

Österreichische Qualitätsinitiative Allgemeinmedizin (ÖQAM)

**Ein Konzept zur Verbesserung der
allgemeinmedizinischen Ausbildung**

Andreas Sönnichsen, Maria de la Cruz Gomez Pellin
mit Beratung durch Mitglieder von ÖGAM, WIGAM und JAMÖ

**Auftraggeber: Dachverband der
Sozialversicherungsträger**

Abteilung für Allgemein- und Familienmedizin

Zentrum für Public Health

Medizinische Universität Wien

Inhalt

1 Ausgangslage	3
2 Ziele von ÖQAM	3
3 Allgemeinmedizin und allgemeinmedizinische Ausbildung in Europa.....	4
4 Situation in Österreich	5
5 Vorerfahrungen zur Qualitätsverbesserung der allgemeinmedizinischen Ausbildung in Österreich	6
5.1 Präpromotionelle Ausbildung: KPJ-Exzellenzprogramm der Medizinischen Universität Wien	7
5.2 Postgraduelle Ausbildung: Salzburger Initiative Allgemeinmedizin	7
6 Lernziele einer qualitativ hochwertigen allgemeinmedizinischen Ausbildung	8
6.1 Klinischer Lernzielkatalog Österreichs	8
6.2 Lernzielkatalog Ausbildung Allgemeinmedizin	11
6.3 Neue Herausforderungen.....	12
6.4 Allgemeinmedizinische Ausbildungscurricula in Europa	12
7 Umsetzung von ÖQAM und Erreichen der Lernziele	14
7.1 Gesamtkoordination	14
7.2 Auswahl und medizindidaktische Fortbildung der Lehrspitäler und Spitalsärzt*innen	14
7.3 Auswahl und Train-the-Trainer-Fortbildung der allgemeinmedizinischen Lehrärzt*innen.....	14
7.4 Auswahl der ÖQAM-Teilnehmer	15
7.5 Seminarprogramm	15
7.6 Mentoring-Programm	17
7.7 e-Portfolio.....	17
7.8 Hospitation im europäischen Ausland	18
8 Zeitschiene	18
9 Budget-Forecast	19
10 Projektevaluation und Qualitätskontrolle.....	21
11 Ausblick	22
12 Literatur	23

1 Ausgangslage

Die Allgemeinmedizin in Österreich befindet sich in einer Krise. Bereits heute zeichnet sich ein deutlicher Mangel an Allgemeinmediziner*innen ab, der vor allem ländliche Regionen betrifft [1]. Wichtige Gründe hierfür sind:

- 26% der Medizinabsolvent*innen der österreichischen Hochschulen wollen Österreich nach dem Studium verlassen, unter anderem weil die Ausbildungsangebote und Arbeitsbedingungen im Ausland attraktiver sind [2]. Dies betrifft in erster Linie die hohe Arbeitszeit, die vergleichsweise schlechte Bezahlung und die mangelhafte Strukturierung der Ausbildung [3].
- Über 80% der Turnusärzt*innen geben an, in der allgemeinmedizinischen Kassenordination zu wenig Zeit für Patient*innen zu haben und zu viele Vorgaben durch die Krankenkasse zu bekommen. 75% sind der Meinung, dass man als Allgemeinmediziner*in zu wenige Leistungen abrechnen kann, und 68% finden, dass das Einkommen im Vergleich zu Fachärzt*innen zu niedrig ist [4].
- Nur 5% der Turnusärzt*innen finden das österreichische Gesundheitssystem attraktiv für eine Tätigkeit als niedergelassene Allgemeinmediziner*in [4].

Das Problem des Nachwuchsmangels wird in den nächsten Jahren weiter verschärft, weil 62% aller Allgemeinmediziner mit eigener Ordination in Österreich in den nächsten fünfzehn Jahren das Pensionsalter erreichen werden oder dieses bereits erreicht haben [5].

Die Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM) hat unter anderem aus diesen Gründen im Jahr 2018 in Zusammenarbeit mit der Bundessektion der Österreichischen Ärztekammer und den universitären Einrichtungen für Allgemeinmedizin einen „Masterplan Allgemeinmedizin“ erstellt, in dem unter anderem eine deutliche Verbesserung der allgemeinmedizinischen Ausbildung gefordert wird [6].

Auch die Sozialversicherung hat sich dem Thema in vielfältigen Projekten angenommen. Das vom Dachverband beauftragte und hier vorgestellte Konzept soll im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten eine Verbesserung der allgemeinmedizinischen Ausbildung im Spital und eine zielgerichtete und strukturierte Ausbildung für die hausärztliche Tätigkeit in der Lehrpraxis erreichen.

2 Ziele von ÖQAM

Die Verbesserung der Ausbildung ist eine der entscheidenden Maßnahmen, um den Beruf Hausärzt*in wieder attraktiv und zukunftsfähig zu machen. Die Ziele von ÖQAM sind daher in erster Linie:

- Attraktivierung des Berufs „Hausarzt“ im Solidarsystem der kassenärztlichen Versorgung
- Verbesserung der Ausbildung im Spital und in der Lehrpraxis
- Ergänzung der Ausbildungsinhalte durch qualitative hochwertige Seminare, Mentoring und Portfolioaufgaben
- Qualitativ hochwertige Nachbesetzung frei werdender §2-Stellen in Österreich

- Durch Einbringen internationaler Erfahrungen nach Österreich Impulse für die Ausbildung zum/zur AllgemeinmedizinerIn zu gewinnen.

3 Allgemeinmedizin und allgemeinmedizinische Ausbildung in Europa

Die allgemeinmedizinische Ausbildung variiert beträchtlich innerhalb von Europa. Die Ausbildungsdauer liegt zwischen 3 und 6 Jahren, und die Inhalte divergieren stark. Auch die Organisation der hausärztlichen Versorgung weist große Unterschiede zwischen den europäischen Ländern auf [7–9].

In Tabelle 1 werden die unterschiedlichen Ausbildungskonzepte in verschiedenen europäischen Ländern gegenübergestellt.

Tabelle 1: (Fach-)arzt für Allgemeinmedizin und allgemeinmedizinische Ausbildung in ausgewählten Ländern Europas

Land	Bezeichnung	Strukturierte Ausbildung	Postgraduelle Ausbildungsdauer (Jahre)	Bezahlung während der Ausbildung (brutto/Monat, finanziert durch)	(Facharzt-)Prüfung
Österreich	Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin	9 Mon. Basisausb., 27 Mon. Spital (diverse Fächer), 6 Mon. Lehrpraxis	3,5	3500-4000 € im Spital, Praxis ¼ (30 Std./Wo, SV (32,5%), Bund 25%), Länder (32,5%), Lehrpraxeninhaber*innen (10%)	Jus practicandi Prüfung (schriftlich, Kurzantwortfragen)
Deutschland	Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin	2 Jahre Innere Medizin (Spital oder ambulant), 1 Jahr Wahlfächer, 2 Jahre Lehrpraxis	5	4000-5000 €, in der Lehrpraxis 4800 € (Spital, Kassenärztliche Vereinigung)*	Mündliche Prüfung durch Ärztekammer
Schweiz	Facharzt/Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin	3 Jahre Basisausb. Innere Medizin, davon 3 Monate Notfallstation, mind. 2 Jahre stationäre Innere Medizin, mind. 1/2 Jahr Lehrpraxis, anschl. 2 Jahre individuell gestaltbar (amb. oder stat. Innere Medizin oder alle anderen Fächer),	5	Ca. 6000 € (Kantone, Spitäler, Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung)	Schriftl. MC-Prüfung 120 Fragen
Frankreich	Médecin spécialiste qualifié en médecine générale	2 Jahre Klinik, 1 Jahr Praxis	3	1400-2200 € (Krankenkassen)	Diplomarbeit
Italien	Medico di medicina generale; Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin	3 Jahre, davon 44 Wo Allgemeinm. 30 Wo Innere, 2-8 Wo div. Fächer, ca 500 Std. theoret. Unterricht	3	850 € „Stipendium“ (Provinz)	Mündliche staatliche Prüfung
Niederlande	Huisarts	6 Mo Notfallmedizin, 3 Mo Psychiatrie, 3 Mo Pflegeheim, 24 Mo Praxis, 1 Tag pro Woche Uni.	3	2300 € (staatl. Stiftung für Allgemeinmedizinische Weiterbildung)	2 x jährlich schriftliche und praktische Prüfungen, kontinuierliches Portfolio
UK	General Practitioner	2 „Foundation years“ (vergleichbar „common trunk“, aber struktur. Ausb., dann 3 Jahre GP-training, davon 1,5 Jahre in einer GP-practice	5	3400-4350 € (National Health Service)	Prüfungen nach jedem Abschnitt für Certificate of Completion of Training (CCT), abschl. MRCP exam. bestehend aus Applied Knowledge Test (AKT) und Clinical Skills Assessment (CSA)
Dänemark	Speciallæge i almen medicin	1 Jahr Turnus, davon 6 Mo Allgemeinpraxis (für alle!), dann 2 J. Praxis, je ½ J. Innere, Chir., Päd., Gyn. u. Psych. im Spital	5,5	6000-8000 € (Staat bzw. Region)	Diverse Prüfungen

* zwölf Monatsgehälter pro Jahr. Maximale Förderungsdauer 5 Jahre.

In Österreich, Deutschland, der Schweiz und Frankreich besteht freie Fachrichtungswahl für die Patient*innen, das heißt, die/der Patient*in kann selbst

entscheiden, ob sie/er wegen bestehender Beschwerden eine Hausärzt*in oder Fachärzt*in aufsuchen möchte. In den Niederlanden, in Großbritannien, in Italien und in Dänemark liegt eine hausarztzentrierte Versorgung vor. In diesen Ländern müssen sich alle Bürger*innen in die Liste eines/einer Hausärzt*in eintragen und können Fachärzt*innen nur mit hausärztlicher Überweisung in Anspruch nehmen [7]. In Deutschland gibt es seit 2004 diverse Modellprojekte zur hausarztzentrierten Versorgung. Es besteht zwar keine Pflicht für Patienten, an der hausarztzentrierten Versorgung teilzunehmen, aber viele Versicherte akzeptieren ein Gatekeeping-System und beurteilen die hausarztzentrierte Versorgung positiv [10].

Bezüglich der allgemeinmedizinischen Ausbildungsdauer und –inhalte unterscheiden sich hausarztzentrierte Gesundheitssysteme nicht prinzipiell von solchen mit freier Fachrichtungswahl [8].

Die Vorteile einer hausarztzentrierten Versorgung wurden zuerst von der Arbeitsgruppe um Barbara Starfield eindrücklich gezeigt [11]. Eine starke Primärversorgung gilt inzwischen als wünschenswerter Standard für jedes Gesundheitssystem. Dies garantiert nicht nur hohe Qualität, sondern auch Versorgungsgerechtigkeit und Kosteneffektivität [12,13]. Gerade für Österreich werden hier Defizite aufgezeigt [14].

Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige und effiziente hausärztliche Versorgung ist eine entsprechend hochwertige Ausbildung der Allgemeinmediziner*innen. In Deutschland wurden aus diesem Grund seit etwa 2015 flächendeckend Kompetenzzentren für Allgemeinmedizin eingerichtet, die gemeinsam von der kassenärztlichen Vereinigung und den universitären Abteilungen für Allgemeinmedizin betrieben werden und eine qualitativ hochwertige Ausbildung durch Seminare, Mentoring und kontinuierliches Monitoring der Ausbildung sicherstellen sollen [15]. Jedes der 13 derzeit bereits existierenden Kompetenzzentren wird zur Umsetzung seiner Aufgaben mit einer Basisfinanzierung von 200.000 € pro Jahr gefördert. Zudem steht bundesweit eine zusätzliche leistungsabhängige Finanzierung von 3,8 Mio. € zur Verfügung, die nach eingeschriebenen Ausbildungsärzten ausbezahlt wird [16]. Für die Kompetenzzentren besteht also ein erheblicher finanzieller Anreiz, Ausbildungsärzte für Allgemeinmedizin zu gewinnen.

4 Situation in Österreich

Die seit Juni 2015 geltende neue Ärzteausbildungsordnung in Österreich beinhaltet derzeit eine Basisausbildung von neun Monaten zur Vermittlung der grundlegenden Kompetenzen in konservativen und chirurgischen Fächern, gefolgt von einer Ausbildung im Fach Allgemeinmedizin von 33 Monaten, davon 27 Monate im Spital und sechs Monate in einer von der Ärztekammer bewilligten allgemeinmedizinischen Lehrpraxis, Lehrgruppenpraxis oder einem für Allgemeinmedizin anerkannten Lehrambulatorium [17]. Abschließend ist die Prüfung zum Arzt für Allgemeinmedizin zu absolvieren (Jus practicandi Prüfung). Derzeit beträgt die Ausbildungsdauer demnach 42 Monate oder 3,5 Jahre. Eine Verlängerung der Lehrpraxiszeit um jeweils weitere drei Monate ist für 2023 und 2027 vorgesehen. Die Gesamtausbildungszeit wird dann 48 Monate betragen und damit dem EU-Durchschnitt von 54 Monaten fast angepasst. Die Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin ist für die Gestaltung des Curriculums zuständig. Mit der Durchführung der Arztprüfung wurde die Österreichische Akademie der Ärzte betraut.

Die derzeitige Struktur der Ärzteausbildungsordnung und ihre Implementierung bringen verschiedene Herausforderungen mit sich, wie aus der Schilderung persönlicher Erfahrungen zahlreicher Betroffener hervorgeht, die lediglich mögliche Probleme aufzeigen will ohne Anspruch auf Repräsentativität zu erheben [18]:

- Durch das fast zeitgleich implementierte Krankenanstaltenarbeitszeitgesetz haben sich die Anwesenheitszeiten der Ärzte und Ärztinnen reduziert und die Arbeitsverdichtung erhöht [19]. Die erfahrenen Kollegen können die Assistenzärzte neben dem immer mehr werdenden Arbeitsaufwand nur am Rande “mitversorgen” und haben nicht die zeitlichen Ressourcen, die spezifischen ärztlichen Fertigkeiten weiterzugeben.
- Durch mangelnde Personalausstattung und Zunahme der Bürokratisierung der Medizin werden die Assistenzärzte für Allgemeinmedizin in den großen Fachabteilungen der Krankenhäuser für pflegerische und administrative Routinetätigkeiten herangezogen, die außerhalb ihres Kompetenzbereiches liegen. Damit bleibt meist keine Zeit für die spezifischen ärztlichen Kernaufgaben wie die Visiten und Arbeit in den Fachambulanzen, und die Jungärzte können ihren Ausbildungspflichten nicht mehr nachkommen.
- Diese systemische Problematik verursacht, dass wichtige im Rasterzeugnis vorhandene Inhalte ungenügend oder kaum zu erfüllen sind. Ineffektive Qualitätskontrollen der Weiterbildungsstätten und in der Realität fehlende Konsequenzen für die schlecht bewerteten Abteilungen wie z. B. Aberkennung der Ausbildungsberechtigung, verhindern weiterhin die Adressierung der Probleme und die Findung von geeigneten Lösungsansätzen.
- Darüber hinaus konzentriert sich die derzeit spitalslastige Ausbildung der Assistenzärzte für Allgemeinmedizin auf fachspezifische Erfahrungen im Behandlungsprozess der Patienten, d. h. erst wenn eine Diagnose gestellt ist und die fachspezifische Therapie begonnen wird. Demgegenüber steht das allgemeinmedizinische fachübergreifende Denken bis zur Festlegung einer Diagnose, die aktiv erlernt werden muss. In diesem Lernprozess ist die Ausbildungszeit in Lehrpraxen, sowie Primär- und Erstversorgungseinrichtungen von zentraler Bedeutung. Dieser wird derzeit im Curriculum zu wenig Gewicht beigemessen.

5 Vorerfahrungen zur Qualitätsverbesserung der allgemeinmedizinischen Ausbildung in Österreich

Überlegungen zur Verbesserung der Ausbildungssituation existieren auch in Österreich seit vielen Jahren. Dies betrifft sowohl das Medizinstudium an den Universitäten als auch die postpromotionelle Ausbildung. Während allerdings in Deutschland bereits 1966 an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg der erste Lehrauftrag für Allgemeinmedizin erteilt wurde [20], erfolgte die Einführung der Allgemeinmedizin in das Medizinstudium in Österreich erst im Jahr 1991 – also 25 Jahre später, und das obwohl einer der Pioniere der akademischen Allgemeinmedizin der Wiener Arzt Robert Braun war, der sich seit den 50er Jahren mit wissenschaftlicher Methodik in der Allgemeinmedizin befasste und schließlich 1988 ein wegweisendes Lehrbuch zum wissenschaftlichen Arbeiten in der Allgemeinmedizin veröffentlichte [21].

Inzwischen weisen immerhin vier österreichische Universitäten Abteilungen für Allgemeinmedizin auf (MedUni Wien seit 2001, Paracelsus Medizinische Universität Salzburg seit 2006, MedUni Graz seit 2015 und die Karl-Landsteiner Universität Krems seit 2019). In Innsbruck und Linz stehen die Abteilungen kurz vor der Gründung.

Im Folgenden werden zwei Initiativen vorgestellt, die als Vorreiter der prä- und postpromotionellen Ausbildung in Allgemeinmedizin in Österreich gelten und auf deren Basis neue Ausbildungskonzepte entwickelt werden können.

5.1 Präpromotionelle Ausbildung: KPJ-Exzellenzprogramm der Medizinischen Universität Wien

Die Abteilung für Allgemeinmedizin und Familienmedizin der Medizinischen Universität Wien startete 2018 gemeinsam mit der Wiener Gebietskrankenkasse (heute ÖGK) und der Stadt Wien dieses Projekt, um Studierenden der Humanmedizin die Möglichkeit zu bieten, eine intensivere Ausbildung im Fach Allgemeinmedizin zu erhalten. Auf diese Weise sollen vermehrt Absolventen für eine Fachausbildung in Allgemeinmedizin gewonnen werden, um dem hausärztlichen Nachwuchsmangel zu begegnen.

Die Studierenden absolvieren im KPJ-Exzellenzprogramm 8 bis 16 Wochen ihres KPJ-Wahl-Tertials in einer allgemeinmedizinischen Lehrordination oder in einer Lehr-PVE. Die betreuenden Ärzte nehmen an einer didaktischen Einschulung teil. Das Programm wird flankiert durch Begleitseminare, Online-Learning-Angebote und ein Mentoring durch erfahrene allgemeinmedizinische Lehrärzte. Zudem sind Hospitationen in verschiedenen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung (Suchtambulanz, ambulante Notaufnahme, Pflegeheim, soziale Einrichtungen der Stadt Wien u.a.) Teil des Ausbildungsprogramms. Die Studierenden erhalten während der Ausbildung die gleiche Aufwandsentschädigung wie Studierende, die ihr KPJ im Spital absolvieren. Die Finanzierung erfolgt durch die Stadt Wien [22].

Im ersten Projektjahr nahmen 12 Studierende an dem Programm teil. Die Evaluation fiel durchwegs positiv aus (noch unveröffentlichte Daten). Im Studienjahr 2019/2020 nehmen bereits 17 Studierende am Projekt teil. Für 2020/2021 werden 20 bis 40 Plätze in Wien und weitere Plätze nun auch in Niederösterreich angeboten. Hier erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit dem Kompetenzzentrum für Allgemein- und Familienmedizin der Karl-Landsteiner-Universität Krems. Eine Ausweitung auf andere Bundesländer für Studierende der MedUni Wien ist geplant.

5.2 Postgraduelle Ausbildung: Salzburger Initiative Allgemeinmedizin

Bereits vor 10 Jahren begann man sich an der Paracelsus Universität Salzburg in Zusammenarbeit mit der Salzburger Gesellschaft für Allgemeinmedizin und der Salzburger Ärztekammer Gedanken zur Verbesserung der postgraduellen Ausbildung zu machen, was 2012 zur Gründung der Salzburger Initiative Allgemeinmedizin führte [23].

Das Programm sah im damals noch 3-jährigen Turnus eine verpflichtende, sechs Monate dauernde Ausbildungszeit in einer allgemeinmedizinischen Lehrpraxis vor und war damit Vorreiter für die Ausbildungsreform 2015. Die gesamte Ausbildung wurde durch ein Seminar- und Mentoringprogramm begleitet.

Die Evaluation (noch unveröffentlicht) fiel sowohl von Seiten der Teilnehmer*innen als auch seitens der Lehrärzt*innen außerordentlich positiv aus. Ca. 60% der Absolvent*innen übernahmen mittlerweile eine allgemeinmedizinische §2-Ordination oder haben dies in nächster Zeit vor. Allerdings können nur 20% der Absolvent*innen sich auf Dauer eine Einzelpraxis vorstellen.

6 Lernziele einer qualitativ hochwertigen allgemeinmedizinischen Ausbildung

Allgemeinmedizinische Ausbildung beginnt im Studium. Diese erfolgt derzeit nur in unzureichendem Maße. Beispielsweise ist es an der Medizinischen Universität Wien nach wie vor möglich, das Medizinstudium abzuschließen ohne jemals in einer allgemeinmedizinischen Ordination gewesen zu sein. An einer entsprechenden Neustrukturierung und Verbesserung des Curriculums wird derzeit intensiv gearbeitet.

Als Vorlage für eine gute universitäre allgemeinmedizinische Ausbildung, aber auch für die Vertiefung der Lerninhalte in der postgraduellen Ausbildung kann der jüngst erschienene klinische Lernzielkatalog dienen, der gemeinsam von MedUni Graz, MedUni Innsbruck, JKU Med Linz und MedUni Wien erarbeitet wurde [24] (siehe 6.1). Einen weiteren wichtigen Baustein bildet die bestehende Ausbildungsordnung für Allgemeinmediziner aus dem Jahre 2015, in der wesentliche Lernziele formuliert sind [17,25] (siehe 6.2). Ergänzt werden soll das in ÖQAM eingesetzte Curriculum durch innovative Aspekte (siehe 6.3) und Impulse aus dem Ausland (siehe 6.4).

6.1 Klinischer Lernzielkatalog Österreichs

Der Klinische Lernzielkatalog Österreichs [24] weist ein eigenes Kapitel Allgemeinmedizin auf, das in Tabelle 2 dargestellt ist.

Tabelle 2: Kapitel Allgemeinmedizin des Klinischen Lernzielkatalogs

Allgemeinmedizin					
Nummer	Lernziel	Lern-tiefe ¹	Level ²	G ³	Fächer
ALM001	Ärztin/Arzt-Patientin/Patient-(Angehörigen-)Kommunikation in unterschiedlichen Settings (z.B. am Telefon) mit unterschiedlichen Gesprächstechniken (z.B. aktives Zuhören, SPIKES-Modell) und Reflexion / Kommunikation als therapeutische Intervention)	2	DT	G	Allgemeinmedizin, Medizinische Psychologie
ALM002	Ärztliche Grundhaltung und Ethik (z.B. kultursensible Kommunikation)	1		G	Allgemeinmedizin
ALM003	Bedeutung pflegender Angehöriger und Maßnahmen zu deren Unterstützung	2	DPT	G	Allgemeinmedizin
ALM004	Behandlung multimorbider Patientinnen/Patienten unter Berücksichtigung von Adhärenz und Polypharmazie	2	DPT	G	Allgemeinmedizin
ALM005	Bewusstsein über Möglichkeiten, Sinnhaftigkeit und Grenzen von Präventionsmaßnahmen (Primär-/ Sekundär-/ Tertiär-/ Quartärprävention, Verhaltens-/ Verhältnisprävention)	2	DPT	G	Allgemeinmedizin
ALM006	Das ganzheitliche Gesundheits-Modell ("biopsychosoziales Modell")	1	D	G	Allgemeinmedizin, Medizinische Psychologie, Sozialmedizin/Public Health
ALM007	Definition des Begriffs Familienmedizin und Genogramm	1		G	Allgemeinmedizin
ALM008	Definitionen (Allgemeinmedizin, Hausarztmedizin und Grundbegriffe der allgemeinmedizinischen Fachsprache)	1		G	Allgemeinmedizin

Allgemeinmedizin (Fortsetzung)					
ALM009	Der spezielle Stellenwert der Geriatrie in der Allgemeinmedizin (inklusive spezifischer Diagnose- & Therapiemethoden)	2	DPT	G	Allgemeinmedizin
ALM010	Determinanten von Gesundheit in der Gemeinde und Gesundheitsziele von Gemeinden laut WHO-Agenda	1		G	Allgemeinmedizin
ALM011	Die 5-Sinne-Diagnostik bzw. Methoden der Basisdiagnostik	2	DEP	G	Allgemeinmedizin
ALM012	Die Arbeitsweise der Allgemeinmedizin und ihre spezifische Nomenklatur (spezifische Diagnosefindung inklusive Schema nach Braun)	1		G	Allgemeinmedizin
ALM013	Die biopsychosoziale Bedeutung des familiären Umfelds und seine Einbeziehung in die ärztliche Betreuung, sowie die darauffolgende Bedeutung einer Familienanamnese	2	DPT	G	Allgemeinmedizin
ALM014	Die Fähigkeit sowohl interdisziplinär als auch individuumszentriert zu denken	1		G	Allgemeinmedizin
ALM015	Die Koordinationsfunktion der Hausärztinnen/Hausärzte in der Patientinnen-/Patientenversorgung in Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen, Gesundheitsberufen und sozialen Einrichtungen ("der HA/die HÄ als Begleiterin/Begleiter durch das Gesundheitssystem", inklusive korrektem Ausstellen von Überweisungen)	1		G	Allgemeinmedizin
ALM016	Erweiterte Erste Hilfe durch den Hausarzt/die Hausärztin	2	DET	G	Allgemeinmedizin
ALM017	Förderung der öffentlichen Gesundheit (Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung und Maßnahmen für die Förderung von Präventionsmaßnahmen in der Allgemeinmedizinischen Praxis (z.B. Gesundheitsförderung in definierten Umgebungen wie Schulen und Gemeinden))	1		G	Allgemeinmedizin, Sozialmedizin/Public Health
ALM018	Funktion (integrativ/mehrdimensional, allgemeinmedizinisch/sozialmedizinisch), Arten und Organisation von Hausbesuchen	1		G	Allgemeinmedizin
ALM019	Gendermedizin	1		G	Allgemeinmedizin
ALM020	Gesundheitsbildung & -förderung von Patientinnen/Patienten, Angehörigen, anderen Gesundheitsberufen und der Öffentlichkeit	2	P	G	Allgemeinmedizin
ALM021	Gewalterfahrungen von Patientinnen/Patienten (persönlich, strukturell, ärztlich) und ihre jeweiligen Gegenmaßnahmen	1		G	Allgemeinmedizin
ALM022	Grundlagen des österreichischen Gesundheitssystems und der sozialen Versicherungssysteme hinsichtlich Struktur, Organisation und Finanzierung	1		G	Allgemeinmedizin
ALM023	Identifikation geeigneter Wissensquellen, kritische Bewertung von Informationen bzw. deren Quellen und Interpretation aus der verfügbaren Evidenz	2	DT	G	Allgemeinmedizin
ALM024	Impfstatus und reisemedizinische Beratung	2	PT	G	Allgemeinmedizin
ALM025	Integration der medizinischen, sozialen und psychischen Hilfen für Patientinnen/Patienten, und die Zusammenarbeit mit Fachärzten sowie stationären und ambulanten medizinischen bzw. sozialen Einrichtungen (Integrationsfunktion der Hausärzte)	1		G	Allgemeinmedizin
ALM026	Kommunikation und Umgang mit Gesunden (Vorsorge) und Kranken aller Altersstufen	2	DPT	G	Allgemeinmedizin
ALM027	Langzeitbegleitung und interdisziplinäre Versorgung von Patientinnen/Patienten mit chronischen und unheilbaren Erkrankungen (Palliativmedizin inklusive Lebensqualität, beeinflussende Faktoren und Therapieziele)	1		G	Allgemeinmedizin
ALM028	Langzeitbetreuung in Gesundheit und Krankheit über den Lebenslängsschnitt	1		G	Allgemeinmedizin, Medizinische Psychologie
ALM029	Menschen mit besonderen Bedürfnissen und deren Angehörige (Definition, häufige Krankheitsbilder, Umgang, Integrationsförderung und die umfassende Betreuung)	2	DT	G	Allgemeinmedizin
ALM030	Möglichkeiten und Grenzen der Labordiagnostik in der Allgemeinmedizin	1		G	Allgemeinmedizin, Labormedizin
ALM031	Organisation in Notfallsituationen im österreichischen Gesundheitssystem	1		G	Allgemeinmedizin, Orthopädie und Traumatologie

Allgemeinmedizin (Fortsetzung)					
ALM032	Partizipative Entscheidungsfindung mit Patientinnen/Patienten und ggf. Familienangehörigen ("shared decision making", "informed consent")	2	T	G	Allgemeinmedizin
ALM033	Patientinnen-/Patientenwille & Patientinnen-/Patientenverfügung	1		G	Allgemeinmedizin
ALM034	Praxisorganisation, Logistik, ökonomisches Denken und Handeln, Finanz- & Personalwesen, Datenschutz & Schweigepflicht, betriebswirtschaftliche Kenntnisse, administrative Abläufe (z.B. Abrechnung), ein Praxisteam führen, Gesetzeskunde	1		G	Allgemeinmedizin
ALM035	Problem- bzw. symptomorientierte Anamnese	2	D	G	Allgemeinmedizin
ALM036	Psychischer & Physischer Selbstschutz	2	P	G	Allgemeinmedizin
ALM037	Psychoziale Krisensituation	1		G	Allgemeinmedizin, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
ALM038	Qualitätssicherung & -förderung (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) / Dokumentation und Informationstechnologien (einschließlich elektronischer Patientinnen-/Patientenakte) / Mindeststandards und Fehlermanagement	1		G	Allgemeinmedizin
ALM039	Rechtliche und organisatorische Grundlagen der Krankschreibung	1		G	Allgemeinmedizin
ALM040	Rezeptverordnungen unter der Berücksichtigung der gesetzlichen Voraussetzungen	2	T	G	Allgemeinmedizin
ALM041	Sichere Todeszeichen (Feststellen des Todes, Behandlungsschein, Totenschein)	1		G	Allgemeinmedizin, Anästhesiologie und Intensivmedizin, Orthopädie und Traumatologie
ALM042	Spezifische Problemlösungsfähigkeiten bei frühen, undifferenzierten Problemen in Hinblick auf die Fälleverteilung (Epidemiologie) einer allgemeinmedizinischen Praxis	2	DT	G	Allgemeinmedizin
ALM043	Spezifika der Pharmakotherapie im Primärvorsorgungsbereich (inklusive ökonomischer Aspekte wie Polypharmazie, Koordination, Interaktionen)	2	PT	G	Allgemeinmedizin
ALM044	Spezifika im Primärvorsorgungsbereich (Erstkontakt, unselektiertes Patientenkollektiv, Gatekeeping)	2	DT	G	Allgemeinmedizin
ALM045	Spezifika, methodische Grundlagen, Versorgung und Häufigkeiten allgemeinmedizinischer Notfälle	2	DET	G	Allgemeinmedizin
ALM046	Strukturierte präventive Betreuung und Gesundheitsförderungsmaßnahmen in der hausärztlichen Praxis (z.B. MKP, VU, REHA, Kur, Disease-Management-Programme)	1		G	Allgemeinmedizin
ALM047	Tauglichkeitsuntersuchungen (z.B. für Beruf und Sport)	1		G	Allgemeinmedizin, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
ALM048	Unterschiedliche Versorgungsebenen (Laiensystem, Primärvorsorgung, Ambulanzen, Sekundärvorsorgung, Tertiärvorsorgung)	1		G	Allgemeinmedizin
ALM049	Verständnis von Altern als einen biopsychosozialen Prozess über die Lebensspanne (Defizit- und Kompetenzmodell, Vielfältigkeit des Alterns - normal, krankhaft, optimal)	2	DEPT	G	Allgemeinmedizin
ALM050	Zielgerichteter hypothesenorientierter Untersuchungsgang	2	DEP	G	Allgemeinmedizin

¹ Lerntiefe 1 = Die Medizinerin/der Mediziner hat grundlegende, theoretische Kenntnisse, Lerntiefe 2 = Die Medizinerin/der Mediziner hat bereits eine klinische Fertigkeit und Routine entwickelt.

² Level D = Diagnose, Level E = Emergency/Notfall, Level P = Prävention, Level T = Therapie

³ G = General Practice – relevantes Problem der Allgemeinmedizin

Neben dem Kapitel Allgemeinmedizin werden für die Allgemeinmedizin relevante Themen und Problemfelder der diversen Sonderfächer in den jeweiligen Kapiteln durch den Buchstaben „G“ gekennzeichnet.

Der Lernzielkatalog, der in erster Linie für den universitären Gebrauch konzipiert wurde, kann durchaus auch für den Einsatz in der postgraduellen Ausbildung in

Allgemeinmedizin herangezogen werden. Die Lerntiefe ist hier meist von Level 1 auf Level 2 anzuheben.

6.2 Lernzielkatalog Ausbildung Allgemeinmedizin

Als weiterer Katalog von allgemeinmedizinischen Lernzielen sollten die in den existierenden Rasterzeugnissen definierten Inhalte der Österreichischen Ärztekammer nach der Ausbildungsordnung von 2015 [17,25] herangezogen werden, auf die hier nicht näher eingegangen wird. Dieser Katalog muss sicher unter Berücksichtigung der neueren verfügbaren Instrumente wie z.B. der Lernzielkatalog überarbeitet werden. Ein Auszug der Anlage 1.B.1 der Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt, sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse, Prüfungszertifikate und Ausbildungsbücher (KEF und RZ-V 2015) [25] ist in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Auszug aus der Ausbildungsverordnung 2015 der Österreichischen Ärztekammer

	Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten
1.	Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Praxisorganisation einer allgemeinmedizinischen Praxis oder Gruppenpraxis
2.	Fertigkeiten in der hausarztspezifischen Kommunikation
3.	Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der allgemeinmedizinischen Diagnostik
4.	Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der allgemeinmedizinischen Therapie; symptomorientierte Soforttherapie
5.	Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Betreuung chronisch kranker und multimorbider Patient*innen
6.	Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Bereich Koordination und Integration
7.	Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung
8.	Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Bereich psychosoziale Betreuung
9.	Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Bereich Familienmedizin
10.	Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Bereich Geriatrie
11.	Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Bereich Palliativbetreuung
12.	Kenntnisse im Bereich der Erstellung von Zeugnissen, Attesten
13.	Einschlägige Rechtsvorschriften für die Ausübung des ärztlichen Berufes, insbesondere betreffend das Sozial-, Fürsorge- und Gesundheitswesen, einschließlich entsprechender Institutionenkunde des österreichischen Gesundheitswesens und des Sozialversicherungssystems

Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten (Fortsetzung)	
14.	Gesundheitsökonomische Auswirkungen ärztlichen Handelns
15.	Ethik ärztlichen Handelns

6.3 Neue Herausforderungen

Den auf die Allgemeinmedizin und die Medizin generell zukommenden neuen Herausforderungen einer digitalisierten Welt, einer alternden Bevölkerung, der Entwicklungen in der Präzisionsmedizin und der zunehmenden Informationsflut, der Ärzt*innen und Patient*innen gleichermaßen ausgesetzt sind, wird die Ausbildungsordnung von 2015 nicht ausreichend gerecht. Wir haben versucht, diese Herausforderungen für ÖQAM in zusätzlichen Lernzielen abzubilden, die in Tabelle 4 stichwortartig dargestellt sind und für die zukünftige Ausbildung detailliert ausgearbeitet werden müssen.

Tabelle 4: Neue Herausforderungen an eine qualitativ hochwertige allgemeinmedizinische Versorgung

Neue Herausforderungen	
1.	Digitalisierte Medizin – elektronische Entscheidungsunterstützung
2.	Partizipative Entscheidungsfindung und Risikokommunikation
3.	Precision Medicine – personalisierte Medizin
4.	Elektronisch unterstützte Qualitätskontrolle, Umgang mit Qualitätsindikatoren, Benchmarking, Self-Audit, Kodierung
5.	Strukturierte Betreuung chronisch Kranker und Multimorbider, Disease und Case Management
6.	Interprofessionelle Kommunikation und Zusammenarbeit, Schnittstellenmanagement, hausarztzentrierte Versorgung
7.	Patientensicherheit, Medikationssicherheit, Einsatz elektronischer Tools zur Verbesserung der Patientensicherheit
8.	Klinische Pharmakologie, Management von Polypharmazie, Vermeidung inadäquater Verschreibung

6.4 Allgemeinmedizinische Ausbildungscurricula in Europa

In vielen Ländern – nicht nur in Europa – bilden die Definitionen der Allgemein- und Hausarztmedizin der World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) und der WONCA-Arbeitsgruppe EURACT (European Academy of Teachers in General Practice) die Basis der Ausbildungscurricula [26,27].

Die elf Wesensmerkmale der Allgemeinmedizin als Disziplin, die auch in der Ausbildung Berücksichtigung finden müssen, sind laut WONCA [26]:

1. Die Allgemeinmedizin stellt normalerweise den ersten medizinischen Kontaktpunkt im Gesundheitssystem dar und gewährleistet einen offenen und

unbegrenzten Zugang für alle Nutzer*innen und für alle Gesundheitsprobleme, unabhängig von Alter, Geschlecht oder anderen Merkmalen der betroffenen Person.

2. Sie nutzt die Ressourcen des Gesundheitssystems auf effiziente Weise durch Koordinierung der Betreuung, Zusammenarbeit mit anderen im Bereich der Primärversorgung tätigen Berufen, und durch das Management der Schnittstelle zu anderen Spezialgebieten, wobei sie nötigenfalls die Rolle als Interessenvertreterin von Patientenangelegenheiten übernimmt.
3. Sie arbeitet mit einem personenbezogenen Ansatz, der auf das Individuum sowie auf dessen Familie und Lebensumfeld ausgerichtet ist.
4. Sie bedient sich eines besonderen Konsultationsprozesses, der durch effektive Kommunikation zwischen Arzt*in und Patient*in den Aufbau einer Langzeitbeziehung ermöglicht.
5. Sie ist für eine durch die Bedürfnisse der Patient*innen bestimmte Langzeitbetreuung verantwortlich.
6. Sie verfügt über einen spezifischen Entscheidungsfindungsprozess, der durch die Prävalenz und Inzidenz von Krankheit in der Bevölkerung bestimmt wird.
7. Sie befasst sich gleichzeitig mit den akuten und chronischen Gesundheitsproblemen der einzelnen Patient*innen.
8. Sie befasst sich mit Erkrankungen, die sich im Frühstadium ihres Auftretens in undifferenzierter Form darstellen und möglicherweise eine dringende Intervention erfordern.
9. Sie fördert Gesundheit und Wohlbefinden durch angemessene und wirksame Intervention.
10. Sie trägt eine spezifische Verantwortung für die Gesundheit der Allgemeinheit.
11. Sie beschäftigt sich mit Gesundheitsproblemen in ihren physischen, psychologischen, sozialen, kulturellen und existenziellen Dimensionen.

Diese Merkmale werden anschaulich im sogenannten „WONCA-Baum“ dargestellt (siehe Abb. 1).

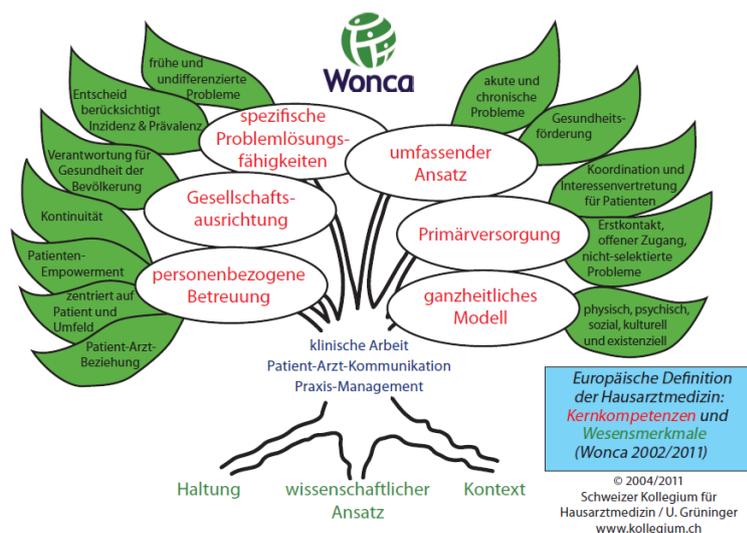


Abbildung 1: Das „Baummodell“ der europäischen Definition der Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin

Als weiteres Vorbild für die Schaffung eines neuen, umfassenden Curriculums für die allgemeinmedizinische Ausbildung wird auch das kompetenzbasierte Curriculum Allgemeinmedizin der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin herangezogen [28]. Dieses beinhaltet umfassende Empfehlungen zur Durchführung und Strukturierung der allgemeinmedizinischen Ausbildung und beinhaltet auch einen Themenkatalog, der in der Ausbildung erfüllt werden sollte.

7 Umsetzung von ÖQAM und Erreichen der Lernziele

7.1 Gesamtkoordination

Für die Gesamtkoordination einer qualitativ hochwertigen Ausbildung, wie sie im Folgenden skizziert wird, sollte ein Koordinierungs- und Kompetenzzentrum für allgemeinmedizinische Ausbildung geschaffen werden, in dem fachliche, wissenschaftliche und didaktische Kompetenzen vereint sind. Hierfür erscheint eine universitäre Abteilung für Allgemeinmedizin am ehesten geeignet.

7.2 Auswahl und medizindidaktische Fortbildung der Lehrspitäler und Spitalsärzt*innen

Für ÖQAM sollen gezielt engagierte Ausbildungsspitäler gewonnen werden. Hierfür werden die Primärärzt*innen der Spitäler von der Projektgruppe angeschrieben und eingeladen, sich an ÖQAM zu beteiligen.

Die Beteiligung als Ausbildungsspital setzt voraus:

- Benennung einer ÖQAM-Ausbildungsbeauftragten Ärzt*in pro Spital
- Bereitschaft zur Einführung eines Buddy-Systems der Ausbildung (d.h. direkte Zuordnung der auszubildenden Ärzt*in zu einer ausbildenden Ärzt*in, Implementierung einer Ausbildungshierarchie (Famula/us, Ärzt*in in Basisausbildung, Ärzt*in in Ausbildung zur/zum Allgemeinmediziner*in gleichwertig zur/zum Ärzt*in in Ausbildung zum Sonderfach, Stationsärzt*in, Oberärzt*in)
- Gleichstellung von auszubildenden Ärzt*innen für Allgemeinmedizin und auszubildenden Ärzt*innen der jeweiligen Fachdisziplin
- Verpflichtung zu wöchentlichen Ausbildungseinheiten und Bekanntgabe der Themen an das ÖQAM-Kompetenzzentrum.
- Bereitschaft zu kontinuierlicher Evaluation und Feedback
- Teilnahme der Ausbildungsbeauftragten an einem ÖQAM-Einführungs- und Didaktikseminar für Allgemeinmedizin (6 aS an einem Nachmittag/Abend; das Seminar soll insgesamt vier Mal während des ersten Projektjahres angeboten werden, um allen Beteiligten die Chance zur Teilnahme zu geben).

7.3 Auswahl und Train-the-Trainer-Fortbildung der allgemeinmedizinischen Lehrärzt*innen

Alle durch die Ärztekammer anerkannten Lehrpraxen werden angeschrieben und zur Teilnahme an ÖQAM eingeladen. Für das Pilotprojekt sollen 15 Lehrpraxen

gewonnen werden. Voraussetzungen für die Anerkennung als ÖQAM-Lehrpraxis sind:

- Anerkennung durch die Ärztekammer als Lehrpraxis für Allgemeinmedizin
- Teilnahme an einem ÖQAM-Einführungsseminar (6 aS Train-the-Trainer-Seminar an einem Nachmittag/Abend; das Seminar soll insgesamt vier Mal während des ersten Projektjahres angeboten werden, um allen Beteiligten die Chance zur Teilnahme zu geben).
- Entsprechende Räumlichkeiten für die/den Ausbildungsärzt*in
- Bereitschaft zur Mitwirkung im Mentorenprogramm von ÖQAM
- Bereitschaft zur Betreuung des ÖQAM-e-Portfolios der Auszubildenden
- Regelmäßige Teachings im Rahmen von Fallbesprechungen 1:1 in der Ordination und Dokumentation der besprochenen Fälle im e-Portfolio.

7.4 Auswahl der ÖQAM-Teilnehmer

Die Teilnahme an ÖQAM wird den Absolventen österreichischer Medizinhochschulen angeboten, die planen, eine allgemeinmedizinische Tätigkeit in Österreich aufzunehmen. Im ersten Projektdurchlauf sollen mindestens 45 Teilnehmer ausgewählt werden, die gestaffelt in das Projekt eintreten (15 pro Jahr für 3 Jahre). Eine anschließende Fortführung des Projekts mit weiterer Steigerung der Teilnehmerzahl ist nach einer positiven Evaluation vorgesehen. Sollte die Zahl der Bewerber die Zahl der Plätze übersteigen, findet ein Auswahlverfahren statt. Die Auswahl wird in einem noch zu definierenden Bewerbungsverfahren durch ein Gremium aus Vertretern des Kompetenz- und Koordinierungszentrums (siehe 7.1), der Sozialversicherung, der Ärztekammer und der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin getroffen.

7.5 Seminarprogramm

Über die gesamte Ausbildungszeit von 3,5 Jahren werden 8 ganztägige Seminare pro Jahr angeboten, insgesamt also 28 Seminartage. Bei der Konzeptumsetzung muss entschieden werden, durch welche Institution das Seminarprogramm im Detail ausgestaltet, angeboten und organisiert wird. Am ehesten geeignet scheint hier eine universitäre Abteilung für Allgemeinmedizin.

In diesen Seminaren sollen wichtige Lerninhalte vermittelt werden, die aufgrund der Fächerauswahl und der speziellen Lernsituation in Spital und Praxis nicht ausreichend abgedeckt werden. Die Themenvorschläge für diese Seminartage sind in Tabelle 5 aufgeführt. Hier werden mehr als 28 Themen vorgeschlagen. Bei der finalen Umsetzung des Projekts muss entschieden werden, ob alle Themen angeboten werden und die Teilnehmer selbst eine Auswahl treffen können, um auf 28 Seminartage zu kommen, oder ob die Themen entsprechend gekürzt werden, um mehrere Themen an einem Seminartag zu unterrichten.

Tabelle 5: Themen des ÖQAM-Seminarprogramms

Nr	Themen (Auswahl/Vorschläge – eine weitere, detaillierte Ausarbeitung muss im Rahmen der Projektumsetzung vorgesehen werden)	aS*
1	Einführung in die allgemeinmedizinische Tätigkeit, Aufgaben der Allgemeinmedizin, allgemeinmedizinische Arbeitsstrategie	8
2	Bewegungsapparat und Beschwerden des Bewegungsapparats 1 (Hand, Handgelenk, Ellbogen, Schulter, Fuß, Sprunggelenk, Kniegelenk, Hüftgelenk)	8
3	Bewegungsapparat und Beschwerden des Bewegungsapparats 2 (HWS, BWS, LWS, Iliosakralgelenke, unkomplizierte und spezifische Kreuzschmerzen)	8
4	Rationale allgemeinmedizinische Diagnostik; Indikationsstellung für weiterführende Diagnostik und Überweisung zum Facharzt	8
5	Geriatric, Palliativmedizin und Sterbebegleitung	8
6	Neue Herausforderungen: Digitalisierung, Telemedizin, Präzisionsmedizin	8
7	Allgemeinmedizinische Therapieprinzipien	8
8	Evidenzbasierte Medizin, Leitlinien und Point-of-Care-Tools (z.B. EbM-Guidelines)	8
9	Arbeits- und Umweltmedizin	8
10	Schmerztherapie in der Allgemeinmedizin	8
11	Psychische Gesundheit und Psychosomatik	8
12	Balint-Seminar, Empowerment, Selbsterfahrung	8
13	Pädiatrie in der allgemeinmedizinischen Versorgung	8
14	Rationale, evidenzbasierte Pharmakotherapie – Einführung in den EKO	8
15	Qualität und Qualitätskontrolle ärztlicher Arbeit – Kodierung von Diagnosen – Definition von Qualitätsindikatoren	8
16	Diabetes mellitus in der Allgemeinmedizin – Einführung in das Disease Management Programm Therapie aktiv	8
17	Chronic Care, Disease- und Case-Management als Instrument der Qualitätsverbesserung	8
18	Salutogenese, Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention – Lebensstilintervention, Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung nach Prochaska	8
19	Gesundenuntersuchung, Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen	8
20	Polypharmazie und Multimorbidität	8
21	Herz, Kreislauf, Thorax	8
22	Abdomen und abdominale Beschwerden	8

Nr	Themen (Fortsetzung)	aS*
23	Neurologie in der Allgemeinmedizin, Demenz, Parkinson, Schlaganfall, Epilepsie	8
24	HNO in der Allgemeinmedizin, Schwindel	8
25	Sozialmedizinische Versorgung, Pflegebedürftigkeit, Behinderung	8
26	Gesundheitsökonomie und ärztliche Ethik	8
27	Grundlagen des österreichischen Gesundheitssystems und der sozialen Versicherungssysteme hinsichtlich Struktur, Organisation, Finanzierung und Organisationsformen	8
28	Gründerservice der WKO, §2-Praxis als Unternehmen, Kassenabrechnung, kleine Kassen	8
29	Praxisführung, Mitarbeiterführung, Zeitmanagement, Personalplanung	8
30	Arzt-Patienten-Kommunikation, Partizipative Entscheidungsfindung, Compliance und Adhärenz	8

* aS = akademische Stunden

7.6 Mentoring-Programm

Aus je fünf auszubildenden Ärzt*innen und einer/einem erfahrenen Lehrärzt*in werden Mentorengruppen gebildet. Die Mentor*innen/Lehrärzt*innen erhalten eine einführende Mentoring-Fortbildung an einem Nachmittag/Abend (6 aS). Diese Fortbildung wird kombiniert mit dem Train-the-trainer-Seminar unter 7.3. Das Mentoring soll während der gesamten Ausbildungszeit stattfinden:

- Mentoring-Treffen 1,5 Std. (2 aS) 8 Mal pro Jahr
- Mentoring-Inhalte:
 - Ausbildungsqualität in Klinik und Lehrpraxis
 - Fälle aus Klinik und Praxis / Ausbildungs-Portfolio
 - Probleme in der Ausbildung
 - Berufsperspektive Hausarzt

Die Mentoring-Sitzungen werden von Mentoren und Mentees eigenverantwortlich geplant und durchgeführt. Kurzprotokolle der Mentoring-Sitzungen sollen im e-Portfolio (siehe 7.7) dokumentiert werden.

7.7 e-Portfolio

Zur Vertiefung der Lerninhalte während der gesamten Ausbildung wird ein e-Portfolio entwickelt, das von allen auszubildenden Ärzt*innen verpflichtend zu führen ist und von den Lehrärzt*innen in Spital und Praxis regelmäßig vidiert und mit den Auszubildenden diskutiert wird. Eine abschließende Bestätigung der erfüllten Ausbildungsinhalte soll durch die Mentor*innen erfolgen. Das e-Portfolio beinhaltet insbesondere:

- regelmäßige strukturierte Falldokumentationen während der klinischen Ausbildung
- strukturierte Falldokumentation, Lernziele und Problemfelder in der Lehrpraxis

- Vertiefte Dokumentation von Seminarthemen
- Dokumentation von erreichten Lernzielen und Fertigkeiten
- Kurzprotokolle der Mentoring-Sitzungen.

Das Portfolio dient auch als Leitfaden für die klinische Ausbildung und die Ausbildung in der Lehrpraxis und ist Thema der Mentoring-Gespräche. Auch Seminarinhalte werden im Portfolio vertiefend aufbereitet.

7.8 Hospitation im europäischen Ausland

Ergänzend zur Ausbildung in Österreich soll im Rahmen des Modellprojektes allen ÖQAM-Teilnehmer*innen eine Hospitation im europäischen Ausland ermöglicht werden, um andere Gesundheitssysteme und Arbeitsweisen kennen zu lernen und diese Erkenntnisse anschließend in Österreich einzubringen. Die Teilnahme an einer Hospitation ist optional und wird durch ein (Teil-)Stipendium gefördert. Hierfür werden vom Kompetenzzentrum des ÖQAM-Projekts anerkannte Ausbildungsstätten für Allgemeinmedizin bevorzugt in Ländern mit starker Primärversorgung und hausarztzentriertem Listensystem (UK, Niederlande, Skandinavien, Spanien) geworben. Folgende Eckdaten zur Auslandshospitation sollen gegeben sein:

- 4-wöchige Teilnahme an der allgemeinmedizinischen Versorgung
- Regelmäßige Falldokumentationen im e-Portfolio, Herausarbeiten der Unterschiede in der Versorgung im Vergleich zu Österreich
- Ein Seminartag Vorbereitungsseminar
 - Allgemeinmedizinische Ausbildung in Europa
 - Was erwartet mich in.....
 - Ziele der Hospitation, Portfolio-Lernen, Falldokumentation
- Ein Seminartag Nachbereitungsseminar
 - Evaluation und Feedback über die Hospitation (hieraus sollte entweder ein schriftlicher Abschlussbericht oder eine Präsentation (Vortrag) für andere an einer allgemeinmedizinischen Ausbildung Interessierte entwickelt werden)
 - Diskussion mitgebrachter e-Portfolio-Dokumentationen
 - Was bringe ich nach Österreich mit.....

8 Zeitschiene

In das Projekt ÖQAM sollen ab Herbst 2020 über drei Jahre in jährlichem Abstand je 15 Ausbildungsärzt*innen aufgenommen werden. ÖQAM setzt sich aus einer Vorbereitungsphase (6 Monate), der aktiven Ausbildungsphase (insgesamt 5,5 Jahre) und einer Evaluationsphase (6 Monate) zusammen. Die Gesamtprojektlaufzeit beträgt 6,5 Jahre. Die Zeitschiene für die einzelnen Auszubildenden ist in Tabelle 6 dargestellt und beträgt 3,5 Jahre (drei Jahre Spitalsausbildung und 6 Monate Lehrpraxis) plus optional 4 Wochen Auslandshospitation.

Tabelle 6: Zeitschiene der Ausbildung in ÖQAM

Halbjahre	Ausbildungsabschnitt	Seminare	Mentoring
1	Basisausbildung	4	
2		4	
3	Klinische Rotationen	4	
4		4	
5		4	
6		4	
7	Lehrpraxis	4	

Auslandsaufenthalt:

Vier Wochen	Auslandshospitation	2
-------------	---------------------	---

9 Budget-Forecast

Die in Tabelle 7 dargestellte Kostenschätzung beinhaltet die Erstellung eines detaillierten Ausbildungskonzepts, die Entwicklung und Durchführung der Seminare und des e-Portfolios, die Auswahl und Vorbereitung der Lehrspitäler, die Auswahl und Betreuung der Lehrpraxen sowie das Mentoring und die abschließende Projektevaluation. Kosten der Lehrpraxis und der Auslandshospitationen sind nicht enthalten.

Tabelle 7: ÖQAM-Kostenschätzung

Pos.	Item	€ Kosten gesamt in 78 Monaten (45 Teilnehmer)	€ Kosten pro Teilnehmer
1	Seminarprogramm inkl. Auslandshospitationsvor- und - nachbereitung für drei Kohorten a 15 Auszubildende (50 x 8 akademische Stunden (aS) x 90 €)	36.000	800
2	Mentoring (252 x 2 aS x 90 €)	45.360	1008
3	Lehrärzt*innen und Mentor*innen- Schulung (4 x 6 aS x 90 €)	2.160	48
4	Didaktik-Seminar für Kliniker (4 x 6 aS x 90 €)	2.160	48
5	Erstellung der Unterrichtsmaterialien und Portfoliovorlagen (pauschal)	20.000	444
6	Projektvorbereitung, Organisation, Durchführung und Evaluation (25% der Positionen 1-5)	26.420	587
Summe		132.100	2.824

Tabelle 8: Erläuterungen zur Kostenschätzung

Halbjahr	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Summe
Vorbereitung	1													
Kohorte1: 15 Ausbildungsärzt*innen		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Kohorte2: 15 Ausbildungsärzt*innen			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Kohorte3: 15 Ausbildungsärzt*innen					1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Erstellung von Unterrichtsmaterialien u. Portfoliounterlagen		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Seminare (Anzahl, 4 pro Halbjahr mit maximal 45 Teilnehmern)		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	44
Anzahl Seminarteilnehmer		15	15	30	30	45	45	45	30	30	15	15		
Seminare Auslandshospitation									2		2		2	6
Mentoring-Gruppen (Anzahl)		3	3	6	6	9	9	9	6	6	3	3		63
Mentoring-Gruppen- Treffen (Anzahl, 4 pro Gruppe pro Halbjahr)		12	12	24	24	36	36	36	24	24	12	12		252
Lehrärzt*innen-und Mentor*innen-Schulung (Anzahl)	2		2											4
Allgemeinmedizinisches Didaktikseminar für Kliniker	2		2											4
Evaluation													1	

10 Projektevaluation und Qualitätskontrolle

Das Projekt wird durch die Abteilung für Allgemein- und Familienmedizin der MedUni Wien kontinuierlich evaluiert. Hierzu werden die Teilnehmer*innen hinsichtlich der Ausbildungsqualität im Spital, in der Lehrpraxis, in den Mentoring-Sitzungen, in den Begleitseminaren und in den Hospitationen regelmäßig befragt und um Feedback gebeten. Bei eventuell auftauchenden Qualitätsdefiziten wird die Abteilung für Allgemein- und Familienmedizin der MedUni Wien in Zusammenarbeit mit dem Koordinierungs- und Kompetenzzentrum von ÖQAM anstreben, korrigierend zu intervenieren.

Zur abschließenden Beurteilung von Qualität und Erfolg des Pilotprojekts wird aus den erhobenen Daten ein jährlicher Zwischenbericht sowie nach Abschluss des Projekts ein Abschlussbericht erstellt. Sodann ist vorgesehen, ein Jahr nach Abschluss eine Evaluationsbefragung durchzuführen, um die Auswirkungen des Konzepts auf die reale Versorgungssituation zu erfassen. Eine Publikation als Best Practice Beispiel in einem wissenschaftlichen Journal mit Peer-Review sollte angestrebt werden.

11 Ausblick

Das Ziel von ÖQAM ist es, die Allgemeinmediziner*innen der Zukunft umfassend und qualitativ hochwertig auszubilden und so eine exzellente allgemeinmedizinische Versorgung der österreichischen Bevölkerung in Zeiten wachsender Anforderungen sicherzustellen und die Ausbildung für angehende MedizinerInnen attraktiver zu machen, so dass sich mehr Absolventen für die Ausbildung zum/zur Allgemeinmediziner*in entscheiden.

12 Literatur

1. Stiegler F, Jeitler K, Schirgi J, Semlitsch T, Siebenhofer-Kroitzsch A, Zipp C. Prävention eines allgemeinmedizinischen Landärztemangels [Internet]. 2017 [zitiert 2020 Jan 20]; Available from: https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/fileadmin/institute-oes/allgemeinmedizin/Publikationen/Berichte/2017/IAMEV_Praevention-AM-Landaerztemangel_final.pdf
2. Keplinger M, Koller P. Befragung von Humanmedizin-Studierenden im Abschlussjahr 2019. 2020 - nicht öffentlich verfügbar
3. Scharer S, Freitag A. Physicians' exodus: why medical graduates leave Austria or do not work in clinical practice. *Wien. Klin. Wochenschr.* 2015;127:323–9.
4. Poggenburg S, Avian A, Siebenhofer-Kroitzsch A, Berghold A, Jeitler K. Erhebung der Berufsmotivation zur Allgemeinmedizin von Studierenden und jungen Ärzt/-innen in Österreich und Deutschland [Internet]. 2020 [zitiert 2020 Jan 20]; Available from: https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/fileadmin/institute-oes/allgemeinmedizin/Publikationen/Berichte/2017/IAMEV_BMotiv-AM_final.pdf
5. Österreichische Ärztekammer. Ärztestatistik für Österreich zum 31.12.2018 [Internet]. 2019 [zitiert 2020 Jan 20]; Available from: https://www.aerztekammer.at/documents/261766/124736/OeAeK+Aerztstatistik_2018.pdf/a7504601-fae6-938d-368d-1dc224bb8118
6. ÖGAM. Masterplan Allgemeinmedizin [Internet]. 2018 [zitiert 2019 Dez 29]; Available from: <https://oegam.at/masterplan>
7. Bergmair T. Primärversorgung in Europa. *Z. Für Gesundheitspolitik* 2015;2015:112–32.
8. Maier M. Facharzt für Allgemeinmedizin – Chance oder Gefahr? Option oder Notwendigkeit? *Z. Für Gesundheitspolitik* 2017;2017:11–26.
9. Riedler K. Ausbildung zum Allgemeinmediziner im Vergleich. *Z. Für Gesundheitspolitik* 2017;2017:59–72.
10. Höhne A, Jedlitschka K, Hobler D, Landenberger M. Hausarztzentrierte Versorgung in Deutschland. Der Hausarzt als Lotse? *Gesundheitswesen* 2009;71:414–22.
11. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83:457–502.
12. Zarbailov N, Wilm S, Tandeter H, Carelli F, Brekke M. Strengthening general practice/family medicine in Europe—advice from professionals from 30 European countries. *BMC Fam. Pract.* 2017;18:80.

13. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gac. Sanit. 2012;26 Suppl 1:20–6.
14. Stigler FL, Starfield B, Sprenger M, Salzer HJF, Campbell SM. Assessing primary care in Austria: room for improvement. Fam. Pract. 2013;30:185–9.
15. Schnack D. Kompetenzzentren - ein Kraftakt der sich lohnt. Hausarzt 2018;2/18:20–3.
16. Ärzteblatt. Angebote der Kompetenzzentren Weiterbildung nahezu flächendeckend verfügbar [Internet]. 2017 [zitiert 2019 Dez 29]; Available from: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/86814/Angebote-der-Kompetenzzentren-Weiterbildung-nahezu-flaechendeckend-verfuegbar>
17. Österreichische Ärztekammer. Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 [Internet]. 2015 [zitiert 2020 Jan 20]; Available from: <https://www.aerztekammer.at/aeao-2015>
18. Junge Allgemeinmedizin Österreichs (JAMÖ). Ausbildungssituation für Turnusärzte in österreichischen Spitälern. Unpublizierte Gesprächsnotizen, 2020
19. Rechtsinformationssystem des Bundes. Gesamte Rechtsvorschrift für Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz, Fassung vom 14.5.2020 [Internet]. 2020 [zitiert 2020 Mai 14]; Available from: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10009051/KA-AZG%2c%20Fassung%20vom%2014.05.2020.pdf>
20. Mader F. Ein halbes Jahrhundert Allgemeinmedizin Die angewandte Heilkunde von der Funktion zum Fach [Internet]. 2016 [zitiert 2019 Dez 29]; Available from: https://www.allgemeinarzt-online.de/_storage/asset/1784357/storage/master/file/259498290/Festvortrag-FHM-Freiburg-2016.pdf
21. Braun RN. Wissenschaftliches Arbeiten in der Allgemeinmedizin. 1. Auflage.
22. Hoffmann K, Sönnichsen A. Informationen zum Exzellenzprogramm KPJ-Allgemeinmedizin der MedUni Wien [Internet]. 2018 [zitiert 2019 Dez 29]; Available from: <https://allgmed.meduniwien.ac.at/lehre/kpj/informationen-zum-exzellenzprogramm-kpj-allgemeinmedizin-wien-fuer-studierende/>
23. Dachs C, Fürthauer C, Sönnichsen A. Salzburger Initiative Allgemeinmedizin [Internet]. 2012; Available from: <https://sagam.at/salzbürger-initiative-allgemeinmedizin>
24. MedUni Graz, MedUni Innsbruck, JKU Med Linz, MedUni Wien. Klinischer Lernzielkatalog Österreichs. 2020;
25. ÖÄK. Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt, sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse, Prüfungszertifikate und Ausbildungsbücher (KEF und RZ-V 2015) [Internet].

2015 [zitiert 2019 Dez 29]; Available from:
https://www.aerztekammer.at/documents/261766/86090/KEF_RZ_VO+2015+2016_2016-12-16+konsolidiert_inkl+Anlagen.pdf/905f7c0c-cfb6-a5d4-19e0-0faa1a733c7e

26. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European Definition of General Practice/Family Medicine - Short Version 2005 [Internet]. 2005 [zitiert 2020 Jan 20]; Available from:
<https://www.woncaeurope.org/file/bae1def1-c0b9-47ef-8a3f-5a9a334ba25a/Definition%20EURACTshort%20version.pdf>
27. Michels N, Maagaard R, Scherpbier N. European Training Requirements for GP/FM Specialist Training [Internet]. 2018 [zitiert 2020 Jan 20]; Available from:
<https://euract.woncaeurope.org/sites/euractdev/files/documents/publications/official-documents/european-training-requirements-gp-fm-specialist-training-euract-2018.pdf>
28. Steinhäuser J. Kompetenzbasiertes Curriculum Allgemeinmedizin [Internet]. 2015 [zitiert 2020 Jan 20]; Available from: https://www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de/downloads/Curriculum_01-10-15.pdf