good-practice Beispiel: siehe M2/3.1</b>

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

<b>Maßnahme: stetige Weiterentwicklung von Ausbildung und Qualität entsprechend der sich wandelnden Anforderungen</b>
<b>Ziel: Im Zuge der nächsten Novellierung wird eine Weiterentwicklung der Ausbildung entsprechend der sich wandelnden Anforderungen an die Allgemeinmedizin angestrebt.</b>
<b>Beschreibung:</b> 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.
<b>Begründung:</b> 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.
<b>Organisationsebene:</b> Gesetzesnovelle, Ärztekammer
<b>Umsetzungspartner:</b> Krankenhäuser, Ärztekammer
<b>Good-practice Beispiel:</b>
<i>Europäische Länder: Deutschland (Vorbild m.Einschränkungen: kl. Fächer!), Facharztanerkennung fast europaweit</i>

## M3 - Niederlassung

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 ÄrztInnen bei ÄrztInnen

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

## M3/1.1 - flexible Einstiegsformen: Job-Sharing

<b>Maßnahme: Job-Sharing v.a. im Hinblick auf die Integration von Beruf und Familie</b>
<b>Ziel: flexible Formen der Arbeitsausübung mit Teilzeitmodellen</b>
<b>Beschreibung:</b> 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.
<b>Begründung:</b> 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.
<b>Organisationsebene:</b> Bundesländer, möglichst bundesweit einheitliche Regelung
<b>Umsetzungspartner:</b> Ärztekammern und Sozialversicherung, primär im Rahmen der Bundesländer-Gesamtverträge, möglichst bundesweit einheitliche Regelung
<b>Good-practice Beispiel: Job-Sharing in Salzburg</b>
<i>Im <a href="#">Salzburger Gesamtvertrag</a> 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..</i>

## M3/1.2 - flexible Einstiegsformen: 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.

**Organisationsebene:** Bundesländer, möglichst bundesweit einheitliche Regelung

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

**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)

### M3/1.3 - flexible Einstiegsformen: Übergabepaxis

<b>Maßnahme: der Ein-und Austritt in eine Übergabepaxis soll entsprechend den lokalen und persönlichen Bedürfnissen gestaltet sein</b>								
<b>Ziel: Erleichterung der Wissensweitergabe und Erhalt der kontinuierlichen Betreuung der Patient_innen sowie Erlangung einer beruflichen Sicherheit</b>								
<b>Beschreibung:</b> Ermöglichung und Förderung (s. M6/6.1) von Übergabepaxen, in denen abgebende und der 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)								
<b>Organisationsebene:</b> Bundesländer								
<b>Umsetzungspartner:</b> Landesärztekammern und Sozialversicherungen im Rahmen der Bundesländer-Gesamtverträge, möglichst bundesweit einheitliche Regelung								
Bgld.	Ktn.	NÖ	OÖ	Sbg.	Stmk.	Tirol	Vlbg.	Wien
<b>Good-practice Beispiel:</b>								
<i>Österreich: Salzburg und Oberösterreich ermöglichen bereits eine bis zu dreijährige Übergabepaxis, wobei das Alter für das Vertragsende bei spätestens 70 Jahren liegt.</i>								

## M3/1.4 - flexible Einstiegsformen: 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 ein 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)

**Organisationsebene:** Bundesgesetzgebung

**Umsetzungspartner:** Bundesministerium, Parlament, Österreichische Ärztekammer, Sozialversicherungen

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

## M3/2 - Gründerservice administrativ

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

<b>Maßnahme: Vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten für die Niederlassung betreffend Arbeitsformen und Ordinationsgründung</b>
<b>Ziel: Abbau von Unsicherheiten</b>
<b>Beschreibung:</b> 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.
<b>Organisationsebene:</b> Bundesländer
<b>Umsetzungspartner:</b> Landesärztekammern, Ministerium, ÖGAM, Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Länder, Gemeinden
<b>Good-practice Beispiel:</b> <a href="#">Meine erste eigene Ordination - Going International</a> Wiener ÄK

<b>Maßnahme: Anlaufstelle für Beratung rund um die Niederlassung</b>
<b>Ziel: Abbau von Unsicherheiten</b>
<b>Beschreibung:</b> 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.
<b>Begründung:</b> Der Prozess der Niederlassung wird im Rahmen der Ausbildung unzureichend abgebildet, externe Hilfestellung können zusätzlich zur Lehre solcher Inhalte in der Ausbildung (siehe M1 und M2) Hemmnisse reduzieren.
<b>Organisationsebene:</b> Bundesländer
<b>Umsetzungspartner:</b> Landesärztekammern, Gebietskrankenkassen, Bundesministerium, private Anbieter
<b>Good-practice Beispiel: Ärztekammern als Ansprechpartner für Praxisgründung</b>
<i>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.</i>
<i><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.</i>

## M3/2a. - Gründerservice ökonomisch

### M3/2a.1 - Finanzielle Förderungen für Niederlassung

<b>Maßnahme: Starthilfe oder günstige Kredite</b>
<b>Ziel: unterstützende Maßnahmen zur Erhöhung der finanziellen Sicherheit bei Niederlassung</b>
<b>Beschreibung:</b> 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.
<b>Organisationsebene:</b> Länder
<b>Umsetzungspartner:</b> Länder und Gemeinden

### M3/2a.2 - Materielle Unterstützung der Niederlassung

<b>Maßnahme: Materielle Unterstützung der Niederlassung</b>
<b>Ziel: unterstützende Maßnahmen zur Erhöhung der finanziellen Sicherheit bei Niederlassung</b>
<b>Beschreibung:</b> 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.
<b>Organisationsebene:</b> Gemeinde
<b>Umsetzungspartner:</b> Gemeindebund, Länder

# M4 - niedergelassene Tätigkeit

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
<a href="#">M4/1</a>	<b>Flexible Kooperationen</b>			3/1, 6/6, 6/7, 5/2, 5/3, D6/4
<a href="#">M4/1.1</a>		flexible Organisationseinheiten	Netzwerke (Sprengel, Sprengelübergreifend)	
<a href="#">M4/1.2</a>		Erleichterung der Zusammenarbeit innerhalb der organisatorischen Einheit	Gemeinschafts-/Gruppenpraxen unterschiedlicher Art	
			Selbständigkeit/ angestellte Tätigkeit,	
			unterschiedliche Gruppen (Übergabe, Jobsharing, Vertretung)	
			longitudinale Flexibilität	
<a href="#">M4/2</a>	<b>Reduktion von Arbeitslast (organisatorisch)</b>			3
<a href="#">M4/2.1</a>		Entlastung von administrativen Aufgaben	Delegation an qualifiziertes Personal	3/2
			EDV	
<a href="#">M4/2.2</a>		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	
<a href="#">M4/3</a>	<b>Arbeitsdichte optimieren</b>			Erfüllung des Versorgungsauftrags unterstützen
<a href="#">M4/3.1</a>		Kontaktzahlen an Versorgungsaufgaben anpassen		5/2.3, M6
<a href="#">M4/3.2</a>		Förderung der Bildung eines Kernteams		5/2, 6/6.2, 6/7, D6/3-4
<a href="#">M4/3.3</a>		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.

**Organisationsebene:** Bund, Versicherungsträger, Länder, Ärztekammer

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

**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, Übergabepaxis, befristete Teilung, Teilgruppenpraxis, Jobsharing, saisonales Jobsharing Salzburg.*

*OG von bereits niedergelassenen AMs, Übergabepaxis, Vertretungen Steiermark*

#### 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: Ärztgruppen, 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.

**Organisationsebene:** Länder/Versicherungsträger/Ärzttekammern

**Umsetzungspartner:** Ärztekammern, Gemeinden, Gemeindebund, Patientenorganisationen

**Good-practice Beispiel:**

*Europäische Länder: Deutschland, Niederlande, Großbritannien*

*Schweiz: ersten 5 Berufsjahre in Anstellung mit Option, danach als Gesellschafter einzusteigen*

## M4/2 - Belastungsreduktion

### M4/2.1 - Entlastung von administrativen Aufgaben: Delegation, EDV

<b>Maßnahme: Erleichterung des administrativen und organisatorischen Aufwandes</b>
<b>Ziel: Bestmögliche Konzentration auf ärztliche Kernaufgaben durch Reduktion administrativer und dokumentarischer Aufgaben auf das unumgängliche Maß.</b>
<b>Beschreibung:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Administrative Aufgaben sind einerseits Teil erfolgreicher Unternehmensführung (Abrechnung, Personalverwaltung etc.), andererseits aufgrund von rechtlichen Vorgaben sowie zur Qualitätssicherung erforderlich.</li><li>- Die Durchforstung auf überflüssige Maßnahmen ist zu empfehlen.</li><li>- Die Entlastung der Ärzt_innen ist durch Delegation auf dafür ausgebildete Teammitglieder zu erreichen, sowie durch geeignete automationsgestützte Dokumentation und Verwaltung, insbesondere aufgrund der gesteigerten Anforderungen durch ELGA und Kodierung.</li><li>- Praxisorganisation muss verbindlicher Lehrinhalt werden.</li></ul>
<b>Organisationsebene:</b> Krankenkassen (Teamhonorierung, Softwareunterstützung; Vorgaben), Ärztekammer, Softwareanbieter, Gesetzgeber (Vorgaben), Behörden
<b>Umsetzungspartner:</b> Ärztekammern, open source Start-ups, Fachhochschulen Gesundheitsmanagement (Erhebung relevanter und irrelevanter administrativer Aufgaben)
<b>Good-practice Beispiel:</b> OÖ: Wegfall der "Chefarzt"pflichtigkeit

<b>Maßnahme: Ausreichende personelle Ressourcen und strukturelle Änderungen (Sprengelestrukturen) zur erleichterten Randzeitenabdeckung</b>
<b>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.</b>
<b>Beschreibung:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Kleinsprengel mit hoher Wochenenddienst- und Urlaubsbelastung werden zunehmend unattraktiv.</li><li>- Unbesetzte Stellen in einem Sprengel reduzieren Attraktivität.</li><li>- Ausgedehnte verpflichtende Ordinationsöffnungszeiten können unabhängig von der Organisationsform zu Fallen werden: Bei Ausfall von Kolleg_innen (Langzeiterkrankung, Pensionierung, Mutterschutz...) sind Belastungsgrenzen erreicht/überschritten.</li><li>- Nacht- und Wochenenddienste werden als stark belastend empfunden, wenn die Arbeitszeit insgesamt hoch wird.</li><li>- Wochenend- und Nachtdienste sollen unabhängig von der Regelversorgung organisiert werden</li></ul>
<b>Organisationsebene:</b> Versicherungsträger, Länder, Ärztekammern
<b>Umsetzungspartner:</b> Länder, Gemeinden, Versicherungsträger, Patientenorganisationen, Ärztekammern, Rettungsdienste
<b>Good-practice Beispiel:</b>
<i>Österreich:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Sprengel Waidhofen/Thaya (ohne Rettungstransporte): früher mehrere 3-Arztsprengele, jetzt 1 Sprengel mit mehr als 10 Ärzt_innen</i></li><li>- <i>HÄND OÖ</i></li><li>- <i>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</i></li><li>- <i>Styriamed.net</i></li><li>- <i>PVE Enns (Rettungstransporte)</i></li></ul> <p><i>Europäische Länder: Finnland (Rettungstransporte); Deutschland: Berücksichtigung regionaler Besonderheiten in der Planung, wie die regionale Demographie, Morbidität, Sozioökonomie, räumliche Faktoren und infrastrukturelle Besonderheiten.</i></p>

## 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 Delegation 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 Delegation 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.

**Organisationsebene:** Versicherungsträger, Ärztekammern, Länder (Strukturplanung)

**Umsetzungspartner:** Ärztekammern, Patientenorganisationen, Gemeinden

**Good-practice Beispiel:**

*Österreich: kleinere Praxen m. internen Teams (Finanzierungsvoraussetzung: Hausapotheke!)*  
*Europäische Länder: Deutschland: Hausarztmodell,*

**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 Hausarzt\_innen finanzierbar ist. Es dürfen aufgrund der sozialen Gerechtigkeit keine Unterschiede zwischen verschiedenen Organisationsformen bestehen (Finanzierungsunterstützung).

**Organisationsebene:** Bund (Gesetzgeber), Versicherungsträger, Ärztekammer

**Umsetzungspartner:** Ärztekammern, Berufsverbände, Medien

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

#### M4/3.3 - Modernes, evidenzbasiertes Leistungsspektrum ermöglichen

<b>Maßnahme: es bedarf einer Modernisierung des Leistungskataloges</b>
<b>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.</b>
<b>Beschreibung:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- sonographie-unterstützte körperliche Untersuchung ist Standard</li><li>- evidenzgestützte bedside Tests und quantitative POC Diagnostik</li><li>- Spirometrie,</li><li>- Akutlabor etc. sind anerkannte Verfahren in der Primärversorgung</li></ul> <p>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.</p> <p>Es sollte eine einheitliche Lösung Bundesländer übergreifend für ganz Österreich gefunden werden.</p>
<b>Organisationsebene:</b> Praxisinhaber, Versicherungsträger, ev. Gemeinden/Länder, Ärztekammern
<b>Umsetzungspartner:</b> Ärztekammern, Länder und Gemeinden (Förderung von Vorhalteleistungen)
<b>Good-practice Beispiel:</b> <i>diverse österreichische Praxen (Eigeninitiative)</i>

# M5 - strukturelle Aufwertung

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
<a href="#">M5/1</a>	<b>Anerkennung der AM als Fach</b>			1/alle, 2/alle, 6/1, 6/7,
		Einrichtung des Spezialfaches Allgemein- und Familienmedizin	rechtliche Gleichstellung mit anderen Fächern	
<a href="#">M5/2</a>	<b>Steuerung der Zutritts- und Versorgungsebenen</b>			2/alle, 3/1, 4/2-4,6/1, 6/6, 6/7
<a href="#">M5/2.1</a>		Steuerung der Zutrittsebene	Anreizsystem	
			Systemstellung bedingt Attraktivierung	
			Reduktion von Fehlinanspruchnahmen	
<a href="#">M5/2.2</a>		Steuerung der Versorgungsebene	Definition der Primärversorgung als primär patientenführende Stelle	
			freiwillige Einschreibemöglichkeit in Hausarztmodell	
<a href="#">M5/2.3</a>		Formulierung eines Versorgungsauftrags	gebunden an Schaffung formaler und struktureller Voraussetzungen	
<a href="#">M5/3</a>	<b>ideelle Wertschätzung</b>	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 der 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.

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

**Umsetzungspartner:** Bundessektion AM, allgemeinmed Abteilungen der Universitäten, Länder und Gemeindeverband

**Good-practice Beispiel:** *in fast allen europäischen Ländern ist Allgemein- und Familienmedizin als eigenständiges Spezialfach anerkannt*

## M5/2 - Steuerung der Ebenen

### M5/2.1 - Steuerung der Zutrittsebene

<b>Maßnahme: Bekennung zum “best point of service” mit Definition der geeigneten Zutrittsebenen</b>
<b>Ziel:</b> 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 Anstuerns eines “best point of service” und schont Ressourcen.
<b>Beschreibung:</b> 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.
<b>Organisationsebene:</b> Gesetzgeber, Landesvertretung
<b>Umsetzungspartner:</b> Ärztekammer, Patientenvertreter, Versicherungsträger
<b>Good-practice Beispiel:</b> <i>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 <a href="#">Haus- und Vertrauensarztmodells</a>, welches erstmals Gedanken eines Anreizsystems zur Steuerung der Zutrittsebene für Österreich offiziell verbalisierte</i>

## 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?

**Organisationsebene:** Versicherungsträger, Ärztekammer, Gesetzgeber (?)

**Umsetzungspartner:** Versicherungsträger, Arbeiterkammer, Gewerkschaftsbund, Patientenvertreter, Ärztekammer (Sektion AM!!)

*Österreich: Styriamed, Pannoniamed, Netzwerk Wallersee, Wälderdoc: Bekenntnis zu gestuften Versorgung mit entsprechender medialer Präsentation.*

*Deutschland: Hausarztmodelle*

### 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.

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

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

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

<b>Maßnahme: Vermeidung von Imageverlust bzw. positive Kommunikation über Allgemein- und Familienmedizin auf allen Ebenen</b>
<b>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.</b>
<b>Beschreibung:</b> Folgende Gegenstände einer medialen Vermittlung können identifiziert werden: <ul style="list-style-type: none"><li>- Zuständigkeitsbereiche und Kompetenzmerkmale.</li><li>- Die Ausformulierung und anerkennende Darstellung der spezifischen generalistischen Kompetenzen.</li><li>- Versorgungsauftrag und spezifische Kompetenzen, mit den Voraussetzungen Kontinuität und Patientenbeziehung.</li><li>- Veränderte Haltung und Stil der Kommunikation mit und über die Allgemeinmedizin.</li></ul>
<b>Organisationsebene:</b> Medien aller Art (Publikum, Fachmedien), jede Art von öffentlichen Auftritten, Kampagnen
<b>Umsetzungspartner:</b> Ärztekammer, Fachgesellschaft, alle Fach- und Laienmedien
<b>Good-practice Beispiel:</b> <i>Kampagne Berliner Ärztekammer 2017 "Wir arbeiten für ihr Leben gern"</i>

## M6 - ökonomische Wertschätzung

Hand in Hand mit einer Verbesserung der allgemeinen Wertschätzung bedarf es einer Systemänderung. Eine Verbesserung der Betreuungsqualität für die Patient\_innen kann vielleicht durch finanzielle Anreize oder vielleicht durch eine Adaptation der Zahl der Kassenstellen erlangt werden.

Die 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
<a href="#">M6/1</a>	<b>Facharztadäquate Honorierung</b>		3/2a,42, 4/3.3,5/1,5/2
<a href="#">M6/1.1</a>		Höhe des Gesamthonorars fachärztlicher Tätigkeit angemessen	
<a href="#">M6/1.2</a>		Modernisierung und Anpassung des Leistungskatalogs	4/3.1, 4/3.3, 5/2.2, 5/2.3
<a href="#">M6/2</a>	<b>Zuschläge für schwierig zu versorgende Regionen</b>		3/1, 4/2, 5/2
D6/3*	<b>Bedarfsorientiertes Leistungsprofil</b>		5/2.2, 5/2.3
D6/4*	<b>Modulare Honorierung</b>		5/2, 4/1, 3/1
<a href="#">M6/5</a>	<b>finanzielle Förderung der allgemeinmed. Lehre und Forschung</b>		1
<a href="#">M6/5.1</a>		adäquate Ausstattung der universitären Institute/Abteilungen	1
<a href="#">M6/5.2</a>		Honorierung der Lehrtätigkeit	1
<a href="#">M6/6</a>	<b>Förderung von Zusammenarbeitsformen</b>		3/1, 4/1, 4/3

\*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

<b>Maßnahme: Attraktivierung des Berufes durch adäquate Vergütung</b>
<b>Ziel: Vergütung hausärztlicher Tätigkeiten, die zu einem facharztadäquaten Einkommen führt, Herstellung von Wettbewerbsfähigkeit national und international</b>
<b>Beschreibung:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Finanzielle Gleichstellung von FA und AM nicht nach Abrechnungssummen, sondern nach Zeitaufwand bzw. eigenem Honorartarif, Anpassung der Honorierung an den Versorgungsauftrag.</li><li>2. Flächendeckende finanzielle Gleichstellung von allgemeinmedizinischen Turnusärzt_Innen und Stationsärzt_Innen mit Turnusärzt_innen und Ärzt_innen der Sonderfächer</li><li>3. Vergleichbare Einzelleistungen bei AM und FÄ sind gleich zu honorieren</li></ol>
<b>Organisationsebene:</b> ÄK - Bundessektion; - dann HV - Länderkassen:
<b>Umsetzungspartner:</b> ÖÄK, Bundessektion,

## 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.

**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

## 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 niedrighschwellige 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.

**Organisationsebene:** Gemeinden, Länder, Landesärztekammern

**Umsetzungspartner:** Länder, Gemeinden, Versicherungsträger, Kammer, Landesgesundheitsfonds

**Good-practice Beispiel:**

*Europäische Länder: Deutschland: Bayern und neue Bundesländer:  
Niederlassungsprämien bzw. garantiertes Mindesteinkommen*

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

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

<b>Maßnahme: Ermöglichung ausreichender Kontakte von Medizinstudierenden mit der Allgemein-und Familienmedizin</b>
<b>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</b>
<b>Beschreibung:</b> 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
<b>Organisationsebene:</b> Universitäten
<b>Umsetzungspartner:</b> BM Wissenschaft, Politik - UG-Änderung, ÄG-Änderung,

### M6/5.2 - Honorierung der Lehrtätigkeit

<b>Maßnahme: Anerkennung des Mehraufwandes durch Lehrtätigkeit</b>
<b>Ziel: Gewinnung einer ausreichenden Zahl von Lehrärzt_innen mit ausreichend hoher Qualifikation.</b>
<b>Beschreibung:</b> 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 Auszubildenden 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 "Lebenshaltungsförderung" für KPJ oder Famulatur besonders in einer Landpraxis abzugelten.
<b>Organisationsebene:</b> Unis
<b>Umsetzungspartner:</b> Krankenanstalten (Rotationen im KPJ), Universitäten, HV, Politik, ÄK
<b>Good-practice Beispiel:</b> Österreich: KPJ - Famulatur - Initiative Tennengau (Sbg.)

## M6/6 - Förderung von Zusammenarbeitsformen

### M6/6.1 - Förderung von Übergabepraxen

<b>Maßnahme: Sicherung der Betreuungskontinuität</b>
<b>Ziel: Praxisübergaben erleichtern, Verhinderung leerstehender Kassenpraxen</b>
<b>Beschreibung:</b> Praxen, die Übergangs- oder Übergabemodelle anbieten, sollen entsprechend der Notwendigkeit gefördert werden. Dies kann an bestimmte Angebotsvorlagen (DMP, Ausstattung, Erreichbarkeit...) gebunden werden.
<b>Organisationsebene:</b> ÄK, SV
<b>Umsetzungspartner:</b> Länder, Gemeinden, Versicherungsträger
<i>Österreich: Stmk, Sbg,,: Gründerkredite durch die ÄK vermittelt, Oberösterreich: Förderung der Übergabepaxis</i>

### M6/6.2 - ökonomische Gleichstellung von Zusammenarbeitsformen mit PVEs

<b>Maßnahme: nachhaltige Sicherung der Regelversorgung für Österreich</b>
<b>Ziel: Zusammenarbeitsformen müssen aus Gründen der Versorgungsgerechtigkeit flächendeckend ermöglicht und gefördert werden</b>
<b>Beschreibung:</b> 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.
<b>Organisationsebene:</b> ÖÄK, SV
<b>Umsetzungspartner:</b> eben diese

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

<b>Maßnahme: Honorarkatalog für Hausarztpraxen (alle Organisationsformen)</b>
<b>Ziel: Der speziellen Aufgabenstellung der Allgemein-und Familienmedizin im System und ihrer daraus resultierenden Arbeitsweise ist auch in der Honorierung Rechnung zu tragen.</b>
<b>Beschreibung:</b> 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
<b>Organisationsebene:</b> SV und ÖÄK, wissenschaftliche Argumentation: ÖGAM
<b>Umsetzungspartner:</b> SV und ÖÄK
<b>Good-practice Beispiel:</b>
<i>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</i>

## 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 Landesvertretung geführter "Springerpool" ist denkbar, um unbesetzte Stellen in der Zeit der Neubesetzung zu überbrücken.

**Organisationsebene:** ÖÄK, SV

**Umsetzungspartner:** Universitäten - Versorgungsforschung