



Primärversorgungseinheiten als Arbeitsplatz

© Photographee.eu – stock.adobe.com

Können neue Versorgungs- und Zusammenarbeitsmodelle die Tätigkeit als Hausärztin oder Hausarzt im Kassensystem (wieder) als erstrebenswertes Ziel etablieren?

Die Zeiten, in denen sich unzählige Mediziner jahrelang um eine Kassenstelle angestellt haben, sind vorbei. Das Kassensystem scheint für viele Ärztinnen und Ärzte seine Attraktivität verloren zu haben. Für die allgemeinmedizinische Versorgung werden daher derzeit große Hoffnungen in Primärversorgungseinheiten (PVE) und neue Zusammenarbeitsformen gesetzt. Doch sind diese Hoffnungen berechtigt? Liegen die Probleme wirklich nur an der Struktur, oder hakt es nicht an viel grundlegenden Dingen? Können diese Modelle wirklich mehr junge Mediziner für die hausärztliche Versorgung gewinnen?

Wie attraktiv ist das Kassensystem in Österreich?

In den letzten Jahren häuften sich die Medienberichte über nicht oder nur schwer nachbesetzbare allgemeinmedizinische (und andere) Kassenstellen in

Definition – was ist eine Hausärztin bzw. ein Hausarzt?

Der Begriff Hausarzt bzw. Hausärztin ist in Österreich nicht offiziell definiert. Zumindest für diesen Artikel definieren wir in Anlehnung an die Definition von WONCA Europe aus dem Jahr 2011 Hausärztinnen und Hausärzte als jene Allgemeinmediziner, die innerhalb des Sozialversicherungssystems eine hausärztliche Rolle im Sinne einer kontinuierlichen und umfassenden Primärversorgung einnehmen [1]. Diese Rolle ist per se unabhängig von der Arbeitsform, somit sind sowohl die „klassischen“ Hausärztinnen und Hausärzte der Kassenordination gemeint wie auch Gesellschafter und Angestellte in einer Primärversorgungseinheit.

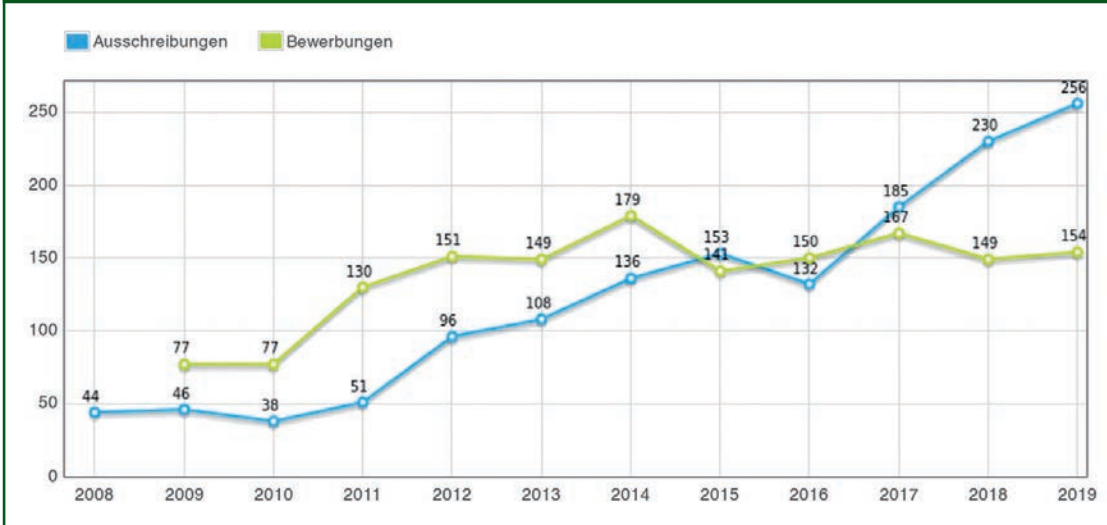
Österreich. Während diese Problematik anfangs vor allem ländliche Regionen betraf, ist sie mittlerweile auch in den Städten angekommen. So sind z. B. derzeit in Linz bereits mehrere Stellen für Allgemeinmedizin und auch für Kinder- und Jugendheilkunde österreichweit ausgeschrieben, nachdem sich in Oberösterreich keine Bewerber gefunden hatten [2]. Auch Berichte über Kassenvertragszurücklegungen aus Unzufriedenheit mit den Rahmenbedingungen finden sich unter den zahlreichen Beiträgen in lokalen und nationalen Zeitungen [3]. Systematische Arbeiten, die sich damit beschäftigen, wie sich die Anzahl derartiger Zurücklegungen in den letzten Jahren entwickelt hat und ob es sich dabei um Einzelfälle oder ein breiteres Phänomen handelt, gibt es nicht.

Die Zahlen der Ärztekammer für Oberösterreich zeigen dabei auch das Zusammentreffen zweier unterschiedlicher Probleme auf: die Kombination aus sinkendem Interesse an Kassenstellen sowie der stark gestiegenen Zahl an Ausschreibungen. So wurden bisher im Jahr 2019 mehr als fünfmal so viele Ausschreibungen gelistet wie im Jahr 2009, während sich die Bewerberzahl „nur“ verdoppelte (siehe Abbildung 1).

Kommen noch Allgemeinmediziner nach?

In den letzten fünf Jahren hat sich die Situation der postgradualen ärztlichen Ausbildung grundlegend verändert. Die europäische Mobilität hat die Abwanderung ins Ausland um zum Beispiel eine hochwertige Ausbildung zu erhalten, erleichtert und das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz hat durch die

Abbildung 1: Ausschreibungen für die Besetzung von Kassenstellen und Anzahl der Bewerbungen in Oberösterreich



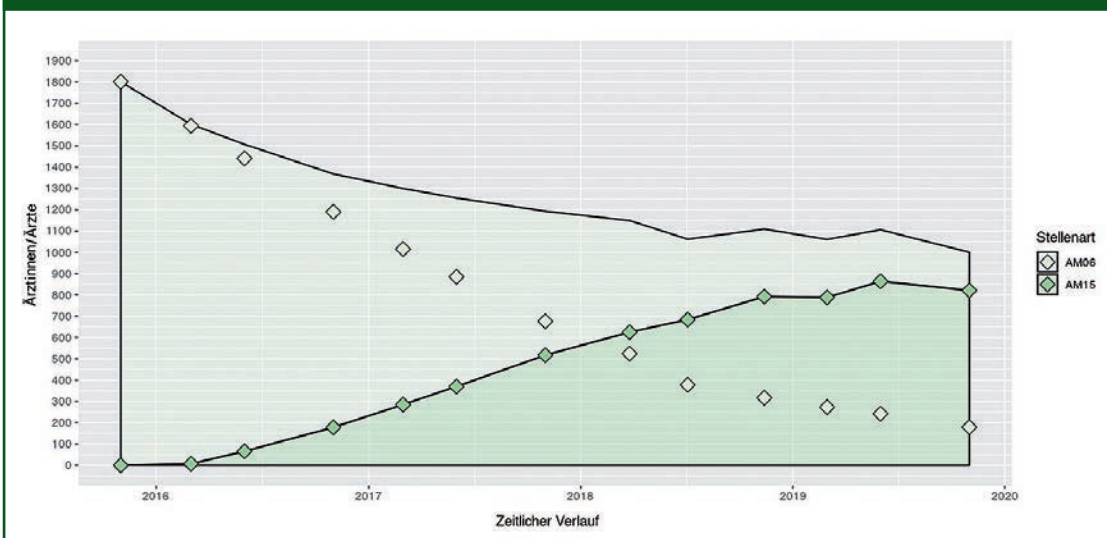
Quelle: Ärztekammer für Oberösterreich, Datenstand vom 6. Dezember 2019

Reduktion der Gesamtarbeitszeit zu einem Mehrbedarf an Ärzten geführt, der sich nur teilweise durch die bessere Umsetzung des mitverantwortlichen Einsatz von diplomiertem Pflegepersonal bei delegierbaren Tätigkeiten (z. B. intravenöse Verabreichungen) kompensieren ließ. Diese Faktoren haben zusammen mit der Ärzteausbildungsordnung vom Jahr 2015 dazu geführt, dass mehr Ärzte als früher direkt in eine Sonderfachausbildung (z. B. Chirurgie) einsteigen, anstatt, wie es davor üblich war, erst den „Turnus“ abzuschließen und dadurch die selbständige Berufsberechtigung (Ius Practicandi) als Ärztin oder Arzt für Allgemeinmedizin zu erwerben. Daraus folgte eine massive Reduktion der Zahl an Ärzten in

Ausbildung für Allgemeinmedizin um mindestens ein Drittel (siehe Abbildung 2).

Die Gesundheit Österreich GmbH schätzt den Bedarf an Allgemeinmedizinerinnen allein für den kassenärztlichen Bereich auf etwa 250 pro Jahr. Mit Stand November 2019 waren in Österreich genau 1.000 Personen in der knapp dreijährigen Ausbildung für Allgemeinmedizin. Erste Auswertungen des Ausbildungsstellenverzeichnisses zeigen aber, dass ca. 45 Prozent der Ärztinnen und Ärzte in der Allgemeinmedizinausbildung während oder nach der Ausbildung in eine Sonderfachausbildung wechseln. Umgekehrt sind es nur etwa fünf Prozent. Angenommen es schließen 75 Prozent der derzeit in Ausbil-

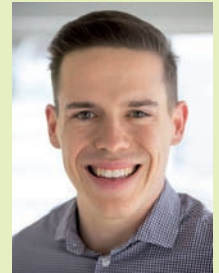
Abbildung 2: Personen in Ausbildung zur Ärztin bzw. zum Arzt für Allgemeinmedizin nach Ärzteausbildungsordnung 2015 (AM15) und 2006 oder früher (AM06) in Österreich laut Ausbildungsstellenverwaltung



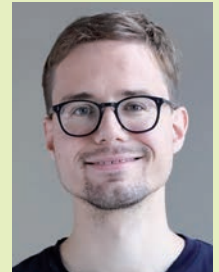
Quelle: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Aerztinnen--und-Aerzteausbildung/Aerztinnen--und-Aerztemonitoring.html>



Dr. Sebastian Huter¹ ist Vertretungsarzt für Allgemeinmedizin in Salzburg.



Richard Brodng,¹ BSc absolviert derzeit Teile seines klinisch-praktischen Jahres in einem PVE in der Steiermark.



Dr. Markus Brose¹ ist Arzt in Ausbildung Allgemeinmedizin in Niederösterreich.



Dr. Maria Wendler ist Vertretungsärztin für Allgemeinmedizin in der Steiermark.

¹ Vorstandsmitglied der Jungen Allgemeinmedizin Österreich (JAMÖ)

Die Möglichkeit zur Teamarbeit in einer PVE kann am Karrierebeginn besonders attraktiv sein.

dung befindlichen Personen diese auch ab, würde dies bedeuten, dass alle diese Personen in die hausärztliche Versorgung gehen müssten, um den Bedarf zu decken. Da es bisher nur etwa 22 Prozent waren (siehe unten), erscheint dies unrealistisch, aber natürlich könnten neue Karriereoptionen in der Allgemeinmedizin (etwa auch die Anstellung) die Attraktivität steigern und den Anteil zumindest erhöhen.

Anekdotisch wissen wir jedoch, dass die meisten Hausärztinnen und Hausärzte nicht direkt vom Studium in die postgraduale Ausbildung und unmittelbar danach in die Kassenpraxis gehen, sondern mehrere Jahre mit anderen Tätigkeiten überbrücken. Diese Latenz hat sicher mehrere Gründe:

- **Erfahrung:** Hohe Frequenzen mit nur wenig Zeit pro Patient, ein breites Spektrum an Beratungsanlässen und wenig unmittelbar verfügbare Rückfragemöglichkeiten bei Problemen machen es notwendig, dass man ein solides Vertrauen in die eigenen ärztlichen Fertigkeiten hat. Es ist ein offenes Geheimnis, dass die Allgemeinmedizinausbildung derzeit nicht die nötigen Voraussetzungen dafür schaffen kann. Nur 20 Prozent der Turnusärzte fühlen sich durch den Turnus ausreichend auf die hausärztliche Tätigkeit vorbereitet [4]. So ist es verständlich, dass viele Jungmediziner sich erst darauf fokussieren, ihre ärztlichen Fertigkeiten zu erweitern, bevor sie mit einer Kassenpraxis ein Unternehmen gründen.
- **Karriereplanung:** Die Entscheidung, eine Kassenpraxis zu eröffnen, ist eine langfristige Verpflichtung und für viele die finale Entscheidung in der Karriereplanung. Allgemeinmediziner sind oft von Natur aus sehr vielseitig interessiert. Viele wollen daher zuerst noch Erfahrung in anderen medizinischen Bereichen, zum Beispiel im Notarztwesen sammeln oder Zusatzausbildungen absolvieren, die neben einer Kassenpraxis zeitliche schwierig unterzubringen wären.
- **Lebensplanung:** Eine Kassenpraxis ist sowohl eine zeitliche wie auch eine finanzielle Investition. Sie erfordert ein Mindestmaß an Risikobereitschaft sowie eine stabile Lebensphase, in der z. B. der Wohnort langfristig feststeht. Tendenziell sind Allgemeinmediziner bei Abschluss der Ausbildung jünger als früher (kürzere Studiendauer, weniger Wartezeiten), zudem hat die Mobilität in der Gesellschaft grundsätzlich zugenommen. Es stellt sich die Frage, wie viele Personen daher mit Anfang 30 bereits eine Entscheidung für den Rest ihres Berufslebens treffen möchten.
- **Verfügbarkeit von Kassenstellen:** Zumindest bis vor einigen Jahren war die Tatsache, dass es mehr Interessenten als verfügbare Kassenstellen gab, sicher ein Grund, warum viele Ärztinnen und Ärzte sich eher später als früher oder gar nicht niederlassen



konnten. Heute ist die hohe (absehbare) Verfügbarkeit eher abschreckend – denn jede freie Stelle bedeutet eine Mehrbelastung für die besetzten Stellen.

Zusammenarbeit am Karrierebeginn

Die zuvor genannten Gründe zeigen auch schon Aspekte auf, die eine Anstellung in PVE und anderen Zusammenarbeitsformen potenziell attraktiver machen könnten: Ärzte kurz nach Abschluss der Ausbildung hätten in diesen Organisationsformen die Möglichkeit, selbstverantwortlich in ihrem (hoffentlich) zukünftigen Tätigkeitsbereich zu arbeiten. Es ist ihnen möglich, weitere Erfahrungen zu sammeln und bei Bedarf auf die Expertise der Kollegen vor Ort zurückzugreifen. In größeren Einrichtungen besteht zudem die Möglichkeit, sich mit den zusätzlichen im Team vorhandenen Gesundheits- und Sozialberufen auszutauschen und voneinander zu lernen.

So könnte die Primärversorgung zukünftig gegenüber dem Spitalsbereich auch als Arbeitgeber deutlich an Attraktivität gewinnen. Ein wichtiger Faktor für die dauerhafte Attraktivität von PVE sind Entwicklungsmöglichkeiten im Karriereverlauf. Bleiben Mediziner langfristig einer Organisation treu, erhöht sich natürlich auch die Kontinuität für die Patientenbetreuung. Während am Karrierebeginn die Sicherheit der Anstellung und der Erfahrungsgewinn im Vordergrund stehen, ist anzunehmen, dass der Wunsch nach aktiver Mitgestaltung im Unternehmen und Teilhaberschaft als Themen aufkommen werden.

Wo sind all die Allgemeinmediziner?

Einen aktuellen Überblick über die Situation der „Workforce“ in der Allgemeinmedizin lieferte Martin Sprenger kürzlich in der „Zeitschrift für Allgemein-



© Andrey Popov – stock.adobe.com

medizin“ [5]. Die Karrierewege von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern in Österreich wurden bisher leider kaum systematisch untersucht. Die Statistiken zu den Arbeitsverhältnissen der Allgemeinmediziner (Stand 31. Dezember 2018) geben nur einen groben Überblick darüber, welche Rolle diese im System einnehmen [6]. Von 14.805 Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin haben

- 3.314 (22 Prozent) eine Ordination mit §2-Kassenvertrag,
 - 6.442 (44 Prozent) sind ausschließlich angestellt,
 - 2.001 (14 Prozent) haben eine Ordination ohne Kassenvertrag,
 - 1.800 (12 Prozent) sind sowohl angestellt als auch in einer Ordination tätig,
 - 1.248 (8 Prozent) sind als Wohnsitzärzte gemeldet.
- Wenn Ärztinnen und Ärzte keinen Kassenvertrag übernehmen, wo arbeiten sie dann? Derzeit gibt es am Arbeitsmarkt ausreichend Stellenangebote in den unterschiedlichsten Bereichen. Private und öffentliche Krankenanstalten, Kur- und Rehabilitationseinrichtungen oder andere Bereiche wie der öffentliche Gesundheitsdienst oder die Arbeitsmedizin konkurrieren mit den hausärztlichen Stellen – egal ob in Einzelpraxen, Gruppenpraxen oder in der PVE – um dieselben Arbeitskräfte.

Im Jahr 2014 gab es in Österreich insgesamt 22 Prozent Wahlärztinnen bzw. Wahlärzte, davon ca. zehn Prozent reine Wahlärztinnen und Wahlärzte [7]. Inwieweit dieser Prozentsatz auch für die Allgemeinmedizin zutrifft, ist schwer abzuschätzen. Nicht zuletzt ist aber auch der Wahlarztsektor für Allgemeinmediziner immer häufiger eine Option. So gibt es in Österreich – wie oben erwähnt – bereits knapp 2.000 Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner mit Ordination, aber ohne Kassenvertrag. Verlässliche Zahlen, wie viele davon in welchem

Ausmaß wahl- oder privatärztlich tätig sind und welches Versorgungsspektrum dabei abgedeckt wird, gibt es nicht. Es ist anzunehmen, dass das Tätigkeitspektrum hier insgesamt sehr breit ist und neben Spezialisierungen wie Sportmedizin oder Reisemedizin auch viele komplementärmedizinische Leistungen angeboten werden.

All die genannten Bereiche sind für Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner mit einer entsprechenden Zusatzausbildung mögliche und je nach Rahmenbedingungen jedenfalls attraktive Betätigungsfelder. Da die Zahl der Auszubildenden in der Allgemeinmedizin stark rückläufig ist und selbst bei einer Trendumkehr mit einigen Jahren Latenzzeit zu rechnen ist, muss insbesondere auch die Gruppe der Wahlärzte als wichtige Ressource erkannt werden, aus der potenziell für die Primärversorgung rekrutiert werden kann. Dafür muss die Primärversorgung nicht nur Rahmenbedingungen anbieten können, die eine primäre Karriereentscheidung für die hausärztliche Tätigkeit attraktiv machen, sondern sogar einen Schritt weitergehen und so attraktiv sein, dass eben auch bereits in einem anderen Setting etablierte Ärztinnen und Ärzte einen Wechsel in Betracht ziehen.

Kolleginnen und Kollegen in der Wahlarztpraxis schätzen üblicherweise die gute Planbarkeit ihrer Tätigkeit und die selbst einteilbare Arbeitslast sowie die Möglichkeit, sich ausreichend Zeit für die Patienten zu nehmen. Ob sich Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner in diesen Bereichen für eine hausärztliche Tätigkeit gewinnen lassen würden und welche Anreize es dafür bräuchte, ist unklar. Nicht wenige beteiligen sich an Wochenend- und Bereitschaftsdiensten in den Bundesländern, sofern diese auch Nicht-Kassenärzten offenstehen. Akutversorgung zu Randzeiten in PVE würde auch die Möglichkeit bieten, hier erste niederschwellige Kontakte aufzubauen. Wenn die Rahmenbedingungen stimmen, kann so vielleicht der erste Grundstein für eine langfristige und umfassendere Tätigkeit in einer PVE gelegt werden.

Die Wünsche der jungen Arztkollegen

Mehr junge Ärztinnen und Ärzte als früher (aber nicht alle) bevorzugen ein Angestelltenverhältnis und/oder die Arbeit in einem Team von mehreren Ärztinnen und Ärzten. Dies lässt sich durch Zahlen auch gut darstellen: Studien in Deutschland und Österreich zeigen einen mehrheitlichen Wunsch nach Zusammenarbeitsformen. In Deutschland wurde nun schon zum dritten Mal das „Berufsmonitoring Medizinstudierende“ durchgeführt, aus dessen Ergebnissen deutlich hervorgeht, dass sich in den letzten acht Jahren eine Präferenz unter den Studierenden hin zur Anstellung im niedergelassenen Bereich oder zur Nie-

Die Primärversorgung muss so attraktiv sein, dass auch Wahlärztinnen und Wahlärzte einen Wechsel in Betracht ziehen.



© wladimir1804 - stock.adobe.com

Eine Einzelpraxis zu übernehmen ist derzeit noch mit viel weniger Unsicherheiten verbunden als eine PVE.

derlassung in einer Gemeinschaftspraxis entwickelte [8]. Poggenburg et al. erhoben eine 78-prozentige Zustimmung unter Turnusärzten in Österreich für die „Gemeinschaftspraxis“ als präferierten Arbeitsplatz, während die selbständige Tätigkeit in der Einzelpraxis nur von 49 Prozent genannt wurde. Die Arbeit „in einem PHC als Teil eines multiprofessionellen Teams“ wurde mit 52 Prozent aber nur geringfügig höher bewertet [4].

Lange Zeit war die vertretungsärztliche Tätigkeit eine der flexibelsten und einfachsten Möglichkeiten, um bei größtmöglicher zeitlicher Flexibilität den zukünftigen Arbeitsplatz kennenzulernen oder nach einer Karenzierung ins Berufsleben zurückzufinden. Die Umsetzung einer Anstellung von Ärzten erscheint hier als ein weiterer wesentlicher Schritt, um attraktive Rahmenbedingungen zu fördern. Auch Ärztinnen und Ärzten, die z. B. aus familiären Gründen eine Teilzeitanstellung außerhalb der Primärversorgung bevorzugt haben, steht so die Möglichkeit einer hausärztlichen Tätigkeit offen. Ein gewisser Anteil dieser Ärztinnen und Ärzte wird sich möglicherweise auch zu Vollzeit-Hausärzten entwickeln, wenn den sich mit den Lebensphasen wandelnden Bedürfnissen durch entsprechende Rahmenbedingungen Rechnung getragen wird.

Dabei muss auch berücksichtigt werden, dass für die verschiedenen Versorgungsrealitäten sicher ein breiter Mix an Versorgungsformen erforderlich sein wird. Wenn für alle Versorgungsformen einfache und flexible Gründungsmöglichkeiten geboten werden, erleichtert dies darüber hinaus die Niederlassung der jungen Ärztinnen und Ärzte in unterschiedlichen Lebensabschnitten.

Generell scheint die Möglichkeit von Zusammenarbeitsformen bei Ärztinnen und Ärzten noch nicht immer angekommen zu sein. Modelle abseits der Einzelpraxis haben bisher eher ein Schattendasein geführt, auch weil die Gründung neuer Versorgungsformen erst in den letzten Jahren vereinfacht wurde.

Hier fehlt es noch an Erfahrung in der gesamten Ärzteschaft, sodass hier insgesamt noch einiges an Informationsarbeit geleistet werden muss.

Hürden für eine PVE-Gründung

Einen Kassenvertrag als Einzelpraxis zu übernehmen ist derzeit naturgemäß mit weniger Unklarheiten und Aufwand verknüpft als die Neugründung einer PVE. Die noch nicht flächendeckend vorliegenden Primärversorgungs-Gesamtverträge und die Vielfalt an unterschiedlichen Finanzierungsmodellen bisheriger Pilotprojekte führen zu einer gewissen Unsicherheit. Eine stärkere Klarheit und Einheitlichkeit der Regelungen, eventuell auch unabhängig von der Zusammenarbeitsform (ob Einzel- oder Gruppenpraxis, ob PVE als Standort oder Netzwerk), würde die Hürde, selbst eine PVE zu gründen, reduzieren. Im Gegensatz dazu gibt es durch die naturgemäß vielfach vorhandenen Erfahrungen im Kollegenkreis bezüglich der Gründung und Führung einer Hausarztpraxis, mit der auch oft vorhandenen Möglichkeit einer Übergabep Praxis, einen vielfach schon viel klarer vorgezeichneten Pfad. Das finanzielle Risiko ist gut kalkulierbar und auch allein tragbar. Hingegen ist eine PVE eine komplexere Struktur mit anderer Organisationsform, mehr Personal und höherem Kapitalbedarf. Für Allgemeinmediziner ohne betriebswirtschaftliche Erfahrung oder entsprechendes Interesse ist daher die Gründung einer PVE insgesamt mit mehr Hürden verbunden. Und die betriebswirtschaftliche Erfahrung ist oftmals nicht vorhanden, da das einschlägige Wissen während der Universitäts- und Spitalsausbildung nur in geringem Maße oder gar nicht vermittelt wird. Dadurch kommt es zu Wissenslücken und Unsicherheit, die eine unternehmerische Selbständigkeit weniger attraktiv erscheinen lassen. Offene und unbeantwortete Fragen nach Krediten, Personalführung, Buchhaltung und Ähnlichem wirken für viele Jungmediziner nicht gerade als Attraktivierung der Selbständigkeit. Diese Fragen können im Rahmen der Lehrpraxis manchmal geklärt werden, aber oft möchten sich die Auszubildenden mehr auf den medizinischen Teil ihrer Ausbildung konzentrieren. Die medizinische Ausbildung müsste schon viel früher und zu einem größeren Teil im niedergelassenen Bereich stattfinden, um Klarheit über die Vor- und Nachteile einer selbständigen unternehmerischen Tätigkeit zu schaffen.

Realität als Hindernis

Möglichkeiten, die nur theoretisch bestehen, aber nicht in der Realität gelebt werden, sind auch für viele Jungmediziner keine echte Option. Was daher PVE bisher noch als Arbeitgeber „unattraktiv“ macht, ist ihre fehlende Verbreitung. Gerade in Westösterreich gibt es noch kaum solche Modelle. Auch für andere

Gründung einer Primärversorgungseinheit aus Sicht von Jungmedizinerinnen

PRO	CONTRA
Intraprofessionelles Team mit Möglichkeit zu regelmäßigem Austausch, gemeinsamen Fallbesprechungen und Qualitätssicherungsarbeit	Höhere Anfangsinvestitionen , vor allem bei Zentrums-Lösungen*
Interprofessionelles Team ermöglicht direkten Zugang für den Patienten und unmittelbaren Austausch im Behandlungsteam	Größere Abhängigkeit von anderen Gesellschaftern der mit Notwendigkeit einer gemeinsamen Zielabstimmung, nicht mehr „sein eigener Chef“ sein*
Erweiterte zeitliche Verfügbarkeit für Patienten schafft Möglichkeit für stärkere Bindung der Patienten an die PVE	Intransparenz des Bewerbungs- bzw. Gründungsprozesses

* Beide Aspekte können eventuell durch eine sinnvolle PVE-Netzwerklösung abgedeckt werden.

Zusammenarbeitsformen, wie die Anstellung in der Kassenpraxis, wird man beobachten müssen, wie sehr die bürokratischen Vorgaben für eine Anstellung eine Hürde für die reale Umsetzung darstellen.

Die viel zitierte Teamarbeit in größeren Einheiten ist zwar grundsätzlich attraktiv, kann aber bei schlechter Umsetzung auch ein Hindernis darstellen. Für viele machen gerade der Aspekt, „sein eigener Chef“ zu sein, und die kleinen, gut eingespielten Teams den Reiz der Niederlassung aus. In größeren PVE besteht die Gefahr, dass diese Vorteile verloren gehen, da ja Gesellschafter (wie in einer Gruppenpraxis) sich untereinander absprechen müssen, bevor grundlegende Entscheidungen getroffen werden und bei Teamgrößen von 20 bis 30 Personen der Arbeit am Team eine wichtige Rolle zukommt. Wenn diese Arbeit vernachlässigt oder nicht gut umgesetzt wird, kann sich schnell ein unangenehmes, abschreckendes Arbeitsklima entwickeln.

Zusammenfassung

Die Zahl an neu ausgebildeten Allgemeinmediziner sinkt. Da der Bedarf steigt, werden auch Ärzte aus dem wahlärztlichen Bereich rekrutiert werden müssen, um die notwendige Zahl an Ärzten zu ge-

winnen. Es gibt ganz unterschiedliche Gründe, warum Ärztinnen und Ärzte derzeit nicht in der kassenfinanzierten Primärversorgung arbeiten (wollen). Dieses Phänomen ist weder qualitativ noch quantitativ wirklich abschließend untersucht und bedarf jedenfalls noch eines genaueren Hinschauens. Neue Zusammenarbeits- und Versorgungsformen – wie PVE – können einige, aber wahrscheinlich nicht alle Hindernisse für eine hausärztliche Tätigkeit abbauen. Wenn man diese Aspekte proaktiv entwickelt und bewirbt, steigt die Chance, Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner von Anfang an oder auch zu einem späteren Karrierezeitpunkt für eine PVE zu gewinnen. Jungmediziner haben dabei wahrscheinlich andere Erwartungen und Ansprüche als etablierte Ärzte. Da es noch relativ wenige praktische Erfahrungen mit diesen Modellen gibt, ist es wesentlich, reale und imaginäre Hürden abzubauen. Aktive Vernetzung und die Möglichkeit eines unmittelbaren Erfahrungsaustausches können Hindernisse und Vorurteile am besten beseitigen. Damit sich mehr Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner für eine hausärztliche Tätigkeit in der öffentlichen Primärversorgung entscheiden, ist noch viel zu tun. Es ist nicht einfach, aber es ist möglich.

PVE haben Aspekte, die attraktiv sein können, aber man muss diese proaktiv entwickeln.

LITERATUR

1. WONCA Europe: The European definition of general practice/family medicine. WONCA Europe; 2011. <https://www.woncaeurope.org/file/520e8ed3-30b4-4a74-bc35-87286d3de5c7/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>
2. Vertragsarztstellenpool: www.aekoee.at. <https://www.aekoee.at/niedergelassen/kassenaerzte/vas-ausschreibungen/vertragsarztstellenpool>. (Aufruf: 22. Dezember 2019).
3. Alexander Zens: „Das ist nur noch Fließband-Medizin“. [nachrichten.at](http://www.nachrichten.at); 2019. <https://www.nachrichten.at/politik/landespolitik/das-ist-nur-noch-fließband-medizin;art383,3115546>. (Aufruf: 22. Dezember 2019).
4. Poggenburg, S., Siebenhofer-Kroitzsch, A., Avian, A., Jeitler, K., Berghold, A.: Erhebung der Berufsmotivation zur Allgemeinmedizin von Studierenden und jungen Ärzten in Österreich und Deutschland. Graz: Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung; 2017. https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/fileadmin/institute-oes/allgemeinmedizin/Publikationen/Berichte/2017/AMEV_BMotiv-AM_final.pdf.
5. Sprenger, M.: Daten und Fakten zum Generationenwechsel in der hausärztlichen Versorgung in Österreich. Online ZFA; 2019 (11): 477–478. <https://www.online-zfa.de/archiv/ausgabe/artikel/zfa-11-2019/49743-daten-und-fakten-zum-generationenwechsel-in-der-hausaerztlichen-versorgung-in-oesterreich/>. (Aufruf: 22. Dezember 2019).
6. Ärztestatistik für Österreich zum 31.12.2018. Wien: Österreichische Ärztekammer; 2019. https://www.aerztekammer.at/documents/261766/124736/OeAeK+Aerztestatistik_2018.pdf/a7504601-fae6-938d-368d-1dc224bb8118. (Aufruf: 22. Dezember 2019).
7. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Österreich: Bestandsaufnahme und Analyse. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; 2017. <http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.778305&viewmode=content>. (Aufruf: 22. Dezember 2019).
8. Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018 - Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Kassenärztliche Bundesvereinigung; 2019. https://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudierende_2018.pdf (Aufruf: 07. Juni 2020)