

Dissertation

Primärversorgungsreform in Österreich: Entwicklung von Tools, Priorisierung von Policy- Zielen und Einflussfaktoren auf die Entscheidung zur Tätigkeit in einer Primärversorgungseinheit

eingereicht durch

Sarah BURGMANN, BSc MA

für den akademischen Abschluss

Doctor of Medical Science

(Dr. scient. med.)

an der

Medizinischen Universität Graz

Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung

unter der Supervision von

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med. univ. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch

2022

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig angefertigt und abgefasst, und jene Personen und Institutionen, die am Zustandekommen der Forschungsdaten beteiligt waren, namentlich genannt habe. Andere als die angegebenen Quellen habe ich nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit an der Dissertation und daraus entstandene Publikationen wurden gemäß den Regeln der „Good Scientific Practice“ der Ethikkommission und der Ombudsstelle für gute wissenschaftliche Praxis der Medizinischen Universität Graz durchgeführt.

Sarah Burgmann eh

Wien am 25. November 2022

Offenlegungen

Inhalte der Dissertation wurden oder werden publiziert:

BURGMANN, S.^{1, 2}, PAIER-ABUZHARA, M.¹, SPRENGER, M.³, AVIAN, A.⁶ & SIEBENHOFER, A.^{1, 5} 2022. Identifying key policy objectives for strong primary care -a cross-sectional study. Primary Health Care and Research Development [Manuscript under revision].

BURGMANN, S.^{1, 2}, HUTER, S.⁴, MAYERL, H.³, PAIER-ABUZHARA, M.¹ & SIEBENHOFER, A. ^{1, 5} 2022. Facilitators and barriers affecting trained general practitioners' choice to work in primary care units in Austria – a qualitative study. Das Gesundheitswesen, [in press].

Alle Koautorinnen und Koautoren stimmten der Aufnahme ihrer Arbeiten in diese Dissertation zu.

¹ Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Medizinische Universität Graz, Auenbruggerplatz 2/9, 8036 Graz, Österreich

² Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien, Österreich

³ Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Medizinische Universität Graz, Universitätsstraße 6/1, 8010 Graz, Österreich

⁴ Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Strubergasse 21, 5020 Salzburg, Österreich

⁵ Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt, Deutschland

⁶ Institut für medizinische Informatik, Statistik und Dokumentation, Medizinische Universität Graz, Universitätsstraße 6/1, 8010 Graz, Österreich

Öffentliche Präsentationen zu Inhalten der Dissertation

Burgmann, S., Abuzahra, M., Horvath, K., Siebenhofer, A., & Sprenger, M. (2018). *A Regional Health Care Concept for Primary Health Care Centers and Networks in Styria, Austria*. Paper presented at the 26th International Conference on Health Promoting Hospitals & Health Services, Bologna.

https://www.hphconferences.org/fileadmin/user_upload/conferences/Bologna2018/Abstractbook_2018_Bologna.pdf

Burgmann, S., Huter, S., Mayerl, H., Paier-Abuzahra, M., & Siebenhofer, A. (2022). *What are facilitators and barriers affecting general practitioners' choice to work in primary care units in Austria?* Paper presented at the WONCA Europe conference, London.

<https://woncaeurope2022.org/en/programme-book>

Danksagung

Im Rahmen meines Dissertationsprojekts erhielt ich vielerorts Unterstützung, für die ich mich herzlich bedanken möchte. Am Beginn steht Frau Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med. univ. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch, die mir dieses Doktoratsprojekt als Supervisorin ermöglichte und mit breiter wissenschaftlicher Expertise und scharfem Verstand immer wieder den Blick auf das Wesentliche fokussierte. Bedanken darf ich mit auch bei meiner Kosupervisorin Dr.ⁱⁿ rer. medic. Muna Paier-Abuzahra, BSc MA, und meinem Kosupervisor Mag. Dr. scient. med. Hannes Mayerl für ihre Begleitung entlang des Weges. Ihre wissenschaftlich-fachliche Expertise in Form von Inputs und Feedbacks sowie ihre persönliche Unterstützung waren essenziell für die Erstellung dieser Dissertationsschrift und wertvoll für meine Entwicklung als Wissenschaftlerin. Mein Dank gilt zudem Priv.-Doz. Mag. rer. nat. Dr. rer. nat. Alexander Avian für die Erstellung der statistischen Auswertungen zur Fragebogenerhebung zu den Zielen der Primärversorgungsreform, die für das Outcome dieser Studie wesentlich waren. Hier darf ich auch Dr. med. univ. Martin Sprenger, MPH, anführen. Seine fachliche Expertise und kritische Reflexion als Kollege bei der Entwicklung der Vorlage zum Versorgungskonzept für PVE, der Definition von Zielen für die Primärversorgung und bei der Fragebogenerstellung trugen wesentlich zum Erfolg der Studie und meinem persönlichen professionellen Wachstum bei. Bedanken möchte ich mich auch bei meinem Partner Dr. med. univ. Sebastian Huter, MPH, für die fachliche Diskussion zur Finalisierung der Faktoren, Kategorien und Subkategorien bei der finalen Zuordnung zum Ebenenmodell aus Teil 3 der Studie und für kritische Reflexionen im Erstellungsprozess der Dissertation. Andererseits darf ich mich bei ihm von Herzen für die persönliche Unterstützung und Motivation während der letzten zweieinhalb Jahre bedanken und für seine Freude an der Wissenschaft, die mir als Vorbild dient(e) und mich immer wieder ansteckte. Ein herzliches Dankeschön gilt auch Karin Petschk, MPH, für die emotionale Unterstützung und das Bestärken meines Vertrauens in mich und meine Fähigkeiten. Meinen Eltern, meinem Bruder danke ich für die Zusprüche und die Geduld während der Arbeit an dieser Dissertation. Der Dank gilt auch meiner ganzen Familie sowie meinen Freundinnen und Freunden.

Außerdem danke ich meinen Interviewpartnerinnen und -partnern für die Zeit, die sie investiert haben, und den interessanten Einblick in ihre Sicht auf eine mögliche Tätigkeit in einer Primärversorgungseinheit. Ich darf mich bei allen Koautorinnen und -autoren der Publikationen für deren kritische Prüfung und Feedbacks zu den Manuskripten bedanken. Mein Dank gilt auch der Doctoral School „Sustainable Health Research“ sowie dem Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung der Medizinischen Universität Graz und der Gesundheit Österreich GmbH für die finanzielle Unterstützung in Bezug auf die Publikationen und die Reisespesen für Kongresse, um die Ergebnisse international präsentieren zu können.

Inhalt

Offenlegungen.....	3
Danksagung	4
Abkürzungsverzeichnis.....	9
Abbildungsverzeichnis.....	12
Tabellenverzeichnis.....	13
Zusammenfassung.....	15
Abstract.....	17
1 Einleitung	19
1.1 Problemstellung	24
1.2 Zielsetzung.....	25
1.3 Forschungsfragen	26
2 Teil 1: Tools für die Gründung einer Primärversorgungseinheit (PVE) für Gründer:innen	27
2.1 Hintergrund	27
2.2 Ziel	27
2.3 Tool 1: Checkliste für Versorgungskonzepte	28
2.3.1 Problemstellung	28
2.3.2 Ziel.....	29
2.3.3 Methode.....	29
2.3.4 Ergebnisse	30
2.4 Tool 2: Vorlage zum Versorgungskonzept für eine PVE	39
2.4.1 Problemstellung	39
2.4.2 Ziel.....	40
2.4.3 Methode	41
2.4.4 Ergebnisse	43
2.5 Tool 3: Readiness-Checkliste und Netzdiagramme zum Leistungsspektrum von PVE	49
2.5.1 Problemstellung	49
2.5.2 Ziel.....	50

2.5.3	Methode	50
2.5.4	Ergebnisse	51
2.6	Diskussion.....	65
2.6.1	Stärken und Schwächen	69
2.6.2	Fazit	71
3	Teil 2: Priorisierung von Zielen der Primärversorgungsreform	73
3.1	Einleitung	73
3.2	Fragestellung und Ziel.....	76
3.3	Methoden	76
3.3.1	Studiendesign	76
3.3.2	Definition und Formulierung von Reformzielen	76
3.3.3	Entwicklung und Struktur des Fragebogens	79
3.3.4	Rekrutierung der Teilnehmer:innen und Durchführung der Befragung.....	80
3.3.5	Statistische Analyse	82
3.3.6	Qualitative Analyse	84
3.4	Ergebnisse	84
3.4.1	Stichprobe.....	85
3.4.2	Deskriptive Statistik: Relevanz des Erreichens der Ziele	86
3.4.3	Deskriptive Statistik: Umsetzbarkeit des Erreichens der Ziele	87
3.4.4	Gegenüberstellung der Relevanz und Umsetzbarkeit.....	88
3.4.5	Gruppenvergleiche	89
3.4.6	Qualitative Analyse der Anmerkungen	92
3.5	Diskussion.....	104
3.5.1	Stärken und Limitationen.....	110
3.5.2	Fazit	112
4	Teil 3: Hemmende und fördernde Faktoren bezüglich der Tätigkeit als Hausärztin/-arzt in PVE aus der Sicht von Allgemeinmedizinerinnen/-medizinern ohne Kassenvertrag	114
4.1	Einleitung	114
4.2	Fragestellung und Ziel.....	116
4.3	Methode.....	117

4.3.1	Design.....	117
4.3.2	Zielgruppe und Teilnehmerauswahl.....	117
4.3.3	Rolle der Interviewerin.....	118
4.3.4	Interviewleitfaden und -ablauf.....	119
4.3.5	Datenerhebung	119
4.3.6	Datenanalyse	120
4.4	Ergebnisse	122
4.4.1	Charakteristika der Stichprobe und der Interviews	122
4.4.2	Deskriptive Beschreibung der qualitativen Inhaltsanalyse	123
4.4.3	Förderliche Faktoren	124
4.4.4	Hemmende Faktoren.....	133
4.5	Diskussion.....	146
4.5.1	Stärken und Limitationen.....	153
4.5.2	Fazit	155
5	Fazit der Dissertation	156
5.1	Implikationen	158
5.2	Ausblick.....	160
6	Exekutive Summary	162
7	Literaturverzeichnis	165
8	Anhang.....	175
Anhang 1	Kriterienkatalog für Versorgungskonzepte.....	176
Anhang 2	Ergebnisse zur Beurteilung der Versorgungskonzepte inklusive Anmerkungen zur Begründung.....	184
Anhang 3	Vorlage für ein Versorgungskonzept	189
Anhang 4	Fragebogen zur Erhebung der Relevanz und Umsetzbarkeit von Zielen der Primärversorgungsreform.....	190
Anhang 5	Statistisch signifikante Ergebnisse des Gruppenvergleichs 1	195
Anhang 6	Statistisch signifikante Ergebnisse des Gruppenvergleichs 2	199
Anhang 7	Factsheet PVE	202
Anhang 8	Interviewleitfaden	203

Anhang 9	Einverständniserklärung.....	207
Anhang 10	Fragebogen.....	213
Anhang 11	Bestätigung Ethikkommission.....	215

Abkürzungsverzeichnis

ÄK	Ärztchammer
AM	Allgemeinmedizin
ANP	Advanced Nurse Practitioner
APN	Advanced Practice Nurses
Art.	Artikel
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
B-ZK	Bundes-Zielsteuerungskommission
bzw.	beziehungsweise
COPD	chronic obstructive pulmonary disease / chronisch obstruktive Lungenerkrankung
DaMe	Datennetz der Medizin
DGKP	diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
DMP	Diseasemanagementprogramme
DOI	Digital Object Identifier / digitaler Objektbezeichner
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
EbM	Evidenzbasierte Medizin
EDV	elektronische Datenverarbeitung
EK	Europäische Kommission
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
gem.	gemäß
GesmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
ggf.	gegebenfalls
GRUG	Gesundheitsreformumsetzungsgesetz
G-ZG	Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz
HVSV	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
IAMEV	Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung

ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICPC-2	International Classification for Primary Care
ID	Identifikation
IL	Illinois
In Primo	Innovative (hausarztzentrierte) Primärversorgungsmodelle in der Steiermark: Identifikation und Analyse
JAMÖ	Junge Allgemeinmedizin Österreich
KPJ	klinisch-praktisches Jahr
LP	Lehrpraxis
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OG	Offene Gesellschaft
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PC	Primary Care
PCAT	Primary Care Assessment Tools
PH	Public Health
PHAMEU	Primary Health Care Activity Monitor for Europe
PHC	Primary Health Care
PHC-IMPACT	European PHC Impact, Performance and Capacity Tool
PrimVG	Primärversorgungsgesetz
PVE	Primärversorgungseinheit
PVZ	Primärversorgungszentrum
PVN	Primärversorgungsnetzwerk
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
RQ	Research Question
SOP	Standard Operating Procedure
UK	United Kingdom / Vereinigtes Königreich
URL	Uniform Resource Locator

USA United States of America / Vereinigte Staaten von Amerika
v. a. vor allem
WHO World Health Organization
z. B. zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Automatisiert erstelltes Netzdiagramm zur „Psychosozialen und sozialmedizinischen Versorgung“	57
Abbildung 2: Automatisiert erstelltes Netzdiagramm zu den „Öffentliche Gesundheitsaufgaben“	58
Abbildung 3: Automatisiert erstelltes Netzdiagramm zum Bereich „Primärprävention“	59
Abbildung 4: Automatisiert erstelltes Netzdiagramm zum Bereich „Sekundärprävention“	60
Abbildung 5: Automatisiert erstelltes Netzdiagramm zum Bereich „Tertiärprävention“	61
Abbildung 6: Automatisiert erstelltes Netzdiagramm zum Bereich „Gesundheitsförderung“ ..	62
Abbildung 7: Automatisiert erstelltes Netzdiagramm zur Metaanalyse der Bewertungen der Readiness zu den Bereichen „Psychosoziale und sozialmedizinische Versorgung“, „Öffentliche Gesundheitsaufgaben“, „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“	64
Abbildung 8: Relevanz des Erreichens der Ziele; nach Burgmann et al. (2022b).....	86
Abbildung 9: Umsetzbarkeit der Ziele; nach Burgmann et al. (2022b)	87
Abbildung 10: Gegenüberstellung der Werte für hohe Relevanz und für Umsetzbarkeit der Ziele; nach Burgmann et al. (2022b).....	88

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Checkliste für Versorgungskonzepte.....	32
Tabelle 2: Ergebnisse zur Beurteilung der Versorgungskonzepte.....	36
Tabelle 3: Legende zu den Symbolen des Beurteilungsschemas	37
Tabelle 4: Bewertung der Readiness der Leistungen zum Bereich „Psychosoziale und sozialmedizinische Versorgung“ aus dem Subkapitel 3.9.1, „Basisaufgaben und spezielle Aufgaben in Anlehnung an den ÖSG“, des Kapitels 3.9, „Leistungsprofil“	53
Tabelle 5: Bewertung der Readiness der Leistungen zum Bereich „Öffentliche Gesundheitsaufgaben“ aus dem Subkapitel 3.9.1, „Basisaufgaben und spezielle Aufgaben in Anlehnung an den ÖSG“, des Kapitels 3.9, „Leistungsprofil“	54
Tabelle 6: Bewertung der Readiness der Leistungen zum Kapitel 3.9.3, „Prävention und Gesundheitsförderung“	54
Tabelle 7: Metaanalyse zu den Leistungsbereichen als Übersicht.....	63
Tabelle 8: Definierte Ziele inklusive Kurztitel, Anmerkungen und Zuordnung zu den Charakteristika des PCAT und den PC-„Features“ des europäischen Primary Health Care Monitor; nach Burgmann et al. (2022b)	77
Tabelle 9: Items zur Erfassung der Relevanz und Umsetzbarkeit der Ziele	79
Tabelle 10: Sozioökonomische Items zu Angaben zur Person inklusive Antwortkategorien ..	79
Tabelle 11: Sozioökonomische Charakteristika der Stichprobe; nach Burgmann et al. (2022b)	85
Tabelle 12: Kurztitel der Ziele	88
Tabelle 13: Kategorien aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 01 – Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse.....	92
Tabelle 14: Kategorien aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 02 – Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse.....	93
Tabelle 15: Kategorien aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 03 – Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse.....	95
Tabelle 16: Kategorien aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 04 – Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse.....	96
Tabelle 17: Kategorien aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 05 – Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse.....	97
Tabelle 18: Kategorien aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 06 – Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse.....	98
Tabelle 19: Kategorien aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 07 – Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse.....	99
Tabelle 20: Kategorien aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 08 – Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse.....	100

Tabelle 21: Kategorien aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 09 – Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse.....	101
Tabelle 22: Kategorien aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 10 – Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse.....	102
Tabelle 23: Kategorien aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 11 – Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse.....	103
Tabelle 24: Kategorien aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 12 – Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse.....	104
Tabelle 25: Merkmale der Interviewpartner:innen.....	122
Tabelle 26: Förderliche Faktoren; nach Burgmann et al. (2022a)	124
Tabelle 27: Hemmende Faktoren; nach Burgmann et al. (2022a).....	133

Zusammenfassung

Hintergrund: Mit dem Beschluss der Primärversorgungsreform 2013 wurde die Etablierung von Primärversorgungseinheiten (PVE), die sich durch interprofessionelle Teamarbeit kennzeichnen, forciert. Nationale Herausforderungen der Reform sind ein Mangel an Hausärztinnen/Hausärzten, hohe strukturelle Anforderungen an Allgemeinmediziner:innen als Gründer:innen von PVE und Reformziele von geringem Detailgrad. Dementsprechend werden erstens praktikable Tools als Unterstützung für Gründer:innen von PVE entwickelt. Zweitens werden prioritäre Ziele für die Primärversorgungsreform durch die Einschätzung der von der Reform betroffenen Personengruppen identifiziert. Drittens sollen Einflussfaktoren für die Tätigkeit in PVE von Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner ohne Kassenvertrag als potenzielle PVE-Hausärztinnen/Hausärzte erhoben werden. Daraus können Ansatzpunkte für weitere Maßnahmen der Primärversorgungsreform identifiziert werden.

Methode: Die Entwicklung von Tools für PVE-Gründer:innen, um im Gründungsprozess die essenziellen regulatorischen und organisationalen Aspekte zu adressieren, erfolgte auf Basis einer Dokumentenanalyse österreichischer Regulatorien und Konzepte. Zwölf Ziele für die Primärversorgungsreform wurden durch einen Konsensusprozess basierend auf nationalen und internationalen Dokumenten definiert. Eine Fragebogenerhebung zur Bewertung der Relevanz und Umsetzbarkeit durch Stakeholderinnen/ Stakeholdern und von der Primärversorgungsreform Betroffenen dient der Priorisierung vorab definierter Reformziele. Die Auswertungen der Antworten erfolgten in Bezug auf Häufigkeiten sowie als Gruppenvergleich (Kontingenzanalyse). Offene Anmerkungen wurden inhaltsanalytisch ausgewertet. Um förderliche und hemmende Faktoren bezüglich der Tätigkeit in PVE von Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner ohne Kassenvertrag zu explorieren, wurden leitfadengestützte problemzentrierte Interviews mit diesen geführt und die Transkripte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Ergebnisse: Drei anwendungsorientierte Tools für PVE-Gründer:innen wurden entwickelt. Dazu zählen eine Vorlage für ein Versorgungskonzept und eine Checkliste, um gesetzliche Vorgaben entlang von Best-Practice-Kriterien zu erfüllen. Eine Readiness-Checkliste als Selbstassessment-Tool inklusiver automatisiert entstehender Netzdiagramme dient der Darstellung der organisationalen Ausgestaltung und Leistungen der PVE im Entwicklungsprozess.

Für die Primärversorgungsreform prioritäre und als umsetzbar zu erachtende Ziele sind die Verankerung adäquater Pflichtpraktika in der Primärversorgungspraxis während des klinisch-praktischen Jahres und der Ausbildung zum:zur Allgemeinmediziner:in sowie der Ausbau universitärer Institute für Allgemeinmedizin. Ebenfalls hochrelevant, jedoch schwieriger umzusetzen sind die Etablierung eines attraktiven Honorierungsmodells, der vermehrte Einsatz von

Pflegeexpertinnen und -experten wie Advanced Practice Nurses in der Primärversorgung sowie eine umfassende und transparente Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität.

Aus den Interviews mit zwölf Allgemeinmedizinerinnen/-medizinern ohne Kassenvertrag wurden insgesamt 41 Kategorien, davon 21 förderliche und 20 hemmende Faktoren, identifiziert. Die meisten förderlichen Faktoren waren auf der Mikroebene zu finden wie etwa inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit im Team sowie eine gute Work-Life-Balance. Hemmenden Faktoren finden sich häufiger auf der Makroebene in den Anforderungen rund um den PVE-Gründungsprozess, die Unternehmensführung sowie in den Rahmenbedingungen wie z. B. die unattraktiven Vergütungsmechanismen (Systemebene).

Fazit: Es braucht ein abgestimmtes Vorgehen aller relevanten Stakeholder mit Fokus auf alle Ebenen. Systembasierte Maßnahmen wie Gatekeeping und teambasierte Honorierung haben das Potenzial Arbeitsbedingungen in der Praxis verbessern und die Rolle der Primärversorgung im Gesundheitssystem zu stärken. Beratungsleistungen und eine Anpassung der allgemeinmedizinischen Ausbildung können Sorgen und Risiken bezüglich der Gründung und Führung einer PVE zu reduzieren. Capacity-Building-Maßnahmen, öffentlicher Diskurs und Maßnahmen zum Informations- und Wissenstransfer sind notwendig, um neue Rollen und Aufgabenfelder der in PVE vertretenen Gesundheits- und Sozialberufe zu klären, den Kulturwandel zu interprofessioneller Zusammenarbeit zu unterstützen und so zur Realisierung der Vorteile von PVE für alle Beteiligten beizutragen.

Abstract

Background: Since 2013, reform efforts in Austria have focussed on establishing team-based care within multiprofessional primary care units. National laws and regulations place units in Austria. Challenges of the reform are high demands on general practitioners as founders of primary care based on national regulations, a lack of general practitioners and reform goals lacking in detail. Accordingly, supporting tools for founders of primary care units will be established. Second, priority goals for primary care reform will be identified by those who are affected. Thirdly, factors affecting the trained general practitioners to work in primary care units will be explored. These factors should reveal aspects, where further policy measures should take place.

Method: Feasible tools for founders of primary care units will be developed based on a document analysis of national laws, rules and concepts on best practice. After the definition and consensus-based selection of twelve policy objectives, a cross-sectional online survey on their relevance and feasibility will be performed on stakeholders and persons affected by the primary care reform. To explore facilitators and barriers regarding working in a primary care unit guideline-based problem-centred interviews will be conducted with trained general practitioners without a contract with the social health insurance group. Transcripts will be analysed following the qualitative content analysis.

Results: Three feasible tools were developed to support founders of primary care units. A template for a health care concept as well as a checklist should enable the founders to create the obligatory regional health care concept for primary care units along best practice criteria as well as requirements of national regulations. To illustrate the degree of the range of services and the organisational development status of a primary care unit, a readiness checklist combined with automatically generated network diagrams was created as a self-assessment tool.

Feasible priorities of the primary care reform are an adequate compulsory internship in primary care practice during the clinical internship year of medical students and the vocational training of general practitioners. The rollout of more and well-equipped university departments for general practice is also to be regarded as a priority goal. In addition, highly relevant, but more difficult to implement, are the establishment of an attractive remuneration system, the increased use of advance nursing practitioners in primary care, and a comprehensive and transparent assessment of process and outcome quality.

Out of twelve interviews with qualified general practitioners without a contract with the social health insurance group regarding working in a primary care unit 41 factors, including 21 facilitators and 20 barriers were identified. Most facilitators were located on the micro-level, while most barriers were located on the macro-level. Facilitators are primarily the expected working conditions in practice (micro level), such as inter- and intraprofessional cooperation in the

teams as well as a good work-life balance. These are intended to reduce the workload and allow patient-centred care as well as to focus on the core competencies as a general practitioner. Barriers are more often found in the requirements around starting and running a primary care unit including competences on entrepreneurship.

Conclusion: The commitment of all stakeholders involved in the reform process following a common strategy and multidimensional approach is necessary. Patient steering mechanisms such as gatekeeping and a remuneration system oriented towards health promotion and team-based care can optimise and attract working conditions in practice as well as strengthen the role of the primary care sector within the health care system. Consultation services and adaptation of the education of the future professionals of primary care units are also needed to equip the workforce for the requirements and reduce concerns as well as risks regarding starting and running a primary care unit. Capacity-building measures and active participation of the affected professionals as well as activities to transfer information and knowledge are necessary to clarify roles and competences of the professionals working in primary care units, to support change towards interprofessional work culture in teams and to realise the full potential of primary care units for all partners.

1 Einleitung

Primary Health Care und Primary Care

Eine gut ausgebaute und an Gesundheit orientierte Primärversorgung als erste Versorgungsebene ist das Fundament eines resilienten Gesundheitssystems. Sie ermöglicht einen allgemeinen niederschweligen Zugang zu einer leistbaren, umfassenden und koordinierten Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung (OECD, 2020b, Starfield et al., 2005). Gemäß dem Expert Panel der Europäischen Kommission folgt sie einem integrierten Versorgungsansatz und stellt personenzentrierte sowie familienorientierte Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung gemeindenah bereit (European Commission, 2014).

„Starke“ Primärversorgung folgt dem umfassenden Versorgungskonzept „Primary Health Care“ (PHC). Entsprechend diesem wird integrierte Versorgung die Versorgungsebenen (vertikal) sowie die Disziplinen und Professionen (horizontal) übergreifend erbracht und adressiert entsprechend dem Health-in-all-Policies-Ansatz alle Politikbereiche. PHC umfasst gemäß der Definition der World Health Organization (WHO) gesundheitsfördernde, präventive, kurative, pflegerische, rehabilitative und palliative Maßnahmen (WHO, 2019b). Bereits 1978 bekräftigten Delegationen von 123 Regierungen in der Deklaration von Alma-Ata die Rolle von PHC als essenziell für einen kontinuierlichen Versorgungsprozess, die Nachhaltigkeit von Gesundheitssystemen und demnach für die Gesundheit der Bevölkerung (WHO Europa, 1978). Die WHO betonte in der Deklaration von Astana (2018) neuerlich die Bedeutung des Versorgungsansatzes von PHC entsprechend der Deklaration von Alma-Ata 1978, die den Startschuss für die moderne Primärversorgung geliefert hatte:

„[...] strengthening primary health care (PHC) is the most inclusive, effective and efficient approach to enhance people’s physical and mental health, as well as social well-being, and that PHC is a cornerstone of a sustainable health system [...]“ (WHO, 2019b, S. 5)

Ein effektives Gesundheitssystem durch die Reduktion vermeidbarer Krankenhausaufenthalte sowie von Unter-, Über- und Fehlversorgung, eine patientenorientierte Versorgung durch gesteigerte Gesundheitskompetenz und eine allgemein verbesserte Gesundheit der Bevölkerung durch präventive und gesundheitsfördernde Angebote sowie Disease Management Programme (DMP) sind nur einige von zahlreichen Vorteilen einer starken Primärversorgung (OECD, 2020b, Starfield et al., 2005).

Gemäß der Differenzierung von Muldoon et al. (2006) bezieht sich Primary Care auf die Versorgung von Individuen. Das Primary-Health-Care-Konzept verfolgt einen breiten Public-Health-Versorgungsansatz und inkludiert demnach Leistungen für Individuen und Populationen (Muldoon et al., 2006).

Die Umsetzung der Primärversorgung erfolgt im Team, bestehend aus Angehörigen von Gesundheits- und Sozialprofessionen, die eine an den Bedarfen und Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten sowie der Bevölkerung ausgerichtete Versorgung am Best Point of Service erbringen, für diese als Lotsinnen und Lotsen im System wirken und kontinuierliche sowie integrierte Versorgung über alle Versorgungsebenen und -sektoren hinweg gewährleisten (Kringos et al., 2015).

Primärversorgung wird als ein System, bestehend aus den drei komplexen Ebenen Struktur, Prozess und Outcome, verstanden. Kringos et al. (2010b) identifizierten in einer systematischen Literaturrecherche für diese Ebenen folgende Dimensionen:

Struktur:

1. politische Steuerung der Primärversorgung („primary care governance“)
2. wirtschaftliche Rahmenbedingungen in der Primärversorgung („economic conditions of primary care“)
3. Entwicklung der Arbeitskräfte/Professionen in der Primärversorgung („primary care workforce development“)

Prozess:

4. Zugang zur Primärversorgung („accessibility of primary care“)
5. Umfang der Primärversorgung („comprehensiveness of primary care“)
6. Kontinuität (in) der Primärversorgung („continuity of primary care“)
7. Koordination (in) der Primärversorgung („coordination of primary care“)

Outcome:

8. Qualität (in) der Primärversorgung („quality care“)
9. Effizienz der Primärversorgung („efficiency of care“)
10. Gerechtigkeit in der Primärversorgung („equity in health“) (Kringos et al., 2010b)

Das Instrument, das in der von der Europäischen Union (EU) finanzierten Studie „PHAMEU – Primary Health Care Activity Monitor for Europe“ zum standardisierten Vergleich und zur Analyse der Primärversorgungssysteme 31 europäischer Länder herangezogen wurde, fußte auf diesen Dimensionen (Kringos et al., 2013).

Aufbauend auf den Dimensionen beschrieben Kringos et al. (2013), dass eine starke Primärversorgung eine zugängliche und umfangreiche ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten unter Berücksichtigung deren individuellen Lebensumfelds kontinuierlich/fortlaufend gewährleisten und ihren Versorgungsprozess im Gesundheitssystem koordinieren. Adäquate bzw. zweckmäßige Strukturen der politischen Steuerung, wirtschaftliche Rahmenbedingungen und eine angemessen ausgestaltete Workforce der Primärversorgung ermöglichen die Ausgestaltung und Erbringung der Primärversorgung wie beschrieben (Kringos et al., 2013). In

Ländern mit starken Primärversorgungssystemen sind Allgemeinmediziner:innen die Schlüsselfiguren in der Leistungserbringung, das Eintrittstor zur und die Koordinatorinnen/Koordinatoren der weiteren Versorgung im Gesundheitssystem. Um einen ausgeprägten Zugang zu ermöglichen, können Pflegefachpersonen Allgemeinmediziner:innen in der Rolle als Erstkontaktpunkt unterstützen. Das Monitoring von Diagnosen, Therapie, Prävention und Folgebehandlungen ermöglicht ein proaktives Gestalten der Behandlungswege der Patientinnen und Patienten („advocacy“). Zudem besteht ein formales Commitment zu einem universellen Zugang, besonders in Bezug auf das Geringhalten von Zuzahlungen durch Patientinnen und Patienten (Kringos et al., 2013).

Durch Stigler et al. (2013) erfuhr das österreichische Primärversorgungssystem 2012 eine erste Klassifizierung als „low in primary care“ anhand des „Primary Care Assessment Tool“ von Barbara Starfield aus dem Jahr 1998 und erreichte Platz 10 von 14 Staaten. Auch in der 2013 von Kringos et al. (2013) veröffentlichten Studie „The strength of primary care in Europe“, in welcher die Primärversorgungssysteme 31 europäischer Länder verglichen wurden, wurde das österreichische System als „schwach ausgeprägt“ beurteilt. Diese Studien gaben den Anstoß zur Reform des österreichischen Primärversorgungssystems.

Primärversorgung in Österreich

Das österreichische Gesundheitssystem war und ist durch Komplexität und Fragmentierung gekennzeichnet. Die Zuständigkeiten verteilen sich auf den Bund, neun Länder und die Sozialversicherung. Die öffentliche Primärversorgung besteht vorrangig aus unabhängig und in Einzelordinationen praktizierenden Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern (Bachner et al., 2018, Redaelli et al., 2015, Hoffmann et al., 2015). Weder Gatekeeping, das eine koordinierte Versorgung fördern würde, noch ein Einschreibesystem, das positiv für eine kontinuierliche Versorgung wäre, sind präsent (Kringos et al., 2013). Laut einer steirischen Studie beschäftigen beinahe alle allgemeinmedizinischen Ordinationen eine Ordinationsassistenz (98 %), jedoch nur 26 Prozent eine Vertreterin bzw. einen Vertreter der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege (Korsatko, 2015).

Die Workforce der Allgemeinmedizin ist geprägt von Mangelerscheinungen. Im Vergleich zur gesamten Ärzteschaft wuchs die Zahl der Allgemeinmediziner:innen pro 100.000 Einwohner:innen zwischen 1960 und 2018 um 33 Prozent weniger (Statistik Austria, 2019). Die geringe Zunahme an Jungallgemeinmedizinerinnen und -medizinern äußert sich in einer hohen Altersstruktur der bestehenden Hausärztinnen/-ärzte. Laut einer Studie von Stigler (2020) aus dem Jahr 2017 waren 75 Prozent von ihnen 55 Jahre oder älter, und bis 2032 wurde die Pensionierung von 69,8 Prozent der Hausärztinnen/-ärzte prognostiziert. Die Zahl der Patientinnen/Patienten pro Hausärztin/-arzt wuchs innerhalb von 15 Jahren um mehr als 200 Personen an (2005: 2.063, 2020: 2.289), was eine weiterhin steigende Inanspruchnahme erwarten lässt

(Anschöber, 2021) (Statistik Austria, 2021). Da sich lediglich etwa ein Viertel der Personen mit abgeschlossener Ausbildung zum/zur Allgemeinmediziner:in tatsächlich für die Tätigkeit als Hausärztin/-arzt mit Kassenvertrag entscheiden, ist ein Decken des hausärztlichen Workforcebedarfs allein durch Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung unwahrscheinlich. Fast 75 Prozent arbeiten in erster Linie als Krankenhausärztinnen und -ärzte, Vertretungsärztinnen und -ärzte oder in einer Privatpraxis (Stigler, 2020).

Primärversorgungsreform in Österreich

Im Jahr 2014 beschloss die Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK) die Reformierung des Primärversorgungssystems (BMG, 2013) und verabschiedete das „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich – Das Team rund um den Hausarzt“ (BMG, 2014), welches als Vision für die Umsetzung der Reform deren Ausgestaltung beschreibt.

Nach internationalem Beispiel wurde Primärversorgung wie folgt definiert:

„Die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.“ (Vereinbarung gemäß Art. 15a, S. 4)

Die Umsetzung dieser Form der Primärversorgung war in multiprofessionellen Teams, organisiert als Zentrum an einem Standort oder als Netzwerk an mehreren Standorten, vorgesehen. Das Primärversorgungsteam umfasst ein Kernteam, bestehend aus Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin, diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und Ordinationsassistentinnen bzw. -assistenten. Abhängig vom Bedarf in der Region kann das Team durch Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Diätologinnen/Diätologen, Logopädinnen/Logopäden, Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, klinische und/oder Gesundheitspsychologinnen/-psychologen, Sozialarbeiter:innen und Hebammen ergänzt werden (BMG, 2014). Primärversorgungseinheiten (PVE) sind laut Primärversorgungsgesetz (PrimVG) § 2 (Primärversorgungsgesetz – PrimVG, 2017) Erstanlaufstellen im Gesundheitsversorgungssystem für die Bevölkerung im Einzugsgebiet. Ihre Hauptaufgaben liegen in der Gesundheitsförderung und Prävention, der umfassenden Behandlung von Personen mit akuten und chronischen Erkrankungen sowie der gesamtheitlichen und kontinuierlichen Gesundheitsvorsorge. Weiters fällt die Koordination der Maßnahmen zur Krankenversorgung in ihren Aufgabenbereich (Primärversorgungsgesetz – PrimVG, 2017). Interprofessionelle Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team ist ein essenzielles Merkmal von PVE (Primärversorgungsgesetz – PrimVG, 2017).

Primärversorgungseinheiten sollen die Primärversorgung in Österreich stärken und sich deshalb an bestimmten Qualitätsanforderungen orientieren. Darüber hinaus verstehen sich PVE als lernende Organisationen, in denen ständige Weiterentwicklung der Organisation und lebenslanges Lernen der einzelnen Teammitglieder Teil der Arbeitskultur sind (BMG, 2014).

Das im Zielsteuerungsvertrag für die Jahre 2013 bis 2016 festgelegte Umsetzungsziel, dass mit Ende 2016 mindestens ein Prozent der Bevölkerung pro Bundesland (das entspricht österreichweit mindestens 80.000 Personen) in den innovativen Modellen der Primärversorgung versorgt wird, wurde nicht erreicht (BMG, 2013). In der darauffolgenden Zielsteuerungsperiode 2017 bis 2021 wurde im Zielsteuerungsvertrag als „strategisches Ziel 1“ bzw. „operatives Ziel 1.1“ der österreichweite PVE-Auf- und Ausbau festgelegt. Zwei assoziierte Art.-15a-Vereinbarungen zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung wurden beschlossen (Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie Zielsteuerung-Gesundheit). Als Messgröße war die Errichtung von 75 PVE bis zum Ende der Zielsteuerungsperiode (2021) in ganz Österreich vorgesehen (BMG, 2017).

Das Vereinbarungsumsetzungsgesetz zum Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG) (Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2017 – VUG 2017), der Zielsteuerungsvertrag zum Ausbau der Primärversorgungsstrukturen, das Gesundheitsreformumsetzungsgesetz (GRUG) (GRUG 2017) zu den Rahmenbedingungen für PVE sowie das Primärversorgungsgesetz (PrimVG) (Primärversorgungsgesetz – PrimVG) wurden 2017 verabschiedet. Diese legten die rechtlichen und systemregulatorischen Rahmenbedingungen für die Etablierung multiprofessioneller PVE fest. Der Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) definiert das Leistungsspektrum für die „(teambasierte) Primärversorgungseinheit (PV-Einheit)“ (BMSGPK). Seit 2019 konkretisiert ein zwischen dem damaligen Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV; nunmehr: Dachverband der Sozialversicherungsträger, DVSV) und der Bundeskurie niedergelassene Ärzte der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) bundesweit beschlossener Gesamtvertrag die Rahmenbedingungen zur Umsetzung von PVE in Österreich. Dieser verweist auf weitere Vereinbarungen auf Landesebene (ÄK Wien, 2019).

Als primäre Ziele der Implementierung multiprofessioneller Primärversorgungseinheiten postuliert der Zielsteuerungsvertrag die Entlastung „des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes“ – sprich die Entlastung von Spitalsambulanzen (BMG, 2017). Das „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich“ (BMG, 2014) beschreibt nach internationalem Vorbild und auf Basis der präsenten sowie zukünftigen Herausforderungen in der österreichischen Primär- und Gesundheitsversorgung, wie sie auch in anderen Industrieländern bestehen, weitere Zielsetzungen. Dazu zählen ein verbesserter Zugang durch erweiterte Öffnungszeiten an den Tagesrandzeiten für Patientin-

nen/Patienten, Kontinuität und Koordination in der Betreuung – primär für Menschen mit chronischen Erkrankungen und komplexen Versorgungsbedarfen – sowie die Übernahme der Lotsenfunktion im Gesundheits- und Sozialwesen zur Reduktion vermeidbarer Wege, diagnostischer und therapeutischer Leistungen. Gemeinsam mit der intensiven Integration von Gesundheitsförderungen und Krankheitsprävention werden diese Ziele auch als Anforderungen an PVE im PrimVG formuliert (Primärversorgungsgesetz – PrimVG, 2017). Für vor allem junge Allgemeinmediziner:innen und weitere Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen sollen PVE attraktive Arbeitsbedingungen durch die Zusammenarbeit im Team sowie flexible und familienfreundliche Arbeitszeitmodelle mit einer ausgewogenen Work-Life-Balance bieten. Ähnlich den erfolgreichen Bestrebungen Frankreichs zur Etablierung multiprofessioneller Einrichtungen – der „maisons de santé“ – werden PVE als Strategie, um dem Arbeitskräftemangel zu begegnen, forciert (Kringos et al., 2015). Zudem sollen PVE praxisbezogene Ausbildungsstätten für Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe sein und eine neue Generation orientiert an einer multiprofessionellen und kooperativen Arbeitskultur ausbilden. Aus System-sicht besteht das Ziel, dass die Allgemeinmedizin eine Aufwertung aufgrund deren zentraler Rolle in PVE sowohl in der Stadt als auch in ländlichen Regionen erfährt. Koordinierte und kontinuierliche Versorgungsprozesse und -strukturen, z. B. anhand von Disease Management-Programmen (DMP), sowie die verpflichtende Dokumentation von Diagnosen nach der International Classification for Primary Care (ICPC-2) sollen Transparenz und Sicherung der Qualität im Versorgungsalltag schaffen sowie die Basis für Versorgungsforschung liefern (BMG, 2014, ÄK Wien).

Damit sollte eine optimale medizinische und pflegerische Versorgung mit hoher Qualität möglichst wohnort- und zeitnah allen Bürgerinnen und Bürgern zur Verfügung stehen und gleichzeitig künftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen (z. B. durch anstehende Pensionierungen von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern oder veränderte gesellschaftliche Bedürfnisse in der Gesundheitsversorgung) begegnet werden (BMG, 2017).

Mit Stand November 2022 bestehen insgesamt 37 Primärversorgungseinheiten in Österreich (GÖG, 2022a).

1.1 Problemstellung

Im Jahr 2013 wurde eine Primärversorgungsreform in Österreich mit der Implementierung multiprofessioneller Teams eingeleitet. Gemäß Reform Erfahrungen anderer Länder ist ein multidimensionaler Ansatz, der alle Ebenen der Primärversorgung adressiert, für eine erfolgreiche Diffusion des Wandels essenziell (Borkan et al., 2010, Bourgueil et al., 2009, Caldwell and Mays, 2012). Die österreichische Primärversorgung hat sich zahlreichen Herausforderungen zu stellen. Ein kurzfristiger Mangel an vor allem allgemeinmedizinischer Workforce wird prognostiziert, die aktuelle Ausbildung und die hausärztlichen Arbeitsbedingungen werden ebenso

vielfach kritisiert (Stigler, 2020). Die Reformmaßnahmen zur Stärkung der Primärversorgung adressieren vornehmlich die Umsetzung eines Strukturwandels. Regulatorien zur Etablierung der neuen PVE stellen hohe Anforderungen an die Gründer:innen, deren Konzepte und die zukünftige Organisation inklusive Teams. Tools zur Unterstützung der Gründer:innen sowie Instrumente, die signalisieren, inwiefern deren Konzepte die reformrelevanten Aspekte abdecken, fehlen.

Nationale Ziele der Systemsteuerung konzentrieren sich laut dem aktuellen Zielsteuerungsvertrag auf die Steigerung des Ansehens des Faches Allgemeinmedizin, die Adaption von Honorierungsmodellen als Anreiz für teambasierte Primärversorgung, die Dokumentation sowie die Bereitstellung von Daten für Evaluation und Forschung, um die Qualität in der Primärversorgung zu sichern und zu fördern (BMG, 2017). Aus dem verfehlten ursprünglichen Ziel von 75 PVE bis 2021, das bis 2023 verlängert wurde, dessen Erreichung jedoch nicht absehbar ist, ist abzuleiten, dass relevante Aspekte, die förderlich für die Etablierung teambasierter Primärversorgung wären, nicht oder nicht in ausreichender Form adressiert werden. Denn zu wenige Allgemeinmediziner:innen entscheiden sich für die Gründung und Tätigkeit in einer PVE.

Inwiefern Aspekte, die national und international als wesentlich für eine gut ausgebaute Primärversorgung gelten, auch in Österreich prioritäre Ziele darstellen könnten, ist unbekannt. Sichtweisen der Stakeholder:innen und von der Primärversorgungsreform Betroffener könnten Hinweise auf relevante nächste Schritte und deren Umsetzbarkeit geben.

Um PVE mit den entsprechenden personellen Ressourcen auszustatten, ist es notwendig, die allgemeinmedizinische Workforce, die noch nicht in der öffentlichen Primärversorgung tätig ist, zu mobilisieren. Die Einstellung zur PVE als neuem Arbeitsfeld ist jedoch unbekannt. Um PVE erfolgreich in Österreich implementieren zu können, ist es notwendig, ein Verständnis für die Faktoren, die eine wirksame Umsetzung der Politik behindern oder fördern, zu erlangen.

1.2 Zielsetzung

Auf Basis der Herausforderungen der Primärversorgung in Österreich ist es das Ziel dieser Dissertation, die Umsetzung der Primärversorgungsreform aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu beleuchten.

Für die Operationalisierung von PVE aus Sicht ihrer Gründer:innen werden Tools entwickelt, um die nationalen Anforderungen an PVE zu erfüllen und deren Entwicklung mit Fokus auf das Leistungsspektrum darzustellen. Die zu entwickelnde Toolbox soll das Erfüllen dieser Anforderungen für multiprofessionelle PVE in der Planungsphase sicherstellen.

Zudem soll das Bild um die Perspektive der Stakeholder:innen der Primärversorgung zur Umsetzung wesentlicher Reformziele erweitert werden.

Das letzte Ziel ist die Erhebung der Einstellungen von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern, die noch nicht in der öffentlichen Primärversorgung tätig sind, zur Tätigkeit in PVE, da diese eine essenzielle Personalressource für zukünftige PVE in Hinblick auf den allgemeinmedizinischen Workforcemangel darstellen.

Daraus können Implikationen für wesentliche weitere Schritte der Primärversorgungsreform abgeleitet werden.

1.3 Forschungsfragen

Daraus ergeben sich folgende Forschungsfragen:

1. Welche Instrumente werden für die Gründung von PVE benötigt, um die Vorgaben auf Basis österreichischer Regulatorien, Gesetze und Konzepte zu PVE zu erfüllen?
2. Wie beurteilen Stakeholder:innen und Betroffene der Primärversorgungsreform Ziele zur Weiterentwicklung der Primärversorgung hinsichtlich Relevanz und Umsetzbarkeit?
3. Welche Faktoren beeinflussen aus der Perspektive von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern ohne Kassenvertrag die Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit in PVE?

2 Teil 1: Tools für die Gründung einer Primärversorgungseinheit (PVE) für Gründer:innen

2.1 Hintergrund

Die Primärversorgungsreform stellt, wie in Kapitel 1, Einleitung, dargestellt, vielfältige Anforderungen an Primärversorgungseinheiten als innovatives Versorgungsmodell in Österreich sowie an deren Gründer:innen. Die Gründung von PVE erfordert die Berücksichtigung zum einen gesetzlicher sowie regulatorischer und zum anderen struktureller, fachlicher und sozial-kultureller Anforderungen, die in unterschiedlichen Dokumenten beschrieben werden. Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) beschreibt die Basis- und Spezialleistungen für die „(teambasierte) Primärversorgungseinheit (PV-Einheit)“ (BMSGPK), und das Primärversorgungsgesetz legt die legislativen Anforderungen fest (Primärversorgungsgesetz – PrimVG, 2017). Das „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung“ (BMG, 2014) legt den Orientierungsrahmen für die Etablierung von PVE als innovatives Versorgungsmodell in Österreich fest. Es beschreibt eine Vision, Ziele für die neue Orientierung der Primärversorgung, deren Funktionen, den Umstand, welche Berufsgruppen in PVE tätig sein müssen und können sowie die Rahmenbedingungen zu den Strukturen der PVE als Organisation und der Honorierung und Finanzierung in Österreich (BMG, 2014). PVE können aus bestehenden Ordinationen oder Krankenanstalten entstehen oder neu, ohne vorhergehende Organisation, gegründet werden. Demnach variieren die Ausgangssituationen vor der PVE-Gründung deutlich zwischen Neugründung und Umgründung. Dies bedingt weitere Herausforderungen für Allgemeinmediziner:innen als Gründer:innen bei der Etablierung ihrer PVE.

Um die relevanten Aspekte der Reform für die Umsetzer:innen greifbar zu machen und ihre Implementierung sicherzustellen sowie entstehende Unsicherheiten, die PVE als innovative Versorgungsmodelle mit sich bringen, zu reduzieren (Hudson et al., 2019), bedarf es praktischer Vorgaben für Gründer:innen zur Orientierung. Es ist zudem wesentlich, dass ein Verständnis für das neue Versorgungsmodell geschaffen wird und die entsprechenden Kompetenzen aufgebaut werden (Capacity-Building) (Hudson et al., 2019). Letzteres können Gründer:innen in der Auseinandersetzung mit den Anforderungen im Gründungs- und Aufbauprozess erreichen.

2.2 Ziel

Für die Umsetzung der Primärversorgungsreform ist demnach eine verständliche und praktische Translation der Anforderungen für die Umsetzung notwendig. Demnach war es das Ziel, Tools zu entwickeln, die PVE-Gründer:innen dabei unterstützen können, die notwendigen gesetzlichen und regulatorischen Anforderungen in der Gründungsphase zu berücksichtigen.

Der Gesundheitsfonds Steiermark beauftragte das Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV) der Medizinischen Universität Graz (Med Uni Graz) mit der Begleitung und Unterstützung von PVE-Gründungsteams in der Steiermark. Als Mitarbeiterin des IAMEV und Mitglied des Projekt- und Forschungsteams entwickelte die Dissertantin im Rahmen dieser Begleitprozesse Tools für die Unterstützung von PVE-Gründerinnen und -Gründern. Das Tool 2, „Vorlage zum Versorgungskonzept für eine PVE“, wurde im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark entwickelt.

2.3 Tool 1: Checkliste für Versorgungskonzepte

2.3.1 Problemstellung

Eine Voraussetzung zur Errichtung einer Primärversorgungseinheit (PVE) ist die Entwicklung eines Versorgungskonzepts, in welchem die Funktionen der PVE beschrieben sind (Primärversorgungsgesetz – PrimVG, 2017) und das die Anforderungen zur Neuausrichtung der Primärversorgungsstrukturen in Österreich zu erfüllen hat und im Idealfall von den Leistungserbringerinnen/-erbringern selbst erstellt werden soll. Der:Die Gründer:in hat das Versorgungskonzept bei der Österreichischen Gesundheitskasse als deren zukünftiger Vertragspartner / zukünftige Vertragspartnerin einzureichen. Zu Beginn der Dissertation bestehende Grundlegendokumente waren das „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung“ (BMG, 2014) sowie der Katalog zu Primary-Health-Care-(PHC-)Merkmalen aus der Studie „Innovative (hausarztzentrierte) Primärversorgungsmodelle in der Steiermark: Identifikation und Analyse (In Primo)“ (Siebenhofer-Kroitzsch et al., 2016). Das „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung“ konzeptioniert und beschreibt als erstes Dokument die Rahmenbedingungen zur Weiterentwicklung der Primärversorgungsstrukturen (BMG, 2014). Für die Steiermark wurde in der Studie „In Primo“ (Siebenhofer-Kroitzsch et al., 2016) ein Katalog von Primary-Health-Care-Merkmalen zur Charakterisierung innovativer Primärversorgungsmodelle vor der Umsetzung der Primärversorgungsreform definiert. Einen aktuellen Kriterienkatalog für Versorgungskonzepte – ob zu deren Erstellung oder Beurteilung – gemäß den Erfordernissen aus dem „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung“ sowie nationalen innovativen Best-Practice-Primärversorgungsmodellen gab es zu Beginn der Arbeit an der Dissertation jedoch nicht.

Zu Beginn des Dissertationsprojekts (März 2017) bestanden bereits zwei Primärversorgungszentren in Österreich, das Primärversorgungszentrum (PVZ) „Medizin Mariahilf“ und das PVZ „Die Hausärzte“ im Gesundheitszentrum Enns. Deren Versorgungskonzepte unterscheiden sich in Umfang und Aufbau. Die Erstellung von Versorgungskonzepten erfordert eine umfassende Auseinandersetzung mit den österreichischen Regulatorien, mit PVE als innovativem Versorgungsmodell und idealerweise dem Versorgungskonzept PHC. Gründer:innen haben

jedoch mangelnde zeitliche Ressourcen, sich tiefgehend mit dem neuen Versorgungsmodell auseinanderzusetzen.

2.3.2 Ziel

Um eine Grundlage für Gründer:innen sowie Expertinnen/Experten bzw. Stakeholder:innen für die Erstellung und Beurteilung von Versorgungskonzepten zu schaffen, war es das Ziel, auf Basis des „Konzepts zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung“ sowie bereits bestehender Projekte Best-Practice-Kriterien für PVE-Versorgungskonzepte zu definieren. Dieser Kriterienkatalog kann künftig als Checkliste für die Erstellung von Versorgungskonzepten oder im Sinne eines Beurteilungsschemas herangezogen werden.

2.3.3 Methode

Für die Entwicklung des Kriterienkatalogs erfolgte eine Dokumentenanalyse des bestehenden Katalogs von PHC-Merkmalen aus der Studie „In Primo“ sowie des „Konzepts zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung“. Relevante Aspekte aus dem nationalen Konzept, die in einem Versorgungskonzept für PVE zu berücksichtigen sind, wurden in den Merkmalen der „In Primo“ Studie ergänzt (Siebenhofer-Kroitzsch et al., 2016). Zudem erfolgte eine Anpassung der Merkmale an die aktuellen Vorgaben entsprechend dem nationalen Konzept. Auf Basis des so entstandenen Kriterienkatalogs wurde eine Checkliste erstellt und diese mit den Versorgungskonzepten der zwei PVE, die zu Beginn der Arbeit an der Dissertation bestanden, pilotisiert. Die Versorgungskonzepte wurden auf Anfrage von den beiden PVE-Gründern per E-Mail übermittelt.

2.3.3.1 Dokumentenanalyse

Im Projekt „In Primo“ (Siebenhofer-Kroitzsch et al., 2016) wurde ein Katalog von 19 Primary-Health-Care-Merkmalen inklusive der zu erfüllenden Kriterien zur Charakterisierung innovativer Primärversorgungsmodelle in der Steiermark entwickelt. Die Erstellung erfolgte vor der Umsetzung der Primärversorgungsreform in Anlehnung an das „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung“ (BMG, 2014), welches das Grundlagenkonzept für die Reform darstellt. Diese Merkmale wurden fünf Kategorien zugeordnet: 1. „Team“, 2. „Zugang“, 3. „Umfassende, niederschwellige Versorgung“, 4. „Koordinierte, kontinuierliche Versorgung“ und 5. „Weitere Merkmale“. Die „In Primo“-Studie hatte zum Ziel, aktuelle Versorgungsformen hinsichtlich Primary-Health-Care-Merkmalen zu identifizieren und zu beschreiben (Siebenhofer-Kroitzsch et al., 2016). Die im Projekt „In Primo“ entwickelten Kategorien und Merkmale wurden als Basis für die Entwicklung der Best-Practice-Kriterien herangezogen und in einem iterativen Prozess angepasst.

Da die in der In Primo-Studie erarbeiteten Kriterien für ein anderes Ziel und eine andere Methode entwickelt worden waren, war eine Anpassung erforderlich, um ihren Einsatz zur Erstellung bzw. für die dokumentarische Analyse von Versorgungskonzepten zu ermöglichen. Zudem erfolgten inhaltliche Anpassungen zur intensiveren und strengerem Orientierung an den PHC-Merkmalen zur Umsetzung der neuen PVE. Dazu erfolgte eine Sichtung der Merkmale und Kriterien auf Vollständigkeit durch den Abgleich mit dem „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung“ (BMG, 2014). Hierbei wurden die Ziele sowie Funktionen, die in Kapitel 2, „Zielsetzung für die Neuausrichtung der Primärversorgung“, sowie in Kapitel 3, „Funktionen einer gestärkten Primärversorgung“, des Grundlagenpapiers angeführt werden, als die als obligat zu beschreibenden Merkmale herangezogen. Um die Praktikabilität des Katalogs zu gewährleisten, wurde festgelegt, die Merkmale bis zu einer maximalen Anzahl von 35 Merkmalen zu erweitern. Sofern mehrere Unterkriterien zur Erfüllung eines Hauptkriteriums erforderlich waren, wurde dies in der Beschreibung der Kategorie angegeben.

2.3.3.2 Pilotisierung der Checkliste

Nachdem die Merkmale und Kriterien aus der „In Primo“-Studie adaptiert worden waren, erfolgte in einem zweiten Schritt ihre Testung auf Anwendbarkeit anhand der zwei obengenannten Versorgungskonzepte inklusive Adaptionen. Im ersten Durchgang wurden während der Beschreibung des Versorgungskonzepts des PVE „Die Hausärzte“ Anpassungen der Kategorien zur Steigerung der Anwendbarkeit und Verständlichkeit des Beurteilungsschemas sowie bei Bedarf eine Präzisierung der Formulierungen vorgenommen. Das Versorgungskonzept des PVE „Medizin Mariahilf“ wurde im zweiten Durchgang bewertet. Zum Abschluss erfolgte in einem dritten Schritt die Analyse der Versorgungskonzepte mit dem finalen Beurteilungsschema. Die Bewertung und die Beschreibung der Versorgungskonzepte anhand des Kriterienkatalogs erfolgten tabellarisch.

2.3.4 Ergebnisse

2.3.4.1 PHC-Merkmale und -Kriterien für Versorgungskonzepte

Der Kriterienkatalog umfasste nach Adaption und Ergänzung auf Basis des „Konzepts zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung“ 34 Primary-Health-Care-Merkmale. Die ursprünglichen fünf Kategorien wurden um eine Kategorie namens „Organisationskonzept“ erweitert. Kategorie 5 wurde in „Dokumentation, Qualität, Ausbildung und Forschung“ umbenannt. In Kategorie 1, „Team“, wurden ausschließlich inhaltliche Adaptionen an den Kriterien vorgenommen, die Anzahl der PHC-Merkmale blieb dort mit vier unverändert. Kategorie 2, „Zugang“, wurde um zwei PHC-Merkmale ergänzt (2e, 2f) und weist sechs Merkmale auf. An den PHC-Merkmalen, die aus dem „In Primo“-Katalog übernommen worden waren, erfolgten Adaptionen bei den Benennungen sowie den Kriterien der PHC-Merkmale 2a und 2c. In Kategorie 3, „Umfassende, niederschwellige Versorgung“, finden sich nun sieben Merkmale. An

den PHC-Merkmalen 3a, 3b und 3c wurden Adaptionen bei den Benennungen der Merkmale und/oder den Kriterien durchgeführt, am PHC-Merkmal 3d erfolgte eine Ergänzung bei der Benennung, und das originale Merkmal 3e wurde gestrichen, da die Originalkriterien nicht in diesem Detailgrad in den Versorgungskonzepten beschrieben werden. Zudem wurden drei PHC-Merkmale ergänzt (neu: 3e–3g). Die 4. Kategorie, „Koordinierte, kontinuierliche Versorgung“, beinhaltet acht PHC-Merkmale, wobei in den originalen Kategorien 4a (neu: 4b) und 4d (neu: 4f) Adaptionen bei den Benennungen der PHC-Merkmale sowie bei den Kriterien erfolgten. Das originale PHC-Merkmal 4c (neu: 4e) blieb unverändert. Fünf PHC-Merkmale wurden ergänzt (neu: 4a, 4c, 4d, 4g, 4h). Kategorie 5, „Dokumentation, Qualität, Ausbildung und Forschung“, beinhaltet zehn PHC-Merkmale. Die originalen Kategorien 5a und 5b (neu: 5e) wurden betreffend ihre Kriterien adaptiert. Drei weitere PHC-Merkmale wurden ergänzt (5b–5d). Kategorie 6, „Organisationskonzept“, wurde gänzlich neu eingeführt und enthält vier Kriterien (6a–6d). In Tabelle 1 ist das neue Beurteilungsschema ersichtlich. In Anhang 1 können zudem die vorgenommenen Adaptionen und Ergänzungen eingesehen werden.

Tabelle 1: Checkliste für Versorgungskonzepte

Nr.	PHC-Merkmal	Kriterien	„erfüllt“
1. Team			
1a	Hausärztin/Hausarzt	Es sind mind. 2 Hausärztinnen/-ärzte in der PVE tätig.	
1b	DGKP	Es ist mindestens eine DGKP in der PVE tätig und während der gesamten Öffnungszeiten anwesend. Sie ist aktiv in die integrierte kontinuierliche Versorgung chronisch kranker Personen eingebunden.	
1c	Ordinationsassistent:in	Es ist mindestens ein:e Ordinationsassistent:in in der Einrichtung tätig.	
1d	weitere Berufsgruppen	Es ist mindestens eine weitere Berufsgruppe aus dem erweiterten PHC-Team lt. dem Konzept „Das Team rund um den Hausarzt“ in der Versorgung der Patientinnen/Patienten eingebunden (verbindliche Kooperation in einem organisatorischen Verbund oder „unter einem Dach“).	
2. Zugang (Öffnungszeiten und Webdienste)			
2a	offizielle Öffnungszeiten	Die offiziellen Öffnungszeiten umfassen die Werktage Montag bis Freitag und mindestens 40 Stunden. Es gibt keine Schließtage an Werktagen. Adaption: Werktage Montag bis Freitag Mindestöffnungszeit von 40 Stunden (2 VZÄ Allgemeinmediziner:in)	
2b	Öffnungszeiten am Tagesrand	Die Einrichtung hat laut offiziellen Öffnungszeiten auch an Tagesrandzeiten (vor 9.00 Uhr am Vormittag <u>und</u> nach 17.00 Uhr am Nachmittag) geöffnet.	
2c	Versorgung am Wochenende und an Feiertagen	Für Akutfälle außerhalb der Öffnungszeiten wird durch die PVE eine ständige Erreichbarkeit durch Absprache mit anderen Gesundheitsdienstleisterinnen/-dienstleistern sichergestellt. So die PVE nicht am Wochenende und an Feiertagen geöffnet hat, wirken die Hausärztinnen/-ärzte verbindlich am Bereitschaftsdienst mit. <i>Adaption: Sicherstellung einer Erreichbarkeit außerhalb der Öffnungszeiten und Teilnahme am Bereitschaftsdienst</i>	
2d	Webdienste	Die Einrichtung verfügt über mind. einen der drei folgenden Webdienste: Onlinebestellung eines Dauerrezepts, Onlinekommunikation (E-Mail-Adresse angegeben oder Kontaktformular), Onlineterminreservierungen <i>gleich</i>	
2e	örtliche Erreichbarkeit	Die örtliche Erreichbarkeit ist gesichert durch <ol style="list-style-type: none"> 1. Barrierefreiheit des Zugangs bzw. der Räumlichkeiten und 2. gute verkehrsmäßige Erreichbarkeit durch öffentliche Anbindung und/oder 3. Parkplätze. 	
2f	Öffentlichkeitsarbeit	Die PVE tritt als Einheit nach außen auf durch gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit und transparente Information durch Erfüllung mind. dreier der folgenden sechs Kategorien: <ol style="list-style-type: none"> 1. Vorhandensein einer Homepage 2. schriftliche Information zur PVE 3. einheitliche E-Mail-Adressen 4. Informationen zu Öffnungszeiten 	

Nr.	PHC-Merkmal	Kriterien	„erfüllt“
		5. Informationen zum Versorgungsangebot 6. Informationen zu Vertretungen und Urlaubszeiten	
3. Umfassende, niederschwellige Versorgung			
3a	Hausbesuche / aufsuchende Dienste	Hausbesuche durch die Hausärztin / den Hausarzt und bei Bedarf durch eine:n Angehörige:n einer anderen Gesundheits-/Sozialprofession (z. B. DGKP, Sozialarbeiter:in) werden angeboten.	
3b	Gesundheitsförderung/ Prävention	Die PVE erbringt Vorsorgeuntersuchung und Mutter-Kind-Pass-Untersuchung sowie mindestens ein weiteres Angebot zur populationsbezogenen Gesundheitsförderung oder Primärprävention.	
3c	Versorgung von Populationen	Das Leistungsspektrum der PVE umfasst für alle der folgenden Zielgruppen mindestens ein populationspezifisches Angebot und adressiert somit gezielt <ol style="list-style-type: none"> 1. Personen mit akuten Gesundheitsanliegen, 2. chronisch kranke und multimorbide Personen, 3. Personen mit psychischen Erkrankungen und/oder psychosozialen Versorgungsbedarfen, 4. geriatrische Personen, 5. Personen mit palliativem Versorgungsbedarf, 6. Personen mit rehabilitativem Versorgungsbedarf, 7. Säuglinge, Kinder- und Jugendliche, 8. gesunde Menschen, 9. Schwangere und Personen mit Familienplänen. 	
3d	Berücksichtigung unterschiedlicher Kulturen: Sprachkenntnisse (mündlich)	Mindestens ein Teammitglied verfügt über mindestens eine weitere Sprache zusätzlich zu Deutsch und Englisch <u>und</u> diese Sprache(n) wird (werden) öffentlich (z. B. auf der Homepage) bekanntgegeben.	
3e	Berücksichtigung unterschiedlicher Kulturen: Sprachkenntnisse (schriftlich)	Die wichtigsten Informationsmaterialien sind zusätzlich in mind. einer weiteren Sprache vorhanden – entsprechend den regionalen Gegebenheiten (z. B. Bevölkerung, Tourismus).	
3f	Berücksichtigung unterschiedlicher Kulturen: Versorgungsangebot	Es besteht ein Versorgungsangebot, das direkt an Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlichen sozialen und kulturellen Hintergründen innerhalb der betreuten Region adressiert ist, und Information über die Angebote und Zuständigkeiten in entsprechender Sprache wird angeboten.	
3g	öffentliche Gesundheitsaufgaben	Die PVE erbringt mind. eine der fünf folgenden öffentlichen Gesundheitsdienstleistungen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Totenbeschau 2. Beurteilung der Fahrtauglichkeit gemäß § 5 StVO 3. Untersuchungen nach dem Unterbringungsgesetz 4. Impfungen 5. Infektionsschutzmaßnahmen 	

Nr.	PHC-Merkmal	Kriterien	„erfüllt“
4. Koordinierte, kontinuierliche Versorgung			
4a	Terminorganisation (intern) (neu)	Die PVE bietet eine gemeinsame Administration und Terminkoordination für alle in der Einheit tätigen Vertreter:innen der Gesundheits- und Sozialberufe.	
4b	Terminorganisation (extern)	Das Leistungsspektrum der PVE umfasst für alle Patientinnen/Patienten (nicht nur bei Bedarf, z. B. Sprachbarrieren, akute Fälle, eigene Terminorganisation unzumutbar) eine Terminorganisation bei Überweisung zu externen Versorgungspartner:innen.	
4c	strukturierter Informationsaustausch (intern)	Es findet ein regelmäßiger Wissenstransfer und Informationsaustausch innerhalb der PVE statt. Dieser wird mind. gewährleistet durch <ul style="list-style-type: none"> 1. regelmäßig stattfindende interdisziplinäre Teamsitzungen und/oder 2. regelmäßig stattfindende interdisziplinäre Fallbesprechungen und/oder 3. einen regelmäßigen elektronischen Informationsaustausch zwischen allen Teammitgliedern (z. B. via Informationsplattform) 	
4d	strukturierter Informationsaustausch (extern)	Es findet ein strukturierter Informations-/Befundaustausch mit externen (intra- und extramuralen) Versorgungspartner:innen durch standardisierte und festgelegte Prozesse statt.	
4e	Therapie aktiv und Begleitung chronisch Kranker	Die Hausärztin / Der Hausarzt nimmt an dem Disease Managementprogramm „Therapie aktiv – Diabetes im Griff“ teil und begleitet mind. eine weitere chronisch kranke Patientengruppe (z. B. Patienten mit Herzinsuffizienz) standardisiert in regelmäßigen Abständen (= Kontrolltermine mind. alle 6 Monate, die durch das Team aktiv angeboten werden).	
4f	Förderung des Selbstmanagements und Stärkung der Gesundheitskompetenz	Die PVE bietet mindestens innerhalb der strukturierten Versorgungsprogramme für die zwei chronisch kranken Patientengruppen Schulungen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und Förderung des Selbstmanagements an. Anmerkung: Die Begriffe Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement müssen im Versorgungskonzept mind. einmal genannt werden.	
4g	Register- und Wiederbestellsysteme	Die PVE führt Register- und Wiederbestellsysteme für mindestens zwei (chronisch kranke) Patientengruppen (Diabetes mellitus und eine weitere).	
4h	Impfregister	Die PVE führt ein Impfregister und Erinnerungssystem.	
5. Dokumentation, Qualität, Ausbildung und Forschung			
5a	umfassende EDV-Nutzung	Es sind folgende zwei Kriterien zu nennen: <ul style="list-style-type: none"> 1. Die Patientendaten werden in einer gemeinsamen elektronischen Patientenakte für alle in der PVE tätigen Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe erfasst. 2. Es erfolgt eine elektronische Befundübermittlung (z. B. DaMe) 	
5b	ICPC-2	Es erfolgt eine einheitliche Diagnoseerfassung mittels ICPC-2.	
5c	Qualitätsmanagement und -sicherung	Die PVE verfügt über Regelungen zu Qualitätsmanagement und -sicherung. Mindestens drei der folgenden sieben Kriterien werden genannt: <ul style="list-style-type: none"> 1. die Organisation von oder Teilnahme an Qualitätszirkeln 2. die Durchführung von Fallbesprechungen 3. der Einsatz evidenzbasierter Leitlinien 	

Nr.	PHC-Merkmal	Kriterien	„erfüllt“
		4. Beschreibungen der Kernprozesse 5. ein strukturiertes Beschwerdemanagement 6. regelmäßige Fort- und Weiterbildungen der Teammitglieder 7. Supervision	
5d	Forschung	Die PVE trägt durch 1. Teilnahme an Forschungsnetzwerken und/oder 2. Projekte von Forschungseinrichtungen an der Wissensgenerierung und der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und -prozesse bei.	
5e	Lehrpraxis bzw. Ausbildungsstätte	Die PVE ist eine Ausbildungsstätte für Mediziner:innen und Angehörige anderer Gesundheitsberufe oder strebt dies an.	
6. Organisationskonzept			
6a	Ablauf-/Aufbauorganisation	Das Versorgungskonzept verfügt über eine Beschreibung der Ablauf(prozesse)- sowie Aufbauorganisation (z. B. in Form eines Organigramms).	
6b	Versorgungsziele	Die PVE definiert jeweils mind. ein Versorgungsziel für die drei Zielgruppen 1. Patientinnen/Patienten, 2. Vertreter:innen der Gesundheits- und Sozialberufe, 3. Gesundheitssystem.	
6c	Organisationsform	Die Angabe der Organisationsform (Zentrum/Netzwerk) sowie des Standorts bzw. der Standorte ist im Versorgungskonzept vorhanden.	
6d	Rechtsform	Die Angabe der Rechtsform ist im Versorgungskonzept vorhanden.	

2.3.4.2 Analyse der Versorgungskonzepte

Die Ergebnisse der Analyse der Versorgungskonzepte des PVE „Medizin Mariahilf“ und des PVE „Die Hausärzte“ sind in Tabelle 2 ersichtlich. Tabelle 3 zeigt die Legende zu den Symbolen des Beurteilungsschemas. Anhang 2 stellt die Anmerkungen zur Beurteilung tabellarisch dar.

Tabelle 2: Ergebnisse zur Beurteilung der Versorgungskonzepte

Beurteilungsschema		Versorgungskonzepte	
PHC-Merkmal	Kriterium	PVE Enns „Die Hausärzte“	PVE „Medizin Mariahilf“
Team	Hausärztin/Hausarzt	✓	✓
	DGKP	✓	✓
	Ordinationsassistenz	✓	✓
	weitere Berufe	✓	✓
Zugang	erweiterte Öffnungszeiten	✓	✓
	Öffnungszeiten am Tagesrand	✓	✓
	Versorgung am Wochenende und an Feiertagen	✓	x
	Webdienste	x	x
	örtliche Erreichbarkeit	x	✓
	Öffentlichkeitsarbeit	✓	✓
umfassende, niederschwellige Versorgung	Hausbesuche / aufsuchende Dienste	✓	✓
	Gesundheitsförderung und Primärprävention	✓	x
	Versorgung spezieller Zielgruppen	*	x
	öffentliche Gesundheitsaufgaben	✓	x
	Berücksichtigung unterschiedlicher Kulturen: Sprachkenntnisse (mündlich)	x	x
	Berücksichtigung unterschiedlicher Kulturen: Sprachkenntnisse (schriftlich)	x	x
	Berücksichtigung unterschiedlicher Kulturen: Versorgungsangebot	x	x
koordinierte, kontinuierliche Versorgung	Terminorganisation (intern)	✓	x
	Terminorganisation (extern)	x	x
	strukturierter Informationsaustausch (intern)	✓	✓
	strukturierter Informationsaustausch (extern)	✓	✓
	Therapie aktiv und Begleitung chronisch Kranker	*	*
	Register- und Wiederbestellsysteme	*	*
	Förderung des Selbstmanagements und Stärkung der Gesundheitskompetenz	✓	x
Dokumentation, Qualität, Ausbildung und Forschung	umfassende EDV-Nutzung	*	x
	ICPC-2	✓	✓
	Impfregister	x	✓
	Lehrpraxis bzw. Ausbildungsstätte	✓	✓
	Qualitätsmanagement und -sicherung	✓	✓

	Forschung	✓	×
Organisations- konzept	Versorgungsziele	✓	*
	Organisationsform	✓	✓
	Rechtsform	✓	✓
	Ablauf-/Aufbauorganisation	✓	✓

Tabelle 3: Legende zu den Symbolen des Beurteilungsschemas

✓	Kriterium vollständig erfüllt
×	Kriterium nicht erfüllt
*	Kriterium indirekt erfüllt / keine vollständige Erfüllung des Kriteriums aufgrund unspezifischer Angabe

1. Team

In der Analyse der Versorgungskonzepte zeigte sich, dass beide PVE über ein multiprofessionelles Team verfügen. Mit neben Allgemeinmedizin, Ordinationsassistenz und diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP) sieben weiteren Gesundheits- und Sozialberufen wies das PVE „Die Hausärzte“ ein deutlich größeres erweitertes Team im Vergleich zu lediglich zwei weiteren Professionen – Psychotherapie und Diätologie – in der PVE „Medizin Mariahilf“ auf. Ebenso übernehmen laut Versorgungskonzept in beiden PVE DGKP Aufgaben in der Versorgung chronisch kranker Patientinnen/Patienten.

2. Zugang

Aus der Beurteilung der Versorgungskonzepte geht hervor, dass beide PVE zeitlich umfassend erreichbar sind – sowohl von Montag bis Freitag als auch an den Tagesrandzeiten (vor 9.00 Uhr, nach 17.00 Uhr). Zudem nehmen die Allgemeinmediziner:innen der PVE „Die Hausärzte“ im Vergleich zu jenen der PVE „Medizin Mariahilf“ am Bereitschaftsdienst zur Sicherstellung der Versorgung außerhalb der Öffnungszeiten teil. Webdienste wie die Vorbestellung von Dauerrezepten oder Onlineterminreservierungen werden in keinem der beiden Versorgungskonzepte genannt. Auch E-Mail-Adressen oder Kontaktformulare für Patientinnen/Patienten werden nicht dezidiert angeführt. Eine gute örtliche Erreichbarkeit und Barrierefreiheit erschließt sich aus den Erläuterungen des Versorgungskonzepts der PVE „Medizin Mariahilf“, nicht jedoch aus jenem der PVE „Die Hausärzte“.

3. Umfassende, niederschwellige Versorgung

Die Analyse des PHC-Merkmals „umfassende, niederschwellige Versorgung“ ergab, dass durch beide PVE eine Versorgung im Wohnumfeld durch Hausbesuche gewährleistet wird. In der PVE

„Die Hausärzte“ werden zudem proaktive Hausbesuche durch die Allgemeinmediziner:innen sowie die DGKP durchgeführt. Das Leistungsspektrum dieser PVE umfasst laut Versorgungskonzept populationsbezogene Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention wie Vorsorgeuntersuchungen, Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen und Lebensstilberatung sowie öffentliche Gesundheitsaufgaben. Das Versorgungskonzept des PVE „Medizin Mariahilf“ erfüllt keines der genannten Kriterien. Die gemäß dem „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung“ obligat zu versorgenden Populationen werden im Versorgungskonzept der PVE „Die Hausärzte“ teilweise nur indirekt durch Nennung der behandelnden Professionen tangiert. Im Versorgungskonzept der PVE „Medizin Mariahilf“ ist die Beschreibung der auf Populationen fokussierten Versorgung ausständig, wodurch eine vollständige Erfüllung des Merkmals „Versorgung von Populationen“ in keinem der beiden Versorgungskonzepte erfüllt wurde. Bevölkerungsgruppen mit diversen sozialen und kulturellen Hintergründen werden ebenfalls in keinem der beiden Versorgungskonzepte als Zielgruppen adressiert, weder durch schriftliche Informationen oder sprachliche Kompetenzen von Teammitgliedern noch durch populationsspezifische Angebote.

4. Koordinierte, kontinuierliche Versorgung

Die Kriterien zum strukturierten Informationsaustausch – sowohl innerhalb der Organisation als auch mit externen Versorgungspartnerinnen/-partnern – werden von beiden Versorgungskonzepten erfüllt. Zudem wird laut dem Versorgungskonzept der PVE „Die Hausärzte“ eine gemeinsame Administration sowie Terminkoordination für alle in der PVE tätigen Professionen sichergestellt. In der PVE „Medizin Mariahilf“ variiert dies abhängig von der Berufsgruppe, dem Konsultationsgrund und dem Zeitpunkt der Intervention. Externe Terminkoordination erfolgt laut Analyse in keiner der beiden PVE.

Die Kriterien zur Versorgung chronisch kranker Patientinnen/Patienten durch integrierte, strukturierte Versorgungsprogramme sowie Register- und Wiederbestellsysteme werden gemäß beiden Versorgungskonzepten eingeschränkt erfüllt. Die Förderung des Selbstmanagements sowie der Gesundheitskompetenz fällt laut der Analyse der Versorgungskonzepte in das Leistungsspektrum der PVE „Die Hausärzte“, jedoch nicht in jenes der PVE „Medizin Mariahilf“.

5. Struktur der Organisation

In Hinblick auf die strukturellen Merkmale kodieren beide PVE laut ihren Versorgungskonzepten Diagnosen mittels ICPC-2, erfüllen die Kriterien des Qualitätsmanagements sowie der Öffentlichkeitsarbeit zum Auftritt als Einheit und beschreiben den Aufbau sowie die Abläufe ihrer Organisationen. Weiters fungieren beide PVE als Ausbildungsstätten für zukünftige Vertreter:innen der Ge-

sundheits- und Sozialprofessionen. Auch Angaben zu den Rechtsformen – die Gesellschafter:innen der PVE „Die Hausärzte“ kooperieren im Vertragsverhältnis einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GesmbH), jene des PVE „Medizin Mariahilf“ in einer Offenen Gesellschaft – und den Organisationsformen, beide sind als Zentren geführt, sind in den Versorgungskonzepten vorhanden. Die PVE „Die Hausärzte“ beteiligt sich zudem an Forschungsnetzwerken und beschreibt in ihrem Versorgungskonzept explizit Versorgungsziele für Patientinnen/Patienten, die Gesundheits- und Sozialberufe sowie das Gesundheitssystem – konträr zur PVE „Medizin Mariahilf“, welche indirekt vereinzelte Ziele bzw. positive Auswirkungen für Patientinnen/Patienten und das Gesundheitssystem durch die PVE anführt. Die PVE „Medizin Mariahilf“ führt – im Gegensatz zur PVE „Die Hausärzte“ – ein Recallsystem für Impfungen an, was das Führen eines Impfreisters impliziert. Eine umfassende EDV-Nutzung ist laut der Analyse der Versorgungskonzepte in keiner der PVE gegeben. Die elektronische Befundübermittlung per Datennetz der Medizin (DaMe) wird in keinem der beiden Versorgungskonzepte erwähnt. Aus dem Versorgungskonzept der PVE „Medizin Mariahilf“ geht hervor, dass dort lediglich das Kernteam in einer gemeinsamen elektronischen Patientenakte dokumentiert.

2.4 Tool 2: Vorlage zum Versorgungskonzept für eine PVE

2.4.1 Problemstellung

Gründer:innen von Primärversorgungseinheiten haben vor der Errichtung der Organisation regulatorische Voraussetzungen zu erfüllen. Das 2017 ratifizierte Primärversorgungsgesetz (PrimVG) schreibt vor, dass Primärversorgungseinheiten über ein Versorgungskonzept zu verfügen haben, das die Versorgung der Bevölkerung in ihrem Einzugsgebiet beschreibt. Das PrimVG legt die Regelung folgender Aspekte der Organisation und der Leistungen der PVE im § 6 fest:

1. *„Betreffend Leistungen:*
 - a) *Versorgungsziele des Primärversorgungsteams,*
 - b) *Beschreibung des verbindlich zu erbringenden Leistungsspektrums,*
 - c) *Regelungen zur Sicherstellung der Kontinuität der Betreuung von chronisch und multimorbid Erkrankten.*
2. *Betreffend Organisation: Regelungen*
 - a) *zur Aufbau- und Ablauforganisation im Primärversorgungsteam und in der Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsbereichen,*
 - b) *zur Arbeits- und Aufgabenverteilung und zur Zusammenarbeit im Primärversorgungsteam,*
 - c) *zur aufeinander zeitlich abgestimmten Verfügbarkeit (Anwesenheit, Rufbereitschaft, Vertretungsregeln) und örtlichen Erreichbarkeit, insbesondere bei mehreren Standorten und zu den in diesen erbrachten Leistungen,*

d) *zum gemeinsamen Auftritt nach außen.*“ (Primärversorgungsgesetz – PrimVG, 2017, S. 3)

Zudem regelt das Primärversorgungsgesetz weitere Anforderungen an PVE, die jedoch nicht verpflichtend im Versorgungskonzept zu beschreiben sind.

Weitere Voraussetzungen für PVE sind unter anderem im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (BMSGPK) festgeschrieben, der die verpflichtend zu erbringenden Basisleistungen von PVE sowie potenzielle Spezialleistungen beschreibt. Das „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich“ (BMG, 2014) liefert die Orientierung zur bundesweiten Umsetzung von PVE als neuer Versorgungsform in Österreich. Wie bereits im Kapitel 2.3 beschrieben, finden sich auch in diesem Dokument wesentliche Kriterien für PVE-Versorgungskonzepte und die Umsetzung von PVE.

Zum Zeitpunkt der Ratifizierung des Gesetzes lag jedoch für Gründer:innen von PVE in Österreich keine entsprechende Vorlage zur Erstellung des Versorgungskonzepts vor. Im Rahmen des Begleitprozesses für PVE-Gründer:innen am IAMEV, dessen Team die Dissertantin angehörte, wurde der Bedarf an einem Tool als Unterstützung für PVE-Gründer:innen identifiziert.

2.4.2 Ziel

Das Ziel war es demnach, eine Vorlage für ein Versorgungskonzept für Primärversorgungseinheiten zu erstellen und PVE-Gründerinnen/-Gründern als praktikables und kompaktes Tool zur Unterstützung bereitzustellen. Die Verwendung der Vorlage soll sicherstellen, dass die primär gesetzlich erforderlichen Aspekte von den PVE-Gründerinnen und -Gründern adressiert werden. Der ÖSG sowie das Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich dienen als weitere Grundlagen zur Spezifikation und detaillierten Ausführung der gesetzlich vorgeschriebenen Elemente. Der Einsatz einer einheitlichen Vorlage bei der Konzepterstellung seitens der Gründer:innen soll zudem die Vergleichbarkeit der Versorgungskonzepte österreichischer PVE ermöglichen.

Es war weiters intendiert, das Bewusstsein für die Kernelemente einer PVE als innovativem Versorgungsmodell in Österreich orientiert an der internationalen Definition von Primary Health Care (PHC) bei den PVE-Gründerinnen/-Gründern und weiteren am Gründungsprozess teilhabenden Personen zu steigern. Der Diskurs im Ausarbeitungsprozess des Versorgungskonzepts sollte die Translation des theoretischen Konzepts in die Praxis fördern.

Darüber hinaus können die Gründer:innen kraft der Verwendung der Vorlage als Multiplikatorinnen/Multiplikatoren und Advokatinnen/Advokaten im Feld der Primärversorgungscommunity dienen, indem sie ihr dabei gewonnenes Wissen weitergeben und, geleitet durch ihr verändertes Mindset, durch Kommunikation einen breiten Diskurs zur multiprofessionellen Primärversorgung

anstoßen (Barnett et al., 2011). Entsprechend dem Acht-Stufen-Modell nach Kotter (Kotter, 2009) wird dabei im Veränderungsprozess eine Vision für die multiprofessionelle Primärversorgung, orientiert an PHC auf der Praxisebene, entwickelt und kommuniziert.

2.4.3 Methode

Die Erstellung der Vorlage zum Versorgungskonzept für Primärversorgungseinheiten erfolgte in einem ersten Schritt anhand der Dokumentenanalyse. Herangezogen wurden hierfür das Primärversorgungsgesetz (Primärversorgungsgesetz – PrimVG, 2017), das Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich (BMG) und der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) (BMSGPK). Die im Primärversorgungsgesetz als verpflichtend für das Versorgungskonzept genannten Elemente legten die Basis für das Inhaltsverzeichnis. Die Leistungen zur „(teambasierten) Primärversorgungseinheit (PV-Einheit)“ gemäß ÖSG wurden in die Vorlage zur „Beschreibung des Leistungsprofils“ inkludiert. Weitere Leistungen wurden im Rahmen des Erstellungsprozesses in Abstimmung zwischen dem Projektteam des IAMEV (Auftragnehmer) und dem Gesundheitsfonds Steiermark (Auftraggeber) sowie der Landesstelle Steiermark der Österreichischen Gesundheitskasse ergänzt.

Die Dissertantin und ein weiterer Forscher erstellten in einem Diskurs- und Konsensverfahren die Erstversion der Vorlage zum Versorgungskonzept. Hierfür wurde die nichtpublizierte Fassung des ÖSG herangezogen. Die Erstversion erfuhr einen internen schriftlichen Reviewprozess durch die Dissertantin. Auch das Leistungsspektrum wurde entsprechend der zu diesem Zeitpunkt bereits veröffentlichten Version des ÖSG angepasst.

Der ÖSG enthält sowohl Basisleistungen, die verpflichtend in der teambasierten Primärversorgung zu erbringen sind, wie auch Spezialleistungen, die optional zu erbringen sind. Zudem sind die Leistungen im ÖSG höher granulär und als Leistungsbündel definiert. Für die Vorlage zum Versorgungskonzept wurden diese in feingranulierte Leistungen aufgedrösel. Leistungen, die direkt aus dem ÖSG stammen oder leichte Adaptionen erfuhren, um sie niedriggranulierter in der Checkliste darzustellen, wurden mit einem Asterisk (*) gekennzeichnet. Leistungen, die verpflichtend zu erbringen sind, da sie Basisleistungen gemäß ÖSG darstellen, wurden fettgedruckt. Spezielle Leistungen aus dem ÖSG, die optional zu erbringen sind, sowie Aufgaben, die spezifisch in der Steiermark zu erbringen sind, sind demnach nicht fettgedruckt.

Primärversorgungseinheiten entstehen häufig aus bestehenden Ordinationen. In der Steiermark wurden unter anderem ehemalige Krankenanstalten in Primärversorgungseinheiten umgewandelt. Für die Checklisten zu den Leistungen und Angeboten der zukünftigen PVE sollte daher beantwortet werden, in welchem Ausmaß diese erbracht werden.

Es wurden folgende Antwortkategorien definiert:

- Die Leistung wird bereits jetzt vollständig erbracht: „derzeit“
- Die Leistung wird zukünftig durch die PVE umfassender bzw. neu erbracht: „zukünftig“
- Die Leistung wird nicht erbracht: „Ø“

Ist eine Leistung verbindlich zu erbringen, wurde auf die Antwortkategorie „Ø“ in der Checkliste verzichtet.

Die Version nach interner Revision fand im Rahmen der Begleitung zweier Gründungsteams ihre erste Anwendung. Im Anschluss an die gemeinschaftliche Erstellung der zwei Versorgungskonzepte entlang der revidierten Erstversion der Vorlage zwischen den PVE-Gründungsteams und dem Projektteam des IAMEV, dem die Dissertantin angehörte, nahm diese eine weitere Überarbeitung der Struktur, der Kapitelbenennung, der Ausfüllhilfen zu den Überschriften sowie der Ausfüllformate vor.

Um die Praktikabilität der Vorlage zum Versorgungskonzept zu gewährleisten, erfolgte ein externer Review als Feasibility-Check anhand dreier semistrukturierter Expertengespräche mit PVE-Gründern .

Die Gespräche wurden entlang von acht Leitfragen geführt, welche die Aspekte der Anwendung adressierten.

1. Bitte beschreiben Sie Ihren **ersten Eindruck** am Beginn der Beschäftigung mit dem Versorgungskonzept.
 - a. Welche Aspekte erzeugten für Sie Unbehagen?
2. Die Erarbeitung welcher Kapitel bedarf **fachlicher Begleitung**?
3. Die Kapitel der Vorlage zum Versorgungskonzept enthalten **Ausfüllhilfen** als Anleitung:
 - a. Welche Ausfüllhilfen erfordern zusätzliche Erläuterungen? Welche Aspekte sollen diese zusätzlichen Erläuterungen adressieren?
 - b. Zu welchen Aspekten erwarten Sie zusätzliche **Quellen**?
4. Wie stehen Sie nach Anwendung der Vorlage zu deren **Umfang**?
 - a. Welche Kapitel könnten gekürzt werden?
 - b. Welche Kapitel sind essenziell?
5. Wie hat sich Ihre Meinung zur Vorlage des Versorgungskonzepts im Laufe der Bearbeitung verändert?

Es wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt, da der Zweck das Erfassen von Erfahrungen in der Anwendung der Vorlage und von Überarbeitungsvorschlägen von PVE-Gründerinnen und -Gründern war.

Die Auswahl der Gesprächspartner:innen war durch die geringe Anzahl der PVE-Gründer:innen und Anwender:innen der Vorlage auf diese drei Personen begrenzt. Somit kam die Purposive-Sampling-Methode zur Anwendung. Zwei Expertengespräche wurden persönlich geführt, eines via Telefon. Die Dokumentation erfolgte schriftlich durch die Interviewerin (Dissertantin). Die Gespräche dauerten zwischen 30 und 90 Minuten.

Die Ergebnisse der drei Gespräche wurden nach einem Diskursverfahren zwischen der Dissertantin und einem weiteren Forscher in die Vorlage zum Versorgungskonzept eingearbeitet, und eine finale Version wurde erstellt.

2.4.4 Ergebnisse

Der interne Review der Erstversion der Vorlage zum Versorgungskonzept zeigte Unklarheiten in der Benennung der Überschriften und der Kapitelreihenfolge sowie Redundanzen in der Checkliste zum Leistungsprofil. Die Vorlage wurde entsprechend überarbeitet.

2.4.4.1 Feasibility-Check

Erster Eindruck

Die Experten beschrieben, dass bei der ersten Durchsicht der Vorlage der Umfang des Dokuments und der damit einhergehende Arbeitsaufwand als potenziell überfordernd wahrgenommen wurden. Als erste Reaktion nannte ein Interviewpartner den Wunsch nach Reduktion. Diesbezüglich wurde vor allem das Befüllen des Kapitels 1, „Die Region und zu versorgende Bevölkerung“, welches umfangreicher Recherchetätigkeit zu regionalen Daten bedarf, von den drei PVE-Gründern angeführt. Auch Angaben zu Kooperationspartnerinnen und -partnern erzeugen laut einem Interviewpartner Arbeitsdruck aufgrund der hohen Anzahl der Gesundheits- und Sozialdienstleister:innen in der Region. Die ersten Seiten zu allgemeinen Informationen wurden durch einen Interviewpartner als positiv hervorgehoben.

Notwendigkeit fachlicher Begleitung, Anpassung der Ausfüllhilfen und Quellen

Die Interviewpartner forderten vor allem epidemiologische Quellen für das bereits erwähnte Kapitel 1, „Die Region und zu versorgende Bevölkerung“. Ein Interviewpartner wies darauf hin, einen Link zu den „Regionalen Versorgungsprofilen Primärversorgung“, die zu diesem Zeitpunkt an der Gesundheit Österreich in Bearbeitung waren, zu ergänzen. Zwei Interviewpartner nannten die Notwendigkeit einer Beratung für die epidemiologische Beschreibung der Region. Weitere Unterstützung bei der Erarbeitung sei aus Sicht eines Interviewpartners im Kapitel 2 zur Recherche und Beschreibung der Infrastruktur sowie der Kooperationspartner:innen notwendig. Auch die Be-

schreibung der Aufgabenprofile, v. a. betreffend die Überschneidungen der unterschiedlichen Professionen und die Leistungen entsprechend dem an PHC orientierten umfassenden Versorgungskonzept, sei laut zwei Interviewten herausfordernd. „Alte Strukturen“ der hausärztlichen Versorgung aufzubrechen und die „Komfortzone“ zu verlassen sei ein intensiver und aufwändiger Prozess, welcher durch Begleitung, wie sie der Interviewpartner erfahren habe, unterstützt würde. Zu den weiteren Ausfüllhilfen gab es keine Anmerkungen.

Umfang

Ergänzungen

Ein Interviewpartner schlug folgende Ergänzungen vor:

- Freitextfelder, z. B. für eigene innovative Projekte wie eine Sprechstunde mit einer Pharmazeutin / einem Pharmazeuten, Besprechungen mit dem Palliativteam
- Farben, Logo, Fotos, Kreativität, um Persönlichkeit in das Versorgungskonzept zu integrieren
- „Factsheet“ als Überblick: Zusammenfassung der wesentlichen Elemente, Schwerpunkte, Problemstellung und Mehrwert durch PVE-Gründung
- Einleitung mit Darlegung der Sinnhaftigkeit der Gründung dieser PVE und Hinweis auf gesetzliche Grundlagen

Reduktionen

- Laut einem Interviewpartner könnten Angaben zu aktuellen Öffnungszeiten und Kooperationspartnerinnen/-partnern – v. a. zur Intensität der Zusammenarbeit – entfernt werden, da diese am Beginn unklar seien, v. a. wenn die PVE nicht aus einer oder mehreren bestehenden Ordinationen entstehe. Auch die Fülle von Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleistern im urbanen Raum wurde als Grund genannt.
- Da Hausbesuche eine Pflichtleistung darstellen, könnten weiterführende Angaben dazu laut einem Interviewpartner entfernt werden.
- Redundanzen wurden von einem Interviewpartner in der Darlegung der aktuellen und zukünftigen Infrastruktur inkl. medizinisch-technischer Ausstattung, Rechtsform und Teamzusammenstellung verortet. Hier würde im Falle einer Erweiterung einer Ordination zu einer PVE eine Darlegung der zukünftigen Situation bzw. der intendierten Erweiterungen ausreichen.
- Ein Interviewpartner schlug als weitere Anpassung das Zusammenfassen der Kooperationspartner:innen, die in lokale (5 km), regionale (10 km) und überregionale (15 km) Kooperationspartner:innen differenziert waren, in „Kooperationspartner:innen im Versor-

gungsbereich“ vor. Diese Trennung sei in der Realität nicht gegeben, da Versorgungssprengel in ländlichen Regionen bereits 15 km umfassen würden. Zudem beruhe die Zusammenarbeit primär auf Vertrauen, was auch regionale Gesundheitsdienstleister:innen von einer Kooperation ausschließen könnte.

- Die Beschreibung nächstgelegener Krankenhäuser könne gemäß dem Wunsch eines Interviewpartners auf die Nennung des Namens der Krankenanstalt, die Ambulanzzeiten und den Link zur Website, auf welcher weiterführende Informationen nachgelesen werden können, reduziert werden.

Adaptionen

- Ein Interviewpartner schlug vor, die Aufgabenprofile pro Profession im PVE-Team zu beschreiben, anstatt von den Leistungen ausgehend anzugeben, wer diese erbringe. Das Aufgabenprofil der jeweiligen Profession solle neben Leistungen der Akutversorgung vor allem die Leistungen entsprechend dem PHC-Versorgungskonzept beschreiben (z. B. Gesundheitsförderung und Prävention, Wundmanagement inkl. dessen Koordination). Zusätzlich sollen weiterführende Aufgaben dargelegt werden, durch welche die Profession die Bedarfe in der Region der PVE adressiert (z. B. Kooperation mit Vertreterinnen und Vertretern anderer Gesundheits- und Sozialberufe in der PVE sowie mit externen Kooperationspartnerinnen und -partnern wie etwa Hauskrankenpfleger:innen, kleine unfallchirurgische Tätigkeiten in einer Sporttourismusregion).
- Zwei Interviewpartner gingen davon aus, dass die Ziele bei allen PVE-Gründungen ähnlich seien. Sie könnten daher ausformuliert und als Checkliste formatiert werden.
- Ein Interviewpartner sprach an, dass das vorgegebene Leistungsprofil in der Realität variere, da dies vom Vorhandensein weiterer Versorgungspartner:innen wie z. B. Krankenhäuser, die kleine chirurgische Eingriffe oder Nachsorgen anbieten, abhängige. Leistungen der Schwangerschaftsberatung und Kontrazeption seien dem fachärztlichen Bereich zuzuordnen. Die durch die PVE-Gründung zu erweiternden Angebote seien zudem von Angebot und Nachfrage abhängig.

Eindruck von der bzw. Meinung zur Vorlage nach Anwendung

- Alle Interviewpartner beschrieben die Vorlage als sehr umfassend, was jedoch sinnvoll sei, da die Auseinandersetzung mit den Themen je Kapitel relevant für die Gründung und die Tätigkeit in PVE als innovativem Versorgungsmodell sei. Die Auseinandersetzung mit den Themen schaffe das Bewusstsein, dass die Tätigkeit in einer PVE im Vergleich zu einer Einzelpraxis eine umfassende Versorgung mit erweitertem Aufgabengebiet in Bezug auf

die kontinuierliche Versorgung chronisch kranker Personen sowie auf Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz bedeute. Man beschäftige sich durch die Konzepterstellung bereits in der Vorbereitung mit der Multiprofessionalität in der Versorgung und den Aufgabenprofilen der im zukünftigen PVE-Team vertretenen Professionen. Die Konzepterstellung mache zudem deutlich, dass eine PVE-Gründung Commitment und starke Kooperationen brauche. „Papier allein ist geduldig.“, wurde von einem Interviewpartner formuliert.

- Da die Bewerbung zur Gründung einer PVE ein „öffentliches Ansuchen“ darstelle und die Vorlage zum Versorgungskonzept eine Grundlage, um die vorgeschriebenen Aspekte zu adressieren, rechtfertige dies gemäß der Aussage eines Interviewpartners die Ausgestaltung und den Umfang des Dokuments.
- Ein Interviewpartner schlug vor, Gründer:innen ein ausgefülltes Versorgungskonzept als Vorlage („Prototyp“) vor der Erstellung als Unterstützung zur Verfügung zu stellen, um dafür „ein Gefühl zu bekommen“.

2.4.4.2 Finale Version: Vorlage für ein Versorgungskonzept zur Gründung einer Primärversorgungseinheit inklusive Ausfüllhilfe

Die finale Version der Vorlage für ein Versorgungskonzept umfasst 56 Seiten und ist in folgende fünf Kapitel gegliedert:

1. Die Region und zu versorgende Bevölkerung
2. Aktuelle Infrastruktur und Kooperationen (IST)
3. Konzept der zukünftigen Primärversorgungseinheit (NEU)
4. Anmerkungen und Ergänzungen
5. Literatur

Die Vorlage kann als Formular genutzt werden und bietet unterschiedliche Ausfüllformate, um eine möglichst hohe Praktikabilität für die Befüller:innen zu gewährleisten, je nach Anforderung im Kapitel Freitextfelder, Tabellen mit Beschriftungen der Zeilen und/oder Spalten, Checklisten und Diagramme. Da die Vorlage als Word-Dokument bereitgestellt wird, können die Ersteller:innen Formatierungen entsprechend der persönlichen Präferenz vornehmen.

Am Beginn des Kapitels 3.9, „Leistungsprofil“, wird darauf hingewiesen, dass die angeführten Leistungen auf dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) beruhen und Leistungen, die daraus direkt oder abgeleitet übernommen wurden, mit einem Asterisk (*) gekennzeichnet wurden sowie verpflichtend zu erbringende Leistungen fettgedruckt sind. Zudem ist dort eine Erläuterung dazu angeführt, wie die Checklisten zu bewerten sind (*bereits jetzt vollständig erbracht:*

„derzeit“, Leistung wird zukünftig durch die PVE umfassender bzw. neu erbracht: „zukünftig“, Leistung wird weder aktuell noch in Zukunft erbracht: „Ø“). (Burgmann et al., 2018)

Die [Vorlage zum Versorgungskonzept für PVE inklusive Ausfüllhilfe](#) ist über die Website des Instituts für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung abzurufen (URL und Link finden sich in Anhang 3).

Zu allen Kapiteln ist als Ausfüllhilfe ein Begleittext vorhanden, welcher konkret zu beschreibende Aspekte sowie ggf. Quellen als Grundlage anführt.

Kapitel 1 „**Die Region und zu versorgende Bevölkerung**“ besteht aus zwei Subkapiteln, die jeweils Freitextfelder zur Beschreibung bieten. Im Subkapitel 1.1 „*Wichtige Kennzahlen der Region*“ sind die Geographie und Topographie, der Arbeitsmarkt und Bildungsangebote sowie die Versorgungssituation in der Primär-, Sekundär und Tertiärversorgung (z. B. Entfernung zu nächstgelegenen Krankenhäusern) in der Region zu beschreiben. Subkapitel 1.2 „*Versorgungsbedarf*“ leitet die PVE-Gründer:innen an, die *Demographie* (z. B. Anzahl der Einwohner:innen pro Gemeinde oder Stadt und Bezirk sowie ihre Altersverteilung und ihr Altersdurchschnitt) und versorgungsrelevante *epidemiologische Parameter* für die Region der geplanten PVE zu beschreiben. Zu Letzteren zählen etwa die Prävalenzen häufiger akuter und chronischer Erkrankungen, die in der Primärversorgung behandelt werden, wie z. B. COPD, Diabetes und Hypertonie. Kennzahlen zu *Pflege- und Rehabilitationsbedarf* in der Region sollen einerseits Hinweise auf den Umfang koordinativer Tätigkeiten (z. B. Kuranträge), komplexer Versorgungsbedarfe (z. B. Anzahl der Pflegegeldbezieher:innen nach Pflegestufen) und der Versorgung von Personen in Anstaltshaushalten (z. B. Anzahl der Pflegeheimbetten). Kennzahlen der Bevölkerung im Einzugsgebiet zu sozialen Faktoren wie Bildungsstatus und Erwerbstätigkeit sowie zum Gesundheitsverhalten und zu vulnerablen Gruppen zeigen potenzielle Tätigkeitsbereiche für *Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention* auf.

Im Kapitel 2 „**Aktuelle Infrastruktur und Kooperationen (IST)**“ sind Gründer:innen, die vor der PVE-Gründung bereits als Vertragspartner:in der Sozialversicherung oder als Wahlärztin/-arzt in eigener Ordination tätig waren, angehalten, den Status quo ihrer Infrastruktur und ihrer Kooperationen zu beschreiben. Dieses Kapitel gliedert sich in zwei Subkapitel. Zum Subkapitel 2.1 „*Infrastruktur*“ können beispielsweise Informationen zu Räumlichkeiten, Datenmanagement und Öffnungszeiten angeführt werden. Im Subkapitel 2.2 „*aktuelle Kooperationen*“ bestehen Tabellen mit vordefinierten Spalten für weiterführende Informationen (z. B. Spezialisierung) zu lokalen, regionalen und überregionalen Kooperationspartnerinnen/-partnern für Allgemeinmediziner:innen, Fachärztinnen/-ärzte, Institute, Therapeutinnen/Therapeuten, Pflegedienste, Sozialeinrichtungen,

Apotheken, die Gesundheitsförderungsanbieter:innen und sonstige Dienstleister:innen bzw. Akteurinnen/Akteure. Die Tabellen fungieren als Checkliste zur Angabe der Frequenz der Zusammenarbeit im Rahmen der bisherigen Ordination. Informationen zu nächstgelegenen stationären Einrichtungen (z. B. Fachambulanzen, zu welchen überwiesen wird) sollen in einem Freitextfeld angeführt werden.

Das Kapitel 3 „**Konzept der zukünftigen Primärversorgungseinheit**“ ist in elf Subkapitel gegliedert. Im Subkapitel 3.1 sind *Versorgungsziele* für das zukünftige PVE-Team, wie im PrimVG vorgeschrieben, zu definieren. Weitere Subkapitel widmen sich der Beschreibung der zukünftigen *Rechtsform* (3.2), der Partner:innen zur *Finanzierung* (3.3), des *Datenmanagements* (3.4), des *Standortes* (3.5) inkl. der örtlichen Erreichbarkeit gem. PrimVG, der *medizinisch-technischen und apparativen Ausstattung* (3.6) als Checkliste für die Ausstattung nach ÖSG-Leistungsmatrix und der *zeitlichen Verfügbarkeit* (3.7). Gemäß PrimVG sind „zur *aufeinander zeitlich abgestimmten Verfügbarkeit*“ auch Anwesenheiten, Rufbereitschaft und Vertretungsregeln im Versorgungskonzept zu beschreiben, welche in der Vorlage als Freitext und in Checklisten ausdefiniert werden können. Mittels Checkliste zur *Öffentlichkeitsarbeit* (3.8) ist der laut PrimVG zu beschreibende gemeinsame Auftritt nach außen abzubilden. Das Kapitel 3.9 *Leistungsprofil* bietet eine Checkliste für die „*Beschreibung des verbindlich zu erbringenden Leistungsspektrums*“ gem. PrimVG, deren Inhalte auf den Vorgaben des ÖSG beruhen. Fettgedruckte Leistungen stellen die Pflichtleistungen für PVE gem. ÖSG dar. Die *Basisaufgaben und speziellen Aufgaben* sowie Aufgaben der *Prävention und Gesundheitsförderung* wurden in Anlehnung an den ÖSG formuliert. Da die Entwicklung der Vorlage durch den steirischen Gesundheitsfonds in Auftrag gegeben worden war, erfolgte eine Konkretisierung der Aufgaben entsprechend den zum Zeitpunkt der Erstellung vorliegenden Rahmenbedingungen in der Steiermark.

Da das PrimVG vorschreibt, „*Regelungen zur Sicherstellung der Kontinuität der Betreuung von chronisch und multimorbid Erkrankten*“ im Versorgungskonzept zu definieren, werden additiv Checklisten mit konkretisierten Leistungen zum „Management von chronischen Erkrankungen“ und zum „Praxismanagement“ angeführt. Die Beteiligung an der Versorgungsforschung und an der Ausbildung Angehöriger der Gesundheits- und Sozialberufe kann in Freitextfeldern beschrieben werden.

Im Kapitel 3.10 werden Aspekte der *Organisation der Primärversorgungseinheit* gem. Vorgabe im PrimVG beschrieben. Es sind die Professionen der Mitglieder des zukünftigen Kern- sowie erweiterten Teams (Aufbauorganisation im Primärversorgungsteam gem. PrimVG) anzuführen sowie deren Aufgabenprofile in Form einer Checkliste (Arbeits- und Aufgabenverteilung gem. PrimVG). Weiters ist in Freitextfeldern die Ausgestaltung der internen und externen Zusammenarbeit – also

der Kooperation innerhalb des PVE-Teams sowie mit anderen Versorgungsbereichen gem. PrimVG – zu beschreiben. Bei Letzteren soll ein besonderer Fokus auf Kooperationspartner:innen gerichtet werden, mit welchen sehr häufig Kontakt besteht.

Das Kapitel 3.11 bietet in Freitextfeldern Raum zur Beschreibung von *Zusatzleistungen* und innovativen Maßnahmen, die durch die Gründung der PVE zusätzlich erbracht werden. Weiters werden Gründer:innen angehalten, den entstehenden Mehrwert durch die PVE-Gründung für die Patientinnen und Patienten, die Teammitglieder, die Region und die öffentliche Gesundheitsversorgung in einer Vier-Felder-Tafel zu skizzieren. Die wesentlichen Schritte und Meilensteine im Rahmen der PVE-Gründung und der Wachstumsphase sollen in einem kurz-, mittel- und langfristigen Zeitplan geplant werden.

Das **Kapitel 4** bietet ein Freitextfeld für zusätzliche Anmerkungen und Ergänzungen.

Im **Kapitel 5** wird die für die Erstellung der Vorlage verwendete Literatur gelistet. Diese kann um Quellen, die bei der Erstellung des Versorgungskonzepts herangezogen wurden, erweitert werden.

Nach der Konzepterstellung bietet ein Vier-Felder-Diagramm am Beginn der Vorlage Raum für die Konzeptersteller:innen, die durch die Gründung ihrer PVE relevantesten Neuerungen für die Versorgung aufzuzeigen. Dabei soll auf die Versorgungsbereiche Grund- und Langzeitversorgung, Akutversorgung, Versorgung durch das multiprofessionelle Team sowie Schwerpunkte und spezielle Aufgaben fokussiert werden.

2.5 Tool 3: Readiness-Checkliste und Netzdiagramme zum Leistungsspektrum von PVE

2.5.1 Problemstellung

Der ÖSG (BMSGPK) legt das umfangreiche Aufgabenprofil, das in der „(teambasierten) Primärversorgungseinheit (PV-Einheit)“ zu erbringen ist, dar. Weitere Anforderungen sind im PrimVG (Primärversorgungsgesetz – PrimVG, 2017) definiert. Die Begleitung von Gründerinnen und Gründern bei der Erstellung der Versorgungskonzepte und die Expertengespräche im Rahmen des Reviewprozesses zur Vorlage zum Versorgungskonzept für PVE zeigten auf, dass vor allem das umfassende Leistungsspektrum, erbracht durch ein multiprofessionelles Team, eine wesentliche Herausforderung bei der Etablierung einer PVE ist. Es stellt eine besonders relevante Innovation für Gründer:innen im Vergleich zu bisherigen Organisationsformen in der Primärversorgung dar, weil Einzel- und Gruppenpraxen häufig primär auf die allgemeinmedizinische Versorgung fokussierten. Das PrimVG (BMSGPK) stellt zudem weitere Anforderungen an PVE-Gründer:innen. Die Vorlage zum Versorgungskonzept (siehe Tool 2: Vorlage zum Versorgungskonzept für eine PVE

in Kapitel 2.4) listet diese Anforderungen in einem kompakten Dokument in Form von Checklisten. Die Angaben, die im Rahmen der Erstellung des Versorgungskonzepts gemacht werden, stellen lediglich den Status quo zum Zeitpunkt der Gründung dar bzw. treffen Annahmen für die Zukunft. Diese Angaben können sich je nach Ausgangssituation deutlich unterscheiden, da PVE aus bereits bestehenden Ordinationen entstehen oder neu gegründet werden können. PVE sind zudem als wachsende und sich kontinuierlich entwickelnde Organisationen zu verstehen. Ein Assessment der Leistungen und organisationalen Ausgestaltung der PVE entsprechend den Checklisten im Versorgungskonzept und die Darstellung der Ergebnisse zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Entwicklungsprozess, können Entwicklungspotenziale für PVE identifizieren und zur Reflexion sowie Weiterentwicklung anregen. Ein Tool zur Erhebung des Entwicklungsstands (Readiness) in Hinblick auf die organisationale Ausgestaltung und die Leistungen von PVE entsprechend den nationalen Anforderungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten bestand zum Beginn der Dissertation nicht.

2.5.2 Ziel

Ziel war es, Gründerinnen und Gründern auch im Wachstumsprozess den Umfang des gem. ÖSG zu erbringenden Leistungsspektrums sowie weiterer gesetzlich vorgegebener organisationaler Anforderungen zu ausgewählten Zeitpunkten aufzeigen zu können. Demnach galt es ein praktikables Tool aufbauend auf dem Versorgungskonzept, das als Grundlage für die Planung und Etablierung der PVE dient, zu entwickeln. Die Ausfüllmethode sollte niederschwellig – also leicht verständlich und kurzweilig – sein, um möglichst wenige Zeitressourcen der Gründer:innen und ihrer Teams zu beanspruchen. Um rasch Aussagen treffen zu können, sollten die Ergebnisse zum Monitoring des Entwicklungsstands anschaulich und möglichst automatisiert dargestellt werden. Das Tool sollte eine Readiness-Checkliste für PVE darstellen, um anschauliche Informationen über den erreichten Grad des verbindlich zu erbringenden Leistungsumfangs und die organisationale Funktionalität in Bezug auf nationale Anforderungen in puncto Primärversorgung zu liefern (Jackson et al., 2015, WHO, 2020).

2.5.3 Methode

Als **Grundlage für die Definition der Items** zu den zu erfüllenden Anforderungen an PVE dienten die Checklisten aus der Vorlage zum Versorgungskonzept für PVE. Die Extraktion und Konkretisierung der Leistungen von PVE und der weiteren organisationalen Anforderungen an sie erfolgte bereits im Vorprojekt zur Erstellung der Vorlage zum Versorgungskonzept durch eine Dokumentenanalyse relevanter nationaler Unterlagen (siehe Kapitel 2.4.3).

In einem ersten Schritt wurden alle Leistungen der Kapitel 3.7, „Zeitliche Verfügbarkeit“, 3.8, „Öffentlichkeitsarbeit“, und 3.9, „Leistungsprofil“, aus der Vorlage zum Versorgungskonzept als Items deduktiv in ein Excel-Tabellenblatt überführt und in die Leistungsbereiche entsprechend den Kapiteln der Vorlage zum Versorgungskonzept gegliedert. Die erste Version basierte – wie auch jene der Vorlage zum Versorgungskonzept – auf dem Leistungsspektrum gem. der nichtpublizierten Version des ÖSG. Eine Anpassung erfolgte nach der Publikation der finalen Version des ÖSG. In einem zweiten Schritt erfolgten eine thematische Clusterung der Leistungen aus umfangreichen Kapiteln und die Erstellung entsprechender Überschriften. Dies erfolgte für die Kapitel 3.9.4, „Management von chronischen Erkrankungen“, und 3.9.5, „Praxismanagement“. Zudem wurde für jede Leistungsbeschreibung eine Kurzversion für die Verwendung in der grafischen Aufbereitung in einer weiteren Spalte formuliert.

Als **Assessmentmethode** für die Items wählte die Forscher:in eine quantitative Punktebewertung. Dies gewährleistet ein möglichst einfach verständliches Ausfüllen und ermöglicht es, die Ergebnisse anhand eines Diagramms grafisch darzustellen. Die Readiness wird anhand einer dreistufigen Skala für jede Leistung bewertet: 0 Punkte: nicht erfüllt (geringe Readiness), 1 Punkt: teilweise erfüllt (mittlere Readiness), 2 Punkte: ganz erfüllt (hohe Readiness). Anhand der Punktebewertungen entsteht ein Set einzelner Indikatoren pro Leistungsbereich.

Nach internationalen Vorbildern wurden zur grafischen Darstellung der Readiness Netzdiagramme gewählt (Minang et al., 2014) (Shih and Liang, 2014). Zur Illustration der Indikatoren werden automatisiert Netzdiagramme jeweils für die Kapitel 3.7, „Zeitliche Verfügbarkeit“, 3.8, „Öffentlichkeitsarbeit“, sowie für die Subkapitel zu 3.9, „Leistungsprofil“, der Vorlage zum Versorgungskonzept erstellt. Zur Metaanalyse der Erfüllungsgrade der Leistungsbereiche werden für die Kapitel 3.7, „Zeitliche Verfügbarkeit“, 3.8, „Öffentlichkeitsarbeit“ (kurze Kapitel in der Vorlage zum Versorgungskonzept ohne Subkapitel), sowie für die Subkapitel von 3.9, „Leistungsprofil“, zusätzlich automatisiert Durchschnittswerte aus den Punktwerten berechnet und in die Tabellen mit der Zusatzbezeichnung „ÜBERSICHT“ übernommen. Die daraus automatisiert entstehenden Netzdiagramme illustrieren abstrahiert die Erfüllungsgrade in den Leistungsbereichen. Die Erhebung der Daten kann als Selbstassessment durch die Vertreter:innen der unterschiedlichen Professionen des PVE-Teams erfolgen. Das Tool kann sowohl für regelmäßige Erhebungen zum Monitoring und zur Darstellung der Entwicklung im zeitlichen Verlauf als auch für Evaluationen herangezogen werden.

2.5.4 Ergebnisse

Das Excel-Sheet zur finalen Version der „Netzdiagramme zum Grad der PVE-Leistungserbringung“ gliedert sich in zwei Teilbereiche – die **Readiness-Checkliste** zur Punktebewertung der

Leistungen aus der Vorlage zum Versorgungskonzept sowie die **Metaanalyse** zu den Leistungsbereichen als Übersicht. Das interaktive Excel-Sheet ist unter folgendem Link abrufbar: https://osf.io/gdz7p/?view_only=1df4b3c21dc64e7fa9c4231b9954e096

(DOI 10.17605/OSF.IO/GDZ7P)

Die **Readiness-Checkliste** umfasst die Leistungen der drei Kapitel 3.7, „Zeitliche Verfügbarkeit“, 3.8, „Öffentlichkeitsarbeit“, und 3.9, „Leistungsprofil“, aus der Vorlage zum Versorgungskonzept für PVE in Tabellenform. Das Kapitel 3.7 gliedert sich in die Bereiche „Zeitliche Erreichbarkeit“, „Telefonische Erreichbarkeit (Rufbereitschaft)“ und „Vertretungsregelung“.

Das Kapitel 3.9 ist untergliedert in die vier Subkapitel 3.9.1, „Basisaufgaben und spezielle Aufgaben in Anlehnung an den ÖSG“, 3.9.3, „Prävention und Gesundheitsförderung“, 3.9.4, „Management von chronischen Erkrankungen“, und 3.9.5, „Praxismanagement“. Das Subkapitel 3.9.1 gliedert sich wiederum in die elf Bereiche „Basisdiagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle bei allen einfachen, akuten und episodenhaften Gesundheitsbeschwerden“, „Basischirurgie, Wundversorgung und Nachsorge nach Verletzungen bzw. Operationen“, „Psychosoziale und sozialmedizinische Versorgung“, „Familienplanung, Schwangerschaftsberatung, Säuglingsuntersuchung“, „Versorgung von Kindern- und Jugendlichen“, „Versorgung von älteren Menschen“, „Palliativversorgung“, „Hausbesuche, aufsuchende Dienste“, „Öffentliche Gesundheitsaufgaben“, „Diagnostik“ und „Erweiterte Therapie“. Das Subkapitel 3.9.3 gliedert sich zusätzlich in die Bereiche „Prävention“ (Primär-, Sekundär und Tertiärprävention) und „Gesundheitsförderung“. Zur besseren Übersichtlichkeit im Netzdiagramm wurde das Kapitel 3.9.4 in die drei Bereiche „Medizinisches Leistungsspektrum“, „Management und Qualität“ sowie „PatientInnenorientierung“ gegliedert. Das Subkapitel 3.9.5 gliedert sich in die drei Bereiche „PVE-Praxismanagement und Terminkoordination“ (Kommunikation nach außen, internes Management), „Qualitätsmanagement und -sicherung, PatientInnen-sicherheit“ (lernende Organisation, Strukturen und Prozesse) sowie „Informations- und Datenmanagement“. Die weiteren Subkapitel des Kapitels 3.9 der Vorlage zum Versorgungskonzept sind als Freitext zu befüllen und somit nicht als Checkliste abbildbar. Insgesamt sind 174 Leistungen zu bewerten. Daraus entstehen insgesamt 27 Netzdiagramme.

Tabelle 4, Tabelle 5 und Tabelle 6 stellen Ausschnitte aus der Readiness-Checkliste inklusive Bewertung beispielhaft dar.

Tabelle 4: Bewertung der Readiness der Leistungen zum Bereich „Psychosoziale und sozialmedizinische Versorgung“ aus dem Subkapitel 3.9.1, „Basisaufgaben und spezielle Aufgaben in Anlehnung an den ÖSG“, des Kapitels 3.9, „Leistungsprofil“

Psychosoziale und sozialmedizinische Versorgung	Readiness (0–2 P.)		1,13
Identifizierung und Behandlung von PatientInnen mit psychischen bzw. psychosomatischen Gesundheitsproblemen bei Bedarf in Zusammenarbeit mit teamexternen Berufsgruppen/Einrichtungen mit PSY-Kompetenz in allen Versorgungsstufen*	2	Identif. und Behandlung v. PatientInnen m. psychischen/ psychosomatischen Ges.-Problemen	2
Erkennen und Behandlung von Suchterkrankungen, ggf. gezieltes Weiterleiten*	1	Erkennen und Behandlung von Suchterkrankungen*	1
Erkennen und ggf. Therapie bzw. bei Bedarf Weiterleiten von PatientInnen mit z.B. Schlafstörungen, Angsterkrankungen, Depressionen, Essstörungen, psychotischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen*	1	Erkennen + ggf. Therapie v. Depr., Angsterkr., Essstör., psych. KH, Persönlichk.- & Verh.-Störungen	1
Erkennen und ggf. Therapie von PatientInnen mit psychosomatischen Erkrankungen bzw. bei Bedarf Weiterleiten und Koordination bedarfsspezifisch erforderlicher Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste*	2	Erkennen + ggf. Therapie + b. Bed. Weiterleiten bei psychosom. Störungen	2
Information über Selbsthilfegruppen und Opferschutzgruppen einschließlich Vermittlung*	0	Info und Vermittlung v. Selbsthilfe- und Opferschutzgruppen	0
Identifizierung von und Beratung bei Lebensumfeld-assoziierten Risiken (z.B. soziale Risiken wie Alkoholabusus eines Familienmitglieds, häusliche Gewalt; Umweltfaktoren wie Wohnverhältnisse, Hygiene); ggf. Weiterleitung zu speziellen Unterstützungsangeboten*	2	Identifizierung v. + Beratung bei Lebensumfeld-assoziierten Risiken; ggf. Weiterleitung	2
Identifizierung und Behandlung von Personen (insbesondere Kindern und Jugendlichen), die häuslicher Gewalt oder Missbrauch ausgesetzt sind, ggf. gezieltes Weiterleiten zu sozialer Diagnostik (z.B. Gewaltprävention und Opferschutzgruppen)*	1	Identifizierung v. + Beratung bei häuslicher Gewalt/Missbrauch; ggf. Weiterleitung	1
Aktives Zugehen auf und Unterstützung im Zugang zur Versorgung für vulnerable Gruppen wie z.B. Personen mit Migrationshintergrund, sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, Risikogruppen*	0	akt. Zugehen auf + Unterstützung d. Zugangs zu Versorgung v. vulnerablen Gruppen	0

Tabelle 5: Bewertung der Readiness der Leistungen zum Bereich „Öffentliche Gesundheitsaufgaben“ aus dem Subkapitel 3.9.1, „Basisaufgaben und spezielle Aufgaben in Anlehnung an den ÖSG“, des Kapitels 3.9, „Leistungsprofil“

Öffentliche Gesundheitsaufgaben	Readiness (0–2 P.)		0,71
Kurative Versorgung von kurzfristig Inhaftierten außerhalb der Anhaltezentren*	2	Kurative Versorgung v. kurzfristig Inhaftierten außerh. d. Anhaltezentren	2
Todesfeststellung, Entscheidung über Verbringung der Leiche und amtliche Totenbeschau*	1	Todesfeststellung, Verbringung d. Leiche	1
Begutachtung und Beurteilung, ob eine Aufnahme wider Willen in eine psychiatrische Krankenanstalt gerechtfertigt ist (Unterbringung ohne Verlangen)*	0	Begutachtung + Beurteilung: Wiederaufn. Wider Willen in psych. KA	0
Begutachtungen auf Haftfähigkeit außerhalb von Justizvollzugsanstalten od. polizeilichen Anhaltezentren*	0	Begutachtung Haftfähigkeit	0
Beurteilung der Fahrtauglichkeit gemäß § 5 StVO*	2	Beurteilung Fahrtauglichkeit gemäß §5StVO	2
Mitwirkung bei Management von Infektionskrankheiten und Epidemien, Tuberkulosedagnostik*	0	Management v. Infektionskrankheiten + Epidemien, Tuberkulosedagnostik	0
Substitutionstherapie*	0	Substitutionstherapie	0

Tabelle 6: Bewertung der Readiness der Leistungen zum Kapitel 3.9.3, „Prävention und Gesundheitsförderung“

3.9.3 Prävention und Gesundheitsförderung			1,25
Prävention	Readiness (0–2 P.)		1,19
Primärprävention			
Impfinformation (Impfplan aushängen bzw. verteilen), Impfberatung, Durchführung von Impfungen*	1	Impfberatung, Impfung	1
Monitoring des Impfstatus inkl. Recall System	2	Impfstatus	2
Weiterleiten zur Raucherentwöhnung	0	Weiterleiten zur Raucherentwöhnung	0
Durchführung von Raucherentwöhnung	2	Durchf. v. Raucherentwöhnung	2
Identifizierung von und Beratung bei lebensstilassozierten Risiken (z.B. Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes); ggf. Weiterleitung zu speziellen bestehenden Programmen (z.B. Herz.Leben, Therapie Aktiv, Tabakentwöhnung)*	2	Identifizierung v. + Beratung bei Lebensstil- bzw. Lebensumfeldassozierten Risiken	2
Qualitätssicherung der Raucherentwöhnung durch Erhebung eines Minimal Data Set (MDS)	1	QM Raucherentwöhnung	1
Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten (z.B. HPV, HIV) durch Beteiligung an entsprechenden Aufklärungskampagnen*	1	Präv. sexuell übertragbarer KH	1
Präventive Hausbesuche bei geriatrischen Personen zur Risikoevaluierung (z.B. Frailty Index, Sturzprävention)*	0	präv. HB bei ger. Personen zur Risikoev.	0
Sekundärprävention			

Vorsorgeuntersuchung gemäß nationalem Vorsorgeuntersuchungs-Programm (insbesondere Assessment und Kommunikation des kardio-vaskulären Risikos z.B. mittels arriba, Lebensstilberatung plus Verweis auf entsprechende Angebote)*	2	Vorsorgeuntersuchung	2
Früherkennung von Störungen des Bewegungsapparates (z.B. Fehlhaltungen, Dysbalancen, Muskelschwächen)*	1	Früherkennung v. Störungen d. Bewegungsapparates	1
Beratung und gegebenenfalls Überweisung zu Früherkennungsmaßnahmen, insbesondere zur Früherkennung von Brust-, Gebärmutterhals- und Dickdarmkrebs unter Einhaltung der nationalen Empfehlungen (z.B. Altersgrenzen)	2	Beratung + ggf. Überweisung zu Früherkennungsmaßnahmen	2
Basisdiagnostik (z.B. FRAX ab dem mittleren Lebensalter) und Beratung bei Risikogruppen für Osteoporose*	1	BD + Beratung Osteoporose-Risikogr.	1
Früherkennung mentaler Probleme (Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen, etc.)	0	Früherkennung ment. Probleme	0
Tertiärprävention			
Koordination und Monitoring der Rehabilitation nach Entlassung aus der Akutversorgung*	1	Koord. + Monitoring der Reha nach Entlassung	1
Sicherstellen der bedarfsspezifischen rehabilitativen wohnortnahen Versorgung (Koordination, proaktive Besuche, Monitoring, Unterstützung Selbstmanagement)	1	Sicherstellung wohnortnaher Reha	1
Pflegeprophylaxe (Aktivierung, Information, Beratung, Unterstützung)	2	Pflegeprophylaxe	2
Gesundheitsförderung	Readiness (0–2 P.)		1,33
Angebote zu adäquater Bewegung & Ernährung, psychosozialem Wohlbefinden für unterschiedliche Zielgruppen unter Berücksichtigung der Gesundheitsdeterminanten (Alkoholentwöhnungs-, Raucherentwöhnungs-, Ernährungs- und Bewegungsberatung)*	2	Angebote: Bew., Ernährung, psychosoz. Wohlbef. f. Zielgruppen + Berücksicht. d. Gesundheitsdeterminanten	2
Umsetzung von Angeboten in der PVE zur Tabakentwöhnung, Richtig Essen von Anfang an (REVAN) etc. in Kooperation mit der Sozialversicherung (SV) (unter Berücksichtigung des Bedarfs der unterschiedlichen Zielgruppen der PVE)	2	Umsetzung von GF-Angeboten der SV	2
Aktives Mitwirken an Frühen Hilfen*, (Verantwortlichkeiten und Aufgaben definieren für Kooperationen im Kontext der Frühen Hilfen in Abstimmung mit der STGKK gemäß den Leitlinien des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen, z. B. Mitarbeit in Frühe Hilfen Netzwerken in der Region, aktive Zuweisung zur Familienbegleitung, Teilnahme an Vernetzungsaktivitäten)	1	Frühe Hilfen	1
Maßnahmen zur kontinuierlichen Unterstützung in der Weiterentwicklung der Gesundheitskompetenz (gemäß den Empfehlungen der Plattform für Gesundheitskompetenz)*	1	Weiterentwicklung der Gesundheitskompetenz	1

Aktiver Aufbau einer gesundheitskompetenten Organisation (Initiative „Gesundheitskompetente Gesundheitszentren“)	0	Aufbau gesundheitskompetenter Organisation	0
Fort- und Weiterbildung des PV-Teams in Bezug auf Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz (z.B. motivierende Ansprache, Gesundheitskommunikation, ...)	1	Fort- & Weiterbildung d. Teams bez. GF + Präv.	1
Aktive Mitarbeit in Projekten der „Gesunden Gemeinde /Stadt“	1	Mitarbeit „Gesunde Gemeinde/Stadt“	1
Bewusste Auseinandersetzung und gezielte Anwendung erfolgreicher Patientenkommunikation gemäß der nationaler Leitlinie	2	erfolgreiche PatientInnenkommunikation	2
Information und Beratung zu Selbsthilfegruppen	2	Info + Beratung zu Selbsthilfegruppen	2
Kooperation mit Anbietern und Projekten in der schulischen Gesundheitsförderung und Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF)	2	Koop. mit Anbietern zu schulisch. + BGF	2
Strukturierte aktuelle Übersicht und Vernetzung zu den Gesundheitsförderungsangeboten der Region (Zuständigkeit, Kooperation, Kommunikation)	1	Strukt. aktuelle Übersicht + Vernetzung zu den GF-Angeboten der Region	1
Angebote zur Bewegungsförderung z.B. Lauftreffs	1	Angebote zur Bewegungsförderung	1

Abbildung 1 stellt das automatisch erstellte Netzdiagramm zur „Psychosozialen und sozialmedizinischen Versorgung“ dar. Daraus ist ersichtlich, dass die Leistungen „Identifizierung und Behandlung von PatientInnen mit psychischen bzw. psychosomatischen Gesundheitsproblemen bei Bedarf in Zusammenarbeit mit teamexternen Berufsgruppen/Einrichtungen mit PSY-Kompetenz in allen Versorgungsstufen“, „Erkennen und ggf. Therapie von PatientInnen mit psychosomatischen Erkrankungen bzw. bei Bedarf Weiterleiten und Koordination bedarfsspezifisch erforderlicher Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste“ und „Identifizierung von und Beratung bei Lebensumfeld-assoziierten Risiken (z.B. soziale Risiken wie Alkoholabusus eines Familienmitglieds, häusliche Gewalt; Umweltfaktoren wie Wohnverhältnisse, Hygiene); ggf. Weiterleitung zu speziellen Unterstützungsangeboten“ in dieser PVE bereits voll erbracht werden, da sie mit zwei Punkten bewertet wurden. Bei den übrigen Leistungen bestehen Entwicklungsbedarfe.

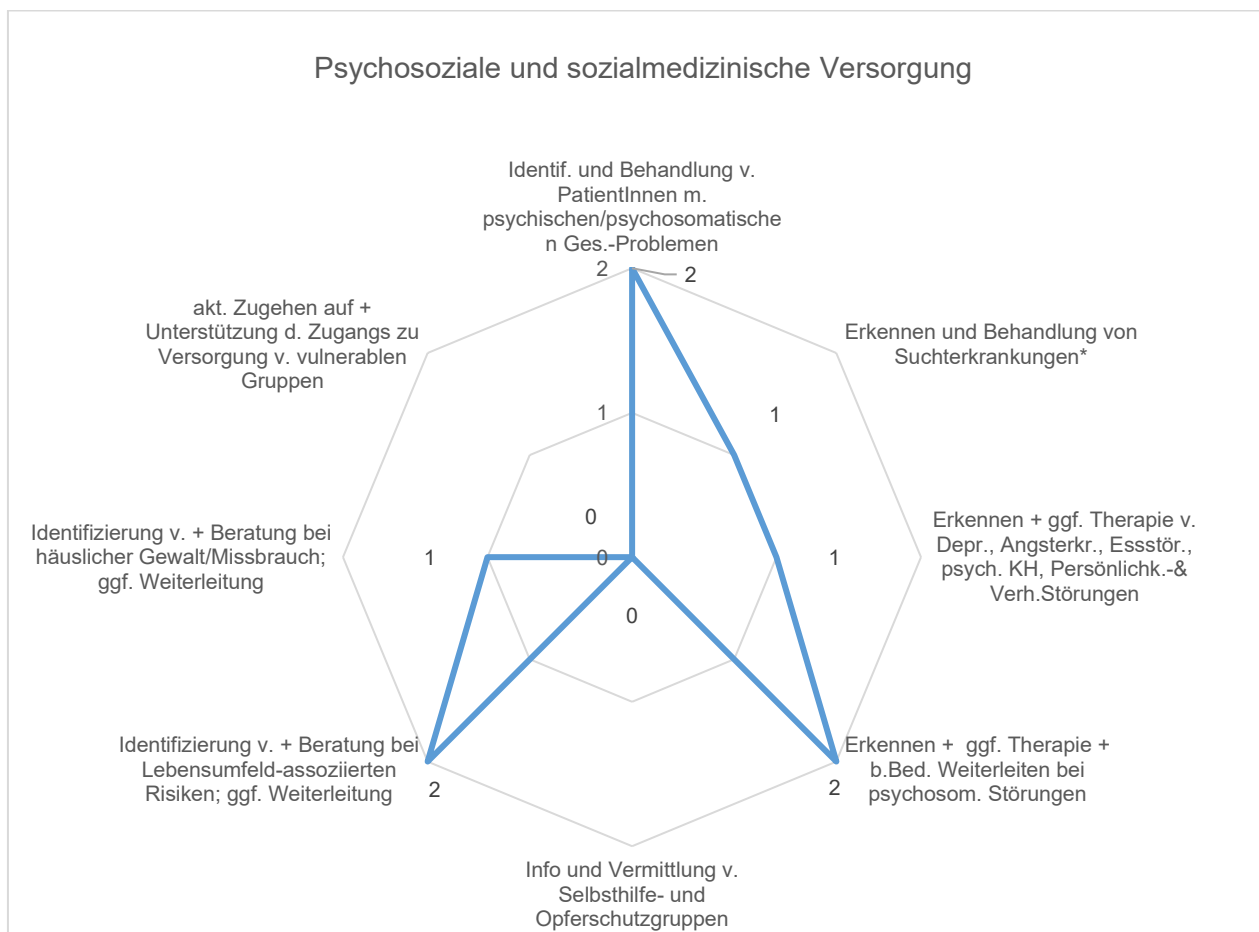


Abbildung 1: Automatisiert erstelltes Netzdiagramm zur „Psychosozialen und sozialmedizinischen Versorgung“

Abbildung 2 zeigt das automatisch erstellte Netzdiagramm zu den „Öffentlichen Gesundheitsaufgaben“. In der darin dargestellten PVE wird weder Substitutionstherapie angeboten, noch werden Begutachtungen der Haftfähigkeit oder bei Wiederaufnahmen in psychiatrische Krankenanstalten wider Willen durchgeführt. Ausbaufähig sind auch Maßnahmen zum Management von Infektionskrankheiten und zur Todesfeststellung sowie zur Unterbringung der Leiche.

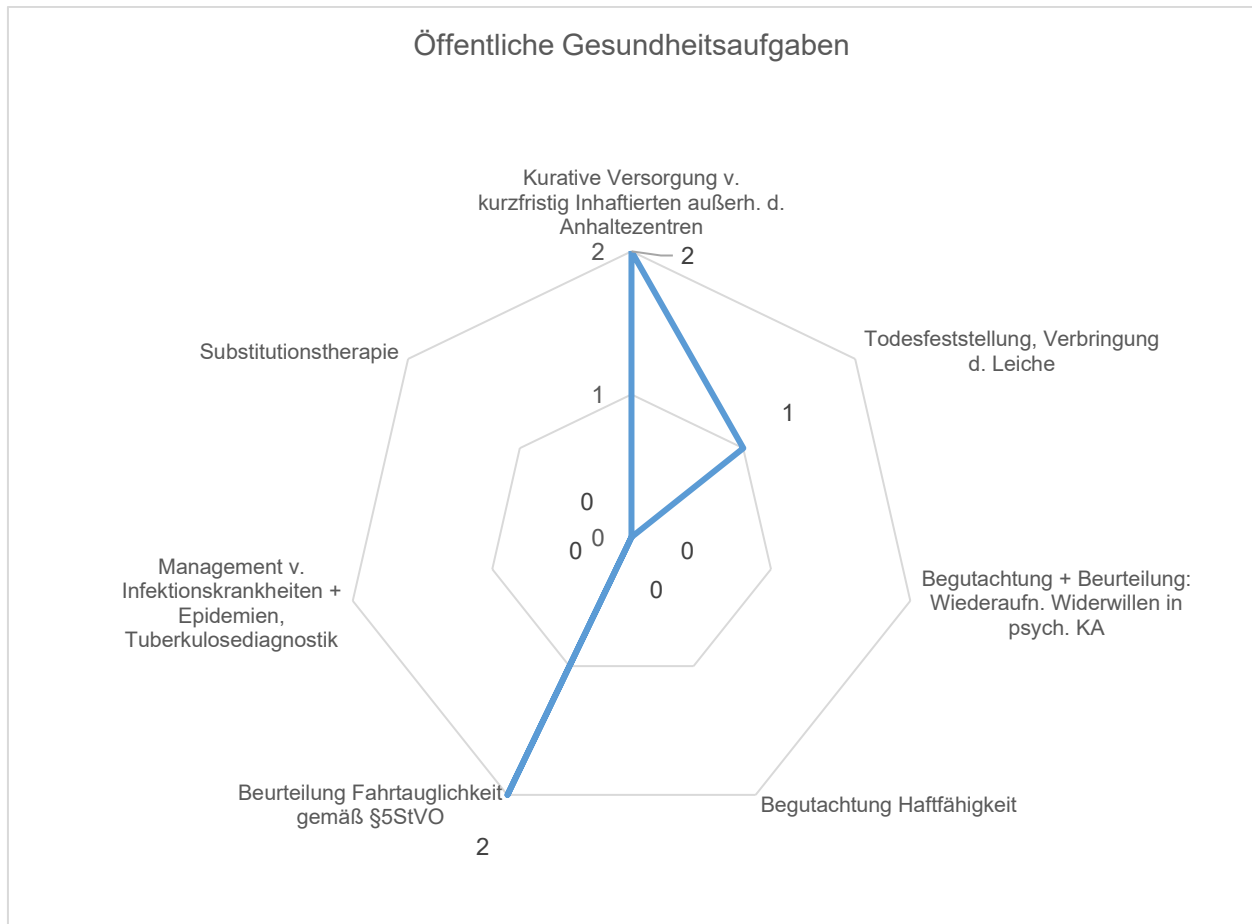


Abbildung 2: Automatisch erstelltes Netzdiagramm zu den „Öffentliche Gesundheitsaufgaben“

Aus Abbildung 3 zur „Primärprävention“ ist ersichtlich, dass in der dort betrachteten PVE Entwicklungsbedarfe bei der Umsetzung präventiver Hausbesuche, der Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten sowie der Raucherentwöhnung bestehen.

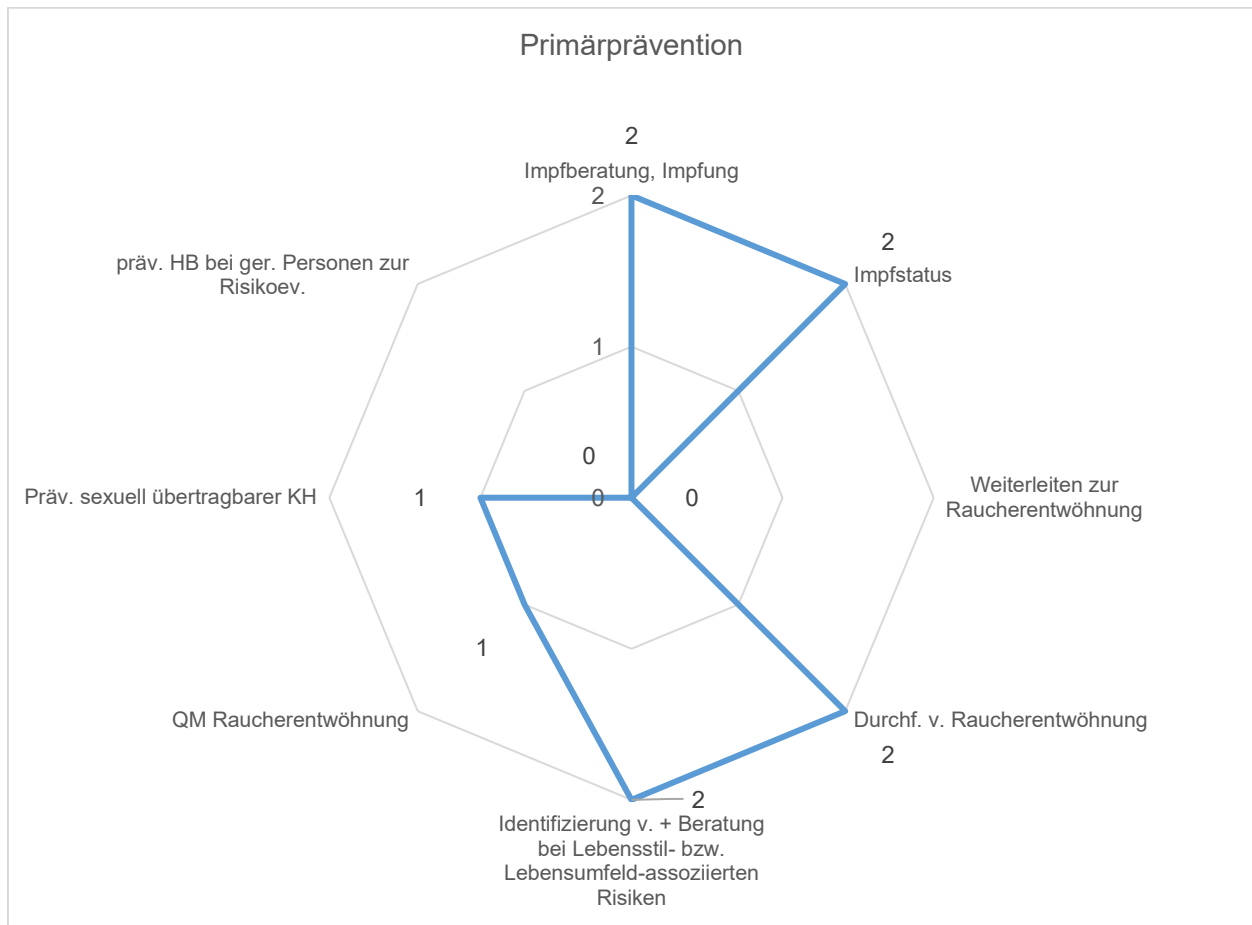


Abbildung 3: Automatisiert erstelltes Netzdiagramm zum Bereich „Primärprävention“

Abbildung 4 zur „Sekundärprävention“ zeigt Entwicklungsbedarfe zum einen in der Früherkennung mentaler Probleme und von Störungen des Bewegungsapparats und zum anderen bei der Basisdiagnostik von und Beratung zu Osteoporose bei Risikogruppen auf.

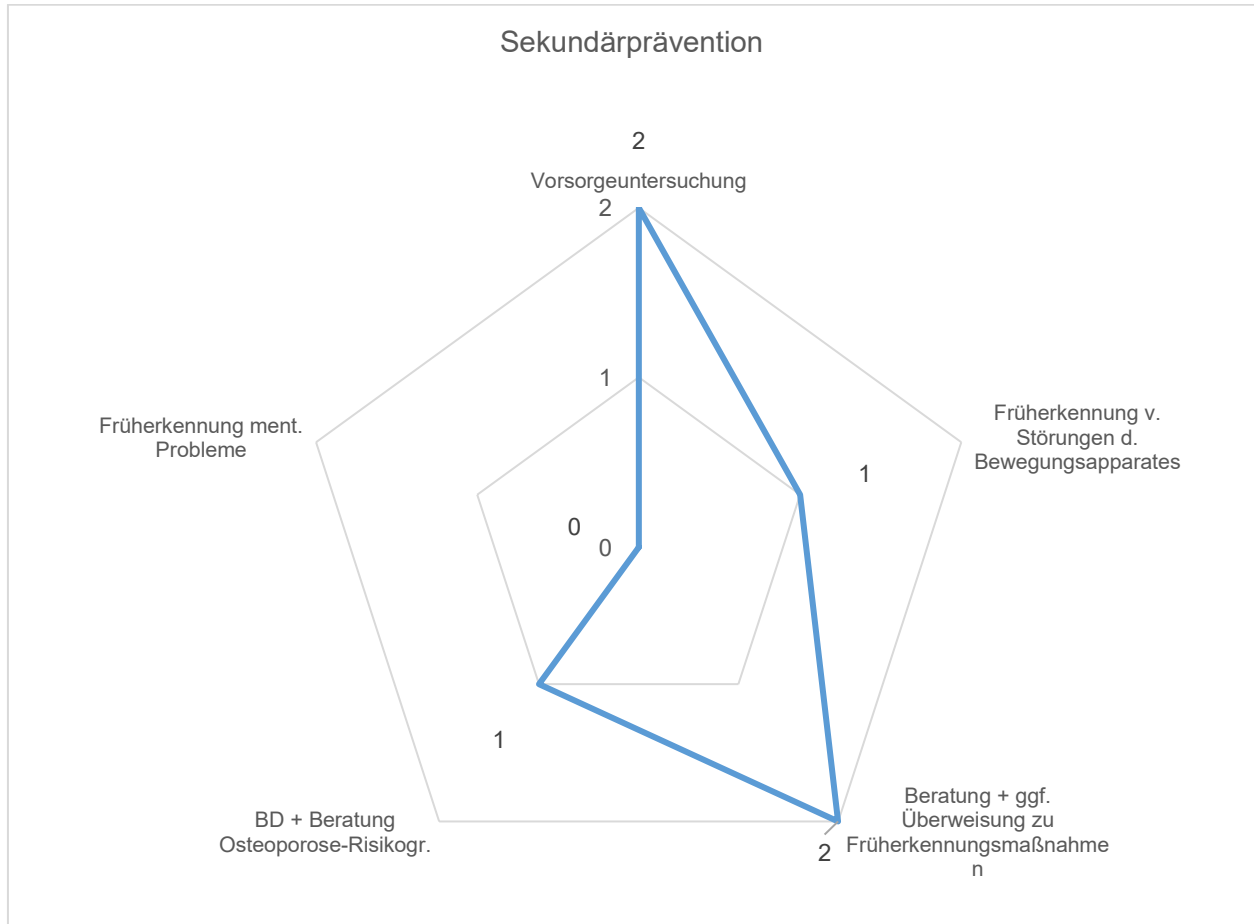


Abbildung 4: Automatisiert erstelltes Netzdiagramm zum Bereich „Sekundärprävention“

Gemäß Abbildung 5 zur „Tertiärprävention“ könnte die PVE ihre Leistungen betreffend Koordination, Monitoring und Sicherstellung wohnortnaher Rehabilitation ausweiten.

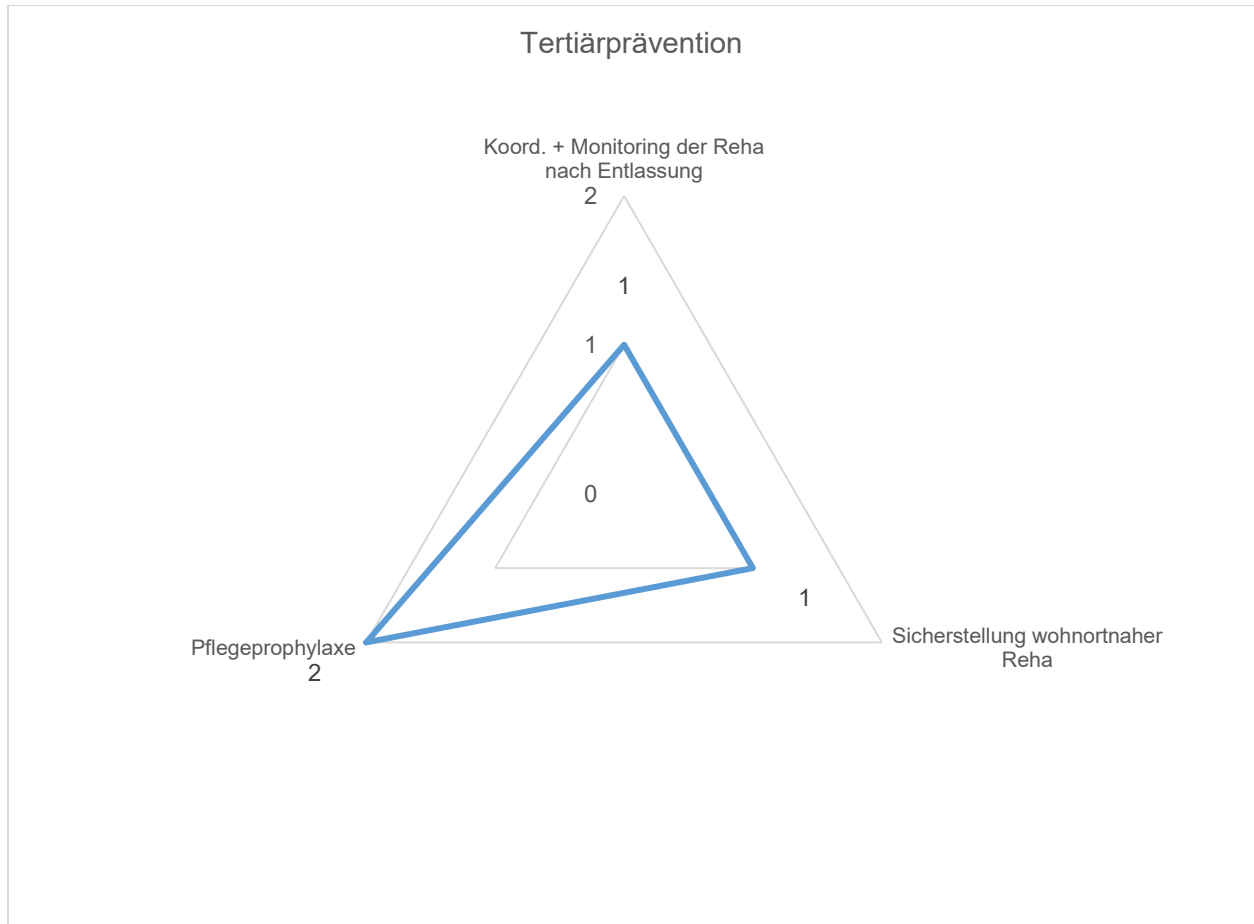


Abbildung 5: Automatisiert erstelltes Netzdiagramm zum Bereich „Tertiärprävention“

Auch die Leistungen der Gesundheitsförderung – im Speziellen bezüglich der Gesundheitskompetenz, der Vernetzung mit regionalen Angeboten und der Mitarbeit an Maßnahmen der „Gesunden Gemeinde/Stadt“ – sind entsprechend der Abbildung 6 in dieser PVE auszubauen. Auch werden in geringem Maße Bewegungsangebote initiiert. Zudem bedarf es Fort- und Weiterbildungen zu Gesundheitsförderung und Prävention für das PVE-Team.

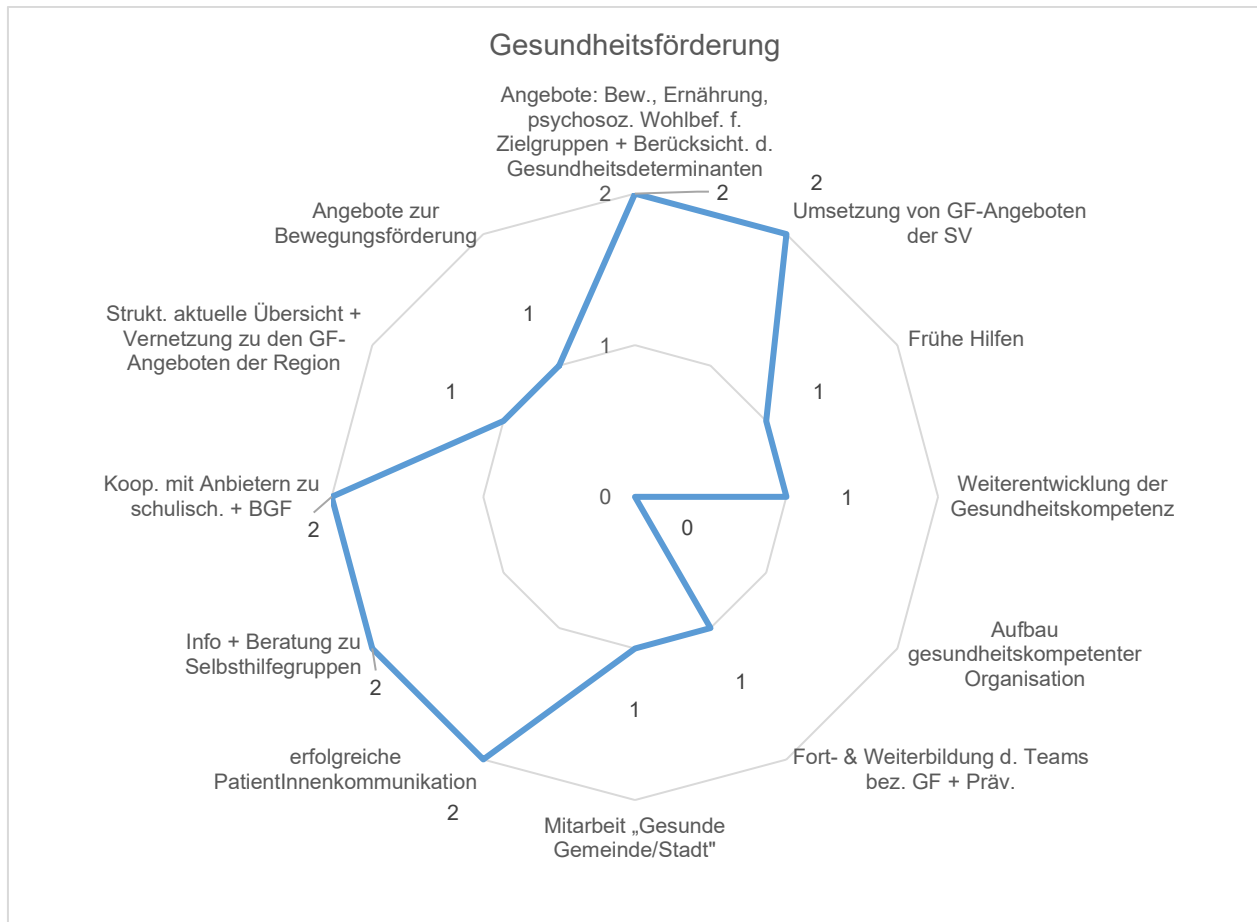


Abbildung 6: Automatisiert erstelltes Netzdiagramm zum Bereich „Gesundheitsförderung“

Die Tabellen zur Metaanalyse werden automatisch befüllt. Die Metaanalyse zu den Leistungsbereichen als **Übersicht** abstrahiert die Einzelleistungen zu „3.7 Zeitliche Verfügbarkeit“ und „3.8 Öffentlichkeitsarbeit“ in einem Diagramm sowie zu den vier Subkapiteln des Leistungsprofils (3.9) in einem weiteren Diagramm.

Die Durchschnittswerte der Subkapitel zum Leistungsprofil aus 3.9 werden in drei zusätzlichen Diagrammen abgebildet:

1. kurativ orientierte Versorgungsleistungen aus 3.9.1 und 3.9.4
2. gesundheitsorientierte Leistungen aus 3.9.1 und 3.9.3
3. Praxismanagement aus 3.9.5

Tabelle 7 zeigt das Extrakt zur „Metaanalyse zu den Leistungsbereichen als Übersicht“ ohne Bewertung der Readiness.

Tabelle 7: Metaanalyse zu den Leistungsbereichen als Übersicht

Netzdiagramme zum Grad der PVE-Leistungserbringung		
Metaanalyse zu den Leistungsbereichen als Übersicht (werden automatisch befüllt, bitte nicht befüllen)		
ÜBERSICHT: 3.7 Zeitliche Verfügbarkeit	Diagramm-Text	Durchschnitt
Zeitliche Erreichbarkeit	Zeitliche Erreichbarkeit	0,00
Telefonische Erreichbarkeit (Rufbereitschaft)	Telefonische Erreichbarkeit (Rufbereitschaft)	0,00
Vertretungsregelung	Vertretungsregelung	0,00
ÜBERSICHT: 3.8 Öffentlichkeitsarbeit	Öffentlichkeitsarbeit	0,00
ÜBERSICHT: 3.9 Leistungsprofil	Diagramm-Text	
3.9.1 Basisaufgaben und spezielle Aufgaben in Anlehnung an den ÖSG		0,00
Basisdiagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle bei allen einfachen, akuten und episodenhaften Gesundheitsbeschwerden	Versorgung (Basis, Therapie, Verlauf) v. akuten und episodenh. Ges.-Beschwerden	0,00
Basischirurgie, Wundversorgung und Nachsorge nach Verletzungen bzw. Operationen	Basischirurgie, Wundversorgung und Nachsorge nach Verletzungen bzw. Operationen	0,00
Psychosoziale und sozialmedizinische Versorgung	Psychosoziale und sozialmedizinische Versorgung	0,00
Familienplanung, Schwangerschaftsberatung, Säuglingsuntersuchung	Familienplanung, Schwangerschaftsberatung, Säuglingsuntersuchung	0,00
Versorgung von Kindern- und Jugendlichen	Versorgung von Kindern und Jugendlichen	0,00
Versorgung von älteren Menschen	Versorgung von älteren Menschen	0,00
Palliativversorgung	Palliativversorgung	0,00
Hausbesuche, aufsuchende Dienste	Hausbesuche, aufsuchende Dienste	0,00
Öffentliche Gesundheitsaufgaben	Öffentliche Gesundheitsaufgaben	0,00
Diagnostik	Diagnostik	0,00
Erweiterte Therapie	Erweiterte Therapie	0,00
3.9.3 Prävention und Gesundheitsförderung		0,00
Prävention	Prävention	0,00
Gesundheitsförderung	Gesundheitsförderung	0,00
3.9.4 Management von chronischen Erkrankungen		0,00
Kontinuierliche Begleitung, fortgesetzte Betreuung, Anleitung und Behandlung von PatientInnen mit einer oder mehreren chronischen Erkrankung(en) sowie multimorbiden PatientInnen	Management von chronischen Erkrankungen	0,00
3.9.5 Praxismanagement		0,00
PVE-Praxismanagement und Terminkoordination	PVE-Praxismanagement und Terminkoordination	0,00
Qualitätsmanagement und -sicherung, PatientInnensicherheit	Qualitätsmanagement und -sicherung, PatientInnensicherheit	0,00

Abbildung 7 zeigt die Metaanalyse der Bewertungen der Readiness zu den Bereichen „Psycho-soziale und sozialmedizinische Versorgung“, „Öffentliche Gesundheitsaufgaben“, „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“. Hohe Readiness besteht in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung. Deutlich ausbaufähig sind die öffentlichen Gesundheitsaufgaben.

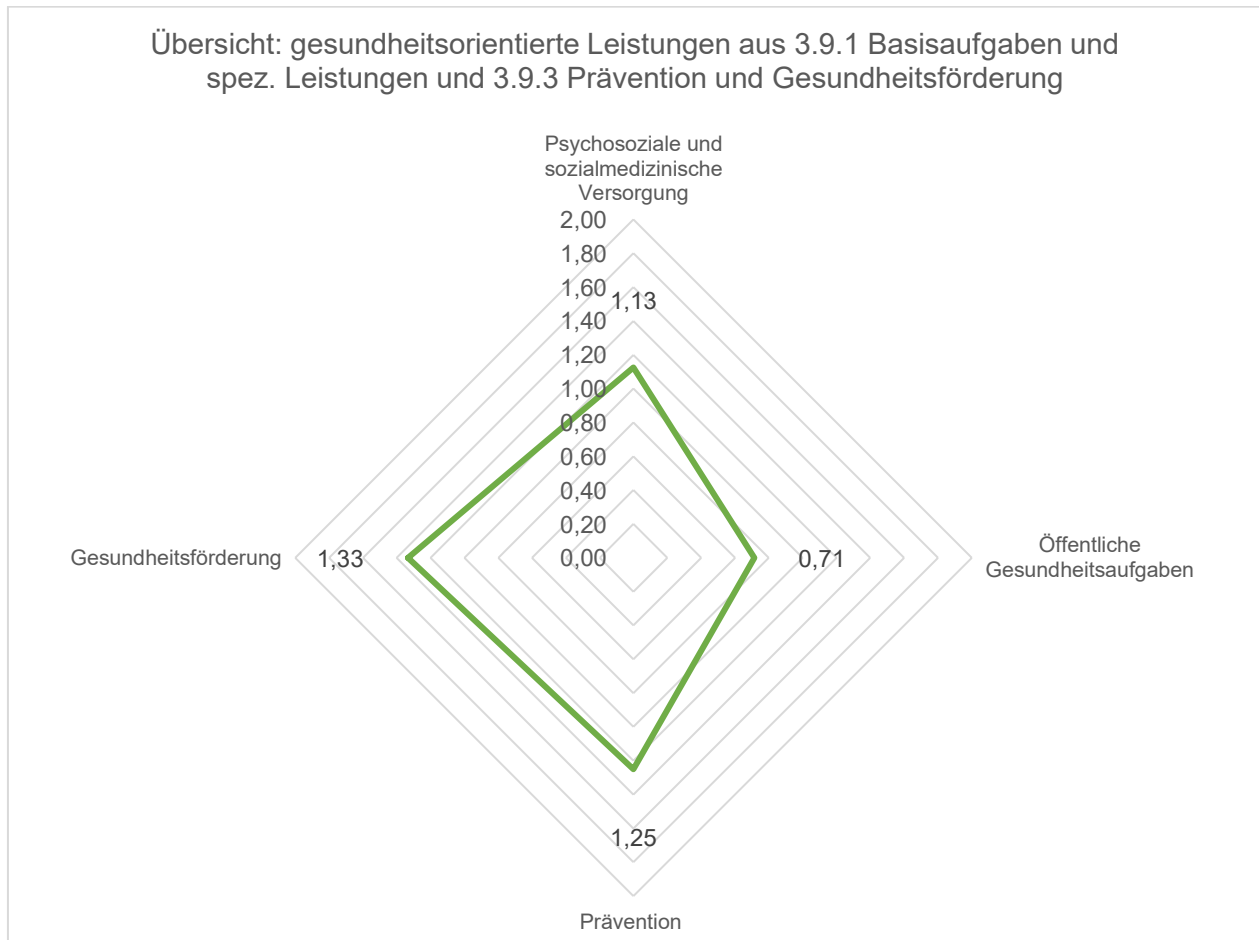


Abbildung 7: Automatisiert erstelltes Netzdiagramm zur Metaanalyse der Bewertungen der Readiness zu den Bereichen „Psycho-soziale und sozialmedizinische Versorgung“, „Öffentliche Gesundheitsaufgaben“, „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“

2.6 Diskussion

Die vier entwickelten Tools stellen unterstützende und praktikable Instrumente für PVE-Gründer:innen dar, um die gesetzlichen und regulatorischen Anforderungen an PVE in der Gründungsphase zu adressieren.

(Fehlende) Anwendung der Tools

Die Anwendung der Tools ist jedoch eingeschränkt. Lediglich die Vorlage zum Versorgungskonzept findet im Bundesland Steiermark Anwendung, da diese von den Entscheidungsträgern ÖGK und Steirischer Gesundheitsfonds als Standardinstrument für die Bewerbung vorausgesetzt wird. Die übrigen Tools finden keine Anwendung in der Praxis. Im Falle der „Netzdiagramme zum Leistungsspektrum von PVE“ bestehen vielfältige Gründe für deren Nichtverwendung. Zum einen ist das verbindlich zu erbringende Leistungsspektrum von PVE im Gesamtvertrag für Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesamtvertrag) höhergranuliert definiert. Dieser Gesamtvertrag bildet den Rahmen (ÄK Wien) für die Vereinbarungen auf Landesebene, welche die Ausgestaltung und Finanzierung bzw. Honorierung von PVE im Bundesland konkreter regeln. Vereinbarungen auf Landesebene bestehen mit Stand September 2022 in vier der neun Bundesländer (Wien (ÄK Wien and HVSV, 2019), Niederösterreich (ÄK NÖ and Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2019), Salzburg (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2019), Vorarlberg (ÄK Vorarlberg, 2022)), und die Inhalte variieren dementsprechend zwischen den Bundesländern. Eine einheitliche österreichweite Listung der Leistungen und Anforderungen ist demnach nicht möglich, für die Erfassung der Readiness einer PVE jedoch notwendig. Zum anderen wurde das Tool „Readiness-Checkliste und Netzdiagramme zum Leistungsspektrum von PVE“ bereits vor der Veröffentlichung des Gesamtvertrags sowie der Vereinbarungen auf Landesebene entwickelt, weswegen die spezifisch für die Steiermark vorgegebenen Leistungen und Anforderungen, wie auch im Versorgungskonzept angeführt, herangezogen wurden. Die Checkliste für Versorgungskonzepte wurde nicht veröffentlicht, weil sie das Ergebnis des gegenständlichen Dissertationsprojekts bildet. Die Tools werden erst mit der Veröffentlichung dieser Dissertation publiziert. Aufgrund der sich im Rahmen der Reform rasch verändernden Rahmenbedingungen für und in PVE, wird es notwendig sein, die Tools regelmäßig anzupassen.

Aus der Analyse sowie dem Vergleich der Versorgungskonzepte der ersten zwei PVE in Österreich geht hervor, dass Merkmale betreffend das Team und die strukturellen Gegebenheiten mit geringen Einschränkungen umfassend erfüllt werden. Säumnisse bestehen vor allem unter den

Merkmale zur umfassenden, niederschweligen Versorgung besonders bei der Integration soziokultureller Aspekte in das Angebotsspektrum. Ebenfalls mangelhaft sind Angaben zur strukturierter Versorgung chronisch kranker Personen, bezogen auf DMP und Prozesse. Eine verstärkte Integration telemedizinischer Services wie Onlineterminvergabe und Dauerrezeptbestellung, aber auch von Wiederbestellsystemen ist zu fokussieren. Die Analyse der Versorgungskonzepte sowie die Aussage eines Experten – „Papier allein ist geduldig“ – machen deutlich, dass die Informationen aus dem Versorgungskonzept ein eingeschränktes Bild des Status quo vor der Eröffnung der PVE geben. Ein direkter Schluss vom Versorgungskonzept auf die gelebte Praxis nach Etablierung der PVE ist nicht zielführend. In welchem Ausmaß die Anforderungen und Leistungen in den Routinebetrieb umgesetzt werden, kann anhand der Readiness-Checkliste erhoben werden. Auch die Checkliste für Versorgungskonzepte könnte als Tool zum Monitoring von Best-Practice-Kriterien in PVE herangezogen werden.

Verständnis für PHC

Wie in zahlreichen Policy-Papers empfohlen und aus den Expertengesprächen erkennbar, bedarf es für eine erfolgreiche Umsetzung eines gemeinsamen Verständnisses für den Zweck und die Ziele, die mit der Primärversorgungsreform erreicht werden sollen. Die entwickelten Tools können für die Übersetzung der Ziele von der Systemebene der Stakeholder:innen zur Implementierung von PVE auf lokaler Ebene herangezogen werden (Caldwell and Mays, 2012). Aus den Expertengesprächen geht hervor, dass insbesondere die Vorlage zum Versorgungskonzept eine hilfreiche Orientierung bietet, um sich mit der neuen Form der Primärversorgung, wie sie in den PVE gelebt werden sollte, im Gründungsprozess auseinanderzusetzen. Dieser Entwicklungsprozess erfolgt bei Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern als PVE-Gründerinnen und -Gründern vor allem im Rahmen der Erstellung des Versorgungskonzepts. Neben Tools für gesetzlich-regulatorische Aspekte wären unterstützende Angebote wie eine fachliche Begleitung sowie Instrumente, welche die Transformation und die Funktionalität der Teams unterstützen, wesentlich. Dies würde die Translation von Strukturen in Prozesse in der Praxis sowie die Rollenentwicklung von Professionen, die nicht in den Gründungsprozess involviert waren, unterstützen. Allgemeinmediziner:innen als Führungskräfte sollten diesen Prozess entsprechend anleiten. Aktives Empowerment und direkter Einbezug der Professionen „an vorderster Front“ durch offene Reflexions- und Anpassungszyklen ermöglichen eine ressourcenschonende Implementation neuer Prozesse (Lee et al., 2019), wie sie in der Etablierung von PVE notwendig sind. Reformprozesse in Belgien und Spanien postulieren als vielversprechenden Ansatz, primär auf der Ebene der Praktiker:innen der Primärversorgung Verantwortung anzusiedeln und Vertrauen zu bilden und sie im Sinne eines Empowerments zu stärken (Borkan et al., 2010) (WHO, 2019a). Es ist anzunehmen, dass die Translation

von PHC durch die Entscheidungsträger:innen über Regulatorien und darauf aufbauende Tools einer anderen Sprache als jener der Professionen als Innovatorinnen entspricht (Barnett et al., 2011). In Österreich wäre es demnach zusätzlich zu den Tools zur Gründungsunterstützung, die auf Regulatorien basieren, notwendig, Verständnis für PHC unter den Professionen und vor allem den Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern als „Leader:innen“ in PVE-Teams aufzubauen. Flankierend wäre ein partizipativer Ansatz vonnöten, um die Motivatoren aller betroffenen Akteur:innen/Akteure, in diesem Fall vor allem der Allgemeinmediziner:innen, zu identifizieren und in den Reformprozess einzubeziehen (Caldwell and Mays, 2012). Unterstützt durch intensive Information und Kommunikation (Borkan et al., 2010) betreffend Zweck und Mehrwert, könnte so vermieden werden, dass Tools, die Unterstützung bieten sollen, aufgrund von fehlendem Verständnis und Überforderung abgelehnt werden.

Kompetenzaufbau/Capacity-Building

Zusätzlich ist es relevant, die Professionen mit den entsprechenden Skills und Kompetenzen auszustatten, welche die Reform mit Leben erfüllen und Transformation umsetzen. Dies geht mit den Ergebnissen von Kringos et al. (2013) einher, dass prozessuale Dimensionen in der Versorgungspraxis (Zugang, Koordination, Kontinuität und Umfang) eng mit der Ausgestaltung der **Primärversorgungsworkforce in Bezug auf Kompetenzen** hinsichtlich Versorgungsprozessen und -strukturen, professioneller Haltung zu anderen Professionen und Umfang sowie Vielfältigkeit der verfügbaren Fachkräfte im Primärversorgungssystem assoziiert sind (Kringos et al., 2013). Die im Rahmen des Feasibility-Tests der Vorlage zum Versorgungskonzept befragten Experten äußerten, dass ihnen die Kompetenzen sowohl bezüglich PHC als auch in puncto Epidemiologie und das Wissen um Daten sowie deren Verfügbarkeit für die Erstellung des Versorgungskonzepts fehlen würden. Borkan et al. (2010) bestätigen für die spanische Primärversorgungsreform, wie wesentlich es war, über vierzig Jahre hochqualifizierte multiprofessionelle Primärversorgungsteams auszubilden und Entwicklungsprogramme für die Professionen zu implementieren (Borkan et al., 2010). Eine Erweiterung der Ausbildungen zum:zur Allgemeinmediziner:in sowie weiterer in PVE vertretener Gesundheits- und Sozialprofessionen um Kompetenzen zu PHC, Epidemiologie und gesundheitsorientierter Versorgung würde PVE-Gründerinnen/-Gründern das Know-how für die Erstellung eines Versorgungskonzepts liefern. Beispielsweise in interprofessionellen Lehrveranstaltungen könnte additiv Wissen zu den Kompetenzen der weiteren PVE-Professionen und dazu, wie interprofessionelle Zusammenarbeit gelebt werden kann, vermittelt werden. So würde die Implementierung von PVE orientiert an PHC nachhaltig unterstützt werden. Die Checkliste für Versorgungskonzepte kann zwar wichtige Kriterien aufzeigen, die genannten Kompetenzen bilden

jedoch die Voraussetzung für die an den Reformzielen orientierte Anwendung der Gründungstools.

Fachliche Begleitung

Während des Aufbaus dieser Workforce könnte eine fachliche Begleitung vor Ort, wie von PVE-Gründern mehrmals klar gewünscht, wesentlich bei der Implementierung von PVE unterstützen. Eine fachliche Begleitung wäre zusätzlich zur Bereitstellung von Tools notwendig, da die Gründung von PVE einen hohen Ressourcenaufwand von den Gründerinnen/Gründern erfordert. In Flandern übernahmen Expertinnen und Experten in „Primary Care Zones“ unter anderem die Rolle, Vertreter:innen der Professionen der Primärversorgung sowie deren interprofessionelle Zusammenarbeit zu unterstützen, Bedarfe der Bevölkerung und Reaktionen darauf zu identifizieren und zu planen. Regionale „change teams“ und Foren zur Beteiligung der wesentlichen Akteurinnen und Akteure sowie „transition coaches“ begleiteten den lokalen Veränderungsprozess (WHO, 2019a). Zusätzlich sollten Formate zum Erfahrungstransfer, wie in Flandern umgesetzt (WHO, 2019a), vor allem für Gründer:innen bereitgestellt werden. Dadurch könnten häufige Fehlerquellen und Hemmnisse frühzeitig erkannt und reduziert, bestehende Unterlagen wie Versorgungskonzepte als Vorlage weitergegeben und Informationen zum Veränderungsprozess geteilt werden.

Keine internationalen Gründungstools

International konnten nur wenige Tools identifiziert werden, die Allgemeinmediziner:innen bei der Gründung von PVE (international z. B. primary health care units oder community health centres) unterstützen. Dies könnte zum einen von der Heterogenität der Implementierungsweisen bei Primärversorgungsreformen rühren. Im Vereinigten Königreich erfolgte eine schrittweise Weiterentwicklung bestehender Einzelordinationen durch Anreizsysteme zu Primary Care Centres (Stigler et al., 2018). Im Vergleich dazu werden PVE in Österreich durch eine Top-down-Strukturreform etabliert. PVE können so neu oder aus vorhandenen Ordinationen entstehen. Da Einzelordinationen das vorherrschende Versorgungsmodell in der Primärversorgung darstellen, ist der Entwicklungsschritt zu PVE im Vergleich zum UK häufig mit großen Ressourcenaufwänden verbunden. Zum anderen könnten Gründungstools nicht öffentlich verfügbar sein, wie es bei zwei Tools der gegenständlichen Toolbox der Fall ist. Weiters könnten spezielle Begrifflichkeiten in der Landessprache der jeweiligen Länder ein Hindernis für die Auffindbarkeit von Gründungstools sein.

International wurden vorrangig Instrumente gefunden, die Teams von PVE, die sich bereits im Betrieb befinden, heranziehen. Diese adressieren häufig Aspekte der Qualitätsverbesserung in der Versorgung beispielsweise in Hinblick auf Patientinnen und Patienten mit HIV oder einer chro-

nischen Krankheit sowie des Qualitätsassessments und der Evaluation (z. B. Identifikation primärer Bedarfe der Belegschaft und der Patientinnen/Patienten) (Ariani et al., 2017). Tools zur Implementierung neuer Versorgungsaspekte oder -prozesse wie Patientenedukation oder zur Integration neuer Professionen (z. B. Chiropraktiker:innen) in das Versorgungsteam sind ebenfalls häufig zu finden. (Passmore et al., 2015) Die Erhebung basaler Aspekte wie der Managementqualität von Gesundheitseinrichtungen als Erfolgsfaktor nehmen zahlreiche Tools aus Niedrig- und Mittellohnländern zum Ziel (Uy et al., 2019). Der Großteil der Instrumente ist nicht primär für die Anwendung durch die Primärversorgungsprofessionen selbst gedacht, sondern für Stakeholder:innen, welche die Reform umsetzen.

Die American Medical Association (AMA) bietet mit ihrem Programm „STEPS Forward™“ einen Werkzeugkasten an interaktiven und edukativen Tools für Mitarbeiter:innen von Ordinationen, um aktuelle Herausforderungen wie die Verwendung telemedizinischer Tools oder effektive Versorgungsabläufe mit unterschiedlich beteiligten Professionen zu verbessern. Sie dienen vor allem der Effizienzsteigerung, der Transformation zu und der Optimierung von teambasierten Arbeitsprozessen, der Burnoutprävention und der Verbesserung der Patientenversorgung (AMA, 2022). Das National Health System (NHS) Englands bietet seinen Vertragspartnerinnen und -partnern zusätzlich zum Quality Outcome Framework (QOF), das auch für die Pay-for-Performance-Honorierung herangezogen wird, ein „Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN) Framework“. Dabei werden Bereiche für ein Jahr definiert, die eines besonderen Fokus in der Versorgung bedürfen, und mit Indikatoren sowie Informationen zur Umsetzung in der Praxis und zum Assessment versehen. Die Indikatoren werden bei der Honorierung berücksichtigt. Alle Vertragspartner:innen erhalten diese Frameworks (NHS England and NHS Improvement, 2022/23). Ähnliche Tools könnten in Österreich bereits bestehenden PVE zur Verfügung gestellt werden, um dort teambasierte Primärversorgung nachhaltig zu implementieren und die Resilienz der Teams zu stärken.

2.6.1 Stärken und Schwächen

Die regionale Ausrichtung der Tools „Vorlage zum Versorgungskonzept“ sowie „Readiness-Checkliste und Netzdiagramme zum Leistungsspektrum von PVE“ kann aufgrund mangelnder österreichweiter Übersetzbarkeit kritisiert, jedoch auch als Stärke gesehen werden. Espinosa-González et al. (2019) beschreiben, dass Flexibilität in der regionalen Umsetzung die Implementierung von Modellen entsprechend dem regionalen Bedarf unterstützt. Die regionale Ausrichtung fördert auch Akzeptanz durch die Zusammenarbeit mit den bekannten Partnerinnen/Partnern wie beispielsweise dem Gesundheitsfonds Steiermark, zu welchen eine engere Bindung als zu natio-

nen Stellen besteht (Espinosa-González et al., 2019). Der gewählte Ansatz geht mit den Erfahrungen der Primärversorgungsreform in Belgien einher. In Flandern (Belgien) begann die Implementierung auf der niedrigsten Ebene bei den Professionen der Primärversorgung, ausgehend von „Primary Care Zones“. Wie durch den Einsatz der Tools und den Begleitprozess in der Steiermark wurden auch in Belgien Schritt für Schritt Veränderungen in den Ebenen nach oben umgesetzt, wobei die Ebenen darunter einer Restrukturierung und einem Empowerment unterzogen wurden (WHO, 2019a). Die Umsetzung durch regionale Stellen wie den Gesundheitsfonds Steiermark ist demnach ideal, da diese auf lokale Rahmenbedingungen und Bedarfe sowie im Implementierungsprozess auf die Verfügbarkeit von Zeit und Ressourcen Rücksicht nehmen können (Borkan et al., 2010). Dies spricht ebenfalls für die speziell für die Steiermark erstellten Tools.

Eine Schwäche der Toolbox ist, dass Gründer:innen erst im Rahmen der Anwendung der Tools zur Verbesserung der Praktikabilität einbezogen wurden. Um die Tools an den Bedarfen der Gründer:innen auszurichten, hätten Gründer:innen bereits ab Beginn der Entwicklung der Toolbox einbezogen werden sollen. Um die Anwendbarkeit und Praktikabilität durch eine valide Anzahl von Anwenderinnen und Anwendern umfassend erheben zu können, wäre es zudem notwendig gewesen, die Implementierung der Tools in die Praxis frühzeitig zu planen. Ein ursprünglich geplanter Feasibility-Test anhand qualitativer Erhebungsformate fiel dem fehlenden Einsatz der Tools zum Opfer. Zur externen Validität, Anwendbarkeit und Praktikabilität können demnach keine validen Aussagen getroffen werden.

Weiterentwicklung der Tools

Mit der entwickelten **Checkliste für Versorgungskonzepte** kann die Konzepterstellung kriteriengeleitet erfolgen. Anhand der Checkliste lassen sich Versorgungskonzepte auch weitgehend hinsichtlich relevanter Primary-Health-Care-Merkmale schnell und unkompliziert beurteilen. Nichtsdestominder ist für eine umfassende Beurteilung gegebenenfalls eine ergänzende Stellungnahme notwendig, um das Verbesserungspotenzial eines Versorgungskonzepts darzustellen. Zudem wurde nach der Erstellung der Checkliste der Gesamtvertrag für Primärversorgungseinheiten in Österreich (ÄK Wien) veröffentlicht. Es sollte demnach eine Anpassung und/oder Ergänzung entsprechend den in diesem Dokument vorgeschriebenen Kriterien erfolgen. Zudem wurde die Checkliste bis dato nicht von den Gründerinnen/Gründern selbst als Checkliste eingesetzt. Ein Feasibility-Test vor einer Veröffentlichung wäre sinnvoll, um die Anwendbarkeit bei der Zielgruppe zu testen und gegebenenfalls entsprechende Anpassungen für eine möglichst hohe Praktikabilität vorzunehmen.

Die **Vorlage für ein Versorgungskonzept** stellt eine praktikable Vorlage für die Erstellung eines Versorgungskonzepts in der Steiermark dar. Auch dieses Dokument wurde vor der Veröffentlichung des Österreichischen Gesamtvertrags für Primärversorgungseinheiten (ÄK Wien) erstellt und benötigt dementsprechend gegebenenfalls eine Anpassung gemäß den dort festgelegten Vorgaben. Um das Dokument up to date zu halten, ist sein regelmäßiger Abgleich mit den Dokumenten, die Regulatorien für PVE aufweisen, sinnvoll. Um die Praktikabilität und Anwendbarkeit im Innovationsprozess der Reform für PVE-Gründer:innen zu gewährleisten, könnten wiederholte Befragungen von Anwenderinnen/Anwendern und entsprechende Anpassungen angedacht werden.

Die Excel-Vorlage zur Erstellung von **Netzdiagrammen zum Leistungsspektrum von PVE mittels Readiness-Checkliste** ermöglicht eine umfassende Darstellung des Leistungsspektrums von PVE und ihrer „Readiness“. Das Bewertungsformat anhand einer dreistufigen Punktbewertung ist einfach zu verstehen und intuitiv. Durch automatisch hinterlegte Formeln zur Erstellung von Metadiagrammen ist das Readiness-Tool ohne spezifische Excel-Kompetenzen anwendbar. Da der PVE-Gründungs- und -Aufbauprozess ressourcenintensiv ist, wäre anzudenken, dass die Aufbereitung und Analyse der Diagramme durch Prozessbegleiter:innen in regelmäßigen Abständen erfolgt. Um einen Mehrwert für die Gründer:innen und ihre Teams zu schaffen, könnten diese Ergebnisse in Workshops vorgestellt werden. Die Aufbereitung der Daten im Verlauf könnte genutzt werden, um den Entwicklungsprozess für die PVE-Teams darzustellen. Durch das Hervorheben positiver Entwicklungen könnte die Motivation der Innovatorinnen und Innovatoren gestärkt werden. Entwicklungspotenziale könnten gemeinsam reflektiert und Ziele gesteckt werden. Dieses Tool könnte so als Teil des Monitorings der PVE im Sinne einer lernenden Organisation eingesetzt werden. Falls die Vorlage zum Versorgungskonzept angepasst werden sollte, würde dies auch eine Adaption der Vorlage für die Netzdiagramme erfordern.

2.6.2 Fazit

Die vorliegende Toolbox bietet hilfreiche Tools für PVE-Gründer:innen, um die bestehenden gesetzlichen und regulatorischen Anforderungen in der Gründungsphase zu adressieren. Durch die Entwicklung bundeslandspezifischer Tools – in diesem Fall für die Steiermark – können neu entstehende PVE von Beginn weg an ihren jeweiligen regionalen Spezifika ausgerichtet werden. Der nationale Vergleich der Ergebnisse ist dadurch jedoch eingeschränkt. Ein frühes Einbeziehen potenzieller und bestehender PVE-Gründer:innen in die Entwicklung der Toolbox wäre wesentlich gewesen, um diese an den Herausforderungen der PVE-Gründung zu orientieren und die Praktikabilität und Akzeptanz der Tools und demnach deren Anwendung zu steigern. Wie vielseitig gewünscht und aus den geäußerten Herausforderungen identifiziert, wäre eine fachliche Begleitung

von PVE-Gründerinnen und -Gründern und deren Teams im Innovationsprozess essenziell. Aufgrund mangelnder Kompetenzen der aktuellen Workforce könnte so die Anwendung der Tools zur Sicherstellung regulatorischer Anforderungen im Gründungsprozess beitragen. Fachexpertinnen und -experten könnten die Reflexion zur Identifikation von Entwicklungspotenzialen im Aufbau der PVE begleiten, Erfahrungsaustausch ermöglichen und die Motivation der Innovatorinnen und Innovatoren fördern. Die Bereitstellung von Tools, die der Translation der regulatorischen Anforderungen dienen, allein im Rahmen der Strukturreform in der Primärversorgung in Österreich ist kein Selbstläufer für Innovation. Wesentlich für die Akzeptanz der veränderten Regulatorien, die in der Praxis umgesetzt werden sollen, sind zudem eine suffiziente Information zu den Reformzielen und ein partizipatorischer Kommunikationsprozess zu deren Mehrwert. Weitere Tools für den laufenden Betrieb könnten entwickelt werden, um PVE-Gründer:innen und deren Teams bei der Etablierung hochqualitativer, teambasierter und an den PHC-Merkmalen ausgerichteter Primärversorgung zu unterstützen.

3 Teil 2: Priorisierung von Zielen der Primärversorgungsreform

3.1 Einleitung

Den Fokus auf die richtige Organisation sowie die geeigneten Ressourcen, Incentives und Maßnahmen zu richten ist wesentlich, um das volle Potenzial von Primary Health Care (PHC) auszuschöpfen. Das postuliert die Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) in ihrem Policy-Brief, um einen starken Primärversorgungssektor als Basis für ein resilientes Gesundheitssystem zu schaffen (OECD, 2020b). Kringos et al. (2015) beschreiben strukturelle Dimensionen bezüglich der Entwicklung der Primärversorgungsworkforce, ökonomischer Rahmenbedingungen und politischer Steuerung als essenziell, um zugängliche, umfassende, kontinuierliche und koordinierte Primärversorgung entsprechend dem Konzept von Primary Health Care erbringen zu können (Kringos et al., 2015, Burgmann et al., 2022b).

Österreichs Primärversorgungssystem wird als komplex und fragmentiert beschrieben. Die Planung und Steuerung des Systems erfolgt durch die drei Akteure Bund – hauptsächlich vertreten durch das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz –, die neun Bundesländer sowie die Sozialversicherung. Primärversorgung wird in Österreich vorrangig durch selbstständige Allgemeinmediziner:innen in Einzelordinationen erbracht (Bachner et al., 2018, Hoffmann et al., 2015) – wie auch in etwa in der Hälfte der europäischen Staaten (Kringos et al., 2015). Auch Gruppenpraxen bestehen – sind jedoch in der Minderheit (Bachner et al., 2018, Hoffmann et al., 2015). Die Honorierung von Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner mit Kassenvertrag durch die ÖGK erfolgt zum größten Teil durch Einzelleistungen in Kombination mit Kopfpauschalen pro Kontakt (Bachner et al., 2018, Redaelli et al., 2015). Dieses Modell incentiviert hohe Patientenfrequenzen und bedingt geringere Konsultationszeiten pro Patient:in (Czypionka et al., 2015). Obwohl Honorierungsmodelle gemäß Literatur die Attraktivität der Tätigkeit in der Primärversorgung sowie die Qualität (OECD, 2020b) und Umsetzung teambasierter Versorgung beeinflussen (Freund et al., 2015), waren 2018 in nur 13 OECD-Staaten innovative Honorierungsmodelle etabliert (OECD, 2020b). Das Qualitätsassessment der allgemeinmedizinischen Ordinationen erfolgt als Selbstevaluation (ÖQMED – Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH). Daten aus der Primärversorgung bestehen zu kodierten Leistungen, die mit der Sozialversicherung abgerechnet werden (Bachner et al., 2018, Burgmann et al., 2022b).

Seit 2013 gibt es Bestrebungen, multiprofessionelle Primärversorgungseinheiten in Österreich zu implementieren, deren Kernteams mindestens Ordinationsassistenten und diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen zu umfassen haben (BMG, 2013, Primärversorgungsgesetz – PrimVG, 2017, Burgmann et al., 2022b). Operative Ziele der Primärversorgungsreform laut Zielsteuerungsvertrag sind: *„Primärversorgungsmodelle auf- und ausbauen“* (operatives Ziel 1.1) (BMG, 2017, S. 10) und *„Verfügbarkeit und Einsatz des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals (Skill-Mix, Nachwuchssicherung, demographische Entwicklung) sicherstellen“* (operatives Ziel 2) (BMG, 2017, S. 16), um zu einer *„Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes“* (strategisches Ziel 1) (BMG, 2017, S. 10) zu gelangen. Durch diese Primärversorgungsreform soll neben kurativer Versorgung auch ein Fokus auf Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitskompetenz gerichtet werden (operative Ziele 10 und 11). Maßnahmen, um diese Ziele zu erreichen, umfassen die *„Festlegung von Eckpfeilern für Verträge und Honorierungssysteme“*, *„strukturierte Unterstützung bei der Information zur Primärversorgung und bei der Gründung von Primärversorgungseinheiten [...]“* (BMG, 2017, S. 13) sowie die Analyse regionaler Versorgungssituationen und die Schaffung von Voraussetzungen und Konzepten (BMG, 2017, S. 10-24) wie durch das 2017 ratifizierte Primärversorgungsgesetz (Primärversorgungsgesetz – PrimVG, 2017). Auch der Gesamtvertrag für Primärversorgungseinheiten, der den österreichweiten Rahmen unter anderem für eine neue Honorierung der PVE festlegt, wurde 2019 beschlossen. Er definiert auch die verpflichtende Diagnosecodierung für PVE (ÄK Wien, 2019). Mit Stand September 2022 sind vier Landesvereinbarungen in Kraft (15a B-VG, ÄK Wien and HVSV, 2019, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2019).

Aktuelle Rahmenbedingungen könnten Herausforderungen für die Primärversorgungsreform darstellen. Seit einigen Jahren zeichnet sich ein Mangel an Hausärztinnen/-ärzten in Österreich ab, der auch die Besetzung von Hausarztstellen in PVE bzw. deren Gründung erschweren könnte. Dies rührt daher, dass sich eine zu geringe Anzahl von Medizinabsolventinnen/-absolventen für die Ausbildung zum/zur Allgemeinmediziner:in entscheidet oder diese vollendet. Viele ausgebildete Allgemeinmediziner:innen wählen alternative Karrierewege zum Beruf Hausärztin/-arzt (Stigler, 2020). Die geringere Honorierung und Anerkennung von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern im Vergleich zu Spezialistinnen und zu Spezialisten anderer Disziplinen führt zu ähnlichen Situationen auch in weiteren OECD-Staaten (OECD, 2021). Im Vergleich zu den Niederlanden, wo „Huisartsen“ (Hausärztinnen/-ärzte) 24 Monate ihrer Ausbildung in der Primärversorgung verbringen und je einen Tag pro Woche an der Universität, verbringen angehende Allgemeinmediziner:innen in Österreich ihre Ausbildungszeit zum größten Teil in Spitälern und lediglich

sechs Monate in einer Lehrpraxis. Zudem schließt die Ausbildung ohne Facharzttitle ab. Für Medizinstudierende besteht kein Pflichtpraktikum in der Primärversorgung (Sönnichsen and de la Cruz Gomez Pellin, 2020). Im Jahr 2020 existierten mit den Standorten Wien, Graz, Salzburg und Innsbruck vier Institute für Allgemeinmedizin in Österreich (Sönnichsen and de la Cruz Gomez Pellin, 2020). Seither kamen zwei Institute hinzu, eines in Krems und das andere in Linz, so dass aktuell sechs Institute zu verzeichnen sind, wobei die jeweilige Anzahl der wissenschaftlichen Mitarbeiter:innen deutlich zwischen null und 16 variiert (Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften GmbH, 2022, Johannes Kepler Universität Linz, 2022, Medizinische Universität Graz, 2022, Medizinische Universität Wien, 2022, Medizinische Universität Innsbruck, 2022, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, 2022). Sichtbar wird der allgemeinmedizinische Workforcemangel auch an der durchschnittlichen Anzahl der Hausärztinnen/-ärzte pro 100.000 Einwohner:innen. Versorgen in Europa durchschnittlich 68 Hausärztinnen/-ärzte 100.000 Personen (Kringos et al., 2015), bestehen in Österreich 44,5 Hausärztinnen/-ärzte pro 100.000 Österreicher:innen (Österreichische Ärztekammer, 2020). Daraus ergaben sich 2016 im Durchschnitt 2.334 Einwohner pro Hausärztin bzw. -arzt (Stigler, 2020). Mit 14 Prozent weist Österreich im EU-Vergleich (EU: 21 %) einen der geringsten Anteile von Allgemeinmedizinerinnen/-medizinern unter den Ärztinnen/Ärzten auf (OECD and Policies, 2021) – Tendenz fallend (OECD and Policies, 2021) (Burgmann et al., 2022b).

Auch in der Pflege zeichnet sich ein Fachkräftemangel ab (Rappold and Juraszovich, 2019). Da diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen zum Kernteam einer PVE zählen, könnte auch dies eine Herausforderung für die Etablierung von PVE darstellen. Daten dazu, wie viele diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in der österreichischen Primärversorgung tätig sind, bestehen nicht (OECD and European Union, 2020). Laut einer Studie aus der Steiermark sind in 26 Prozent der Hausarztordinationen diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen Teil des Teams (Korsatko, 2015). Im Vergleich dazu waren 2018 im UK 24 Gesundheits- und Krankenpflegepersonen pro 100.000 Einwohner:innen in der Primärversorgung tätig. Ein steigender Trend zeichnet sich vor allem bei den Advanced Practice Nurses (APNs) ab, bei denen es zwischen 2017 und 2018 zu einem Anstieg um 8,2 Prozent kam (The Health Foundation, 2019). Mit November 2022 bestehen 37 PVE in Österreich (OECD and Policies, 2021), Ende 2019 waren es noch neun (OECD and Policies, 2019). Das Ziel, 75 PVE bis 2021 umzusetzen, konnte nicht erreicht werden (BMG, 2017). Auch eine Zielerreichung bis 2023, gemäß der Verlängerung der Zielsteuerungsperiode, scheint unwahrscheinlich (Haindl et al., 2021, Burgmann et al., 2022b).

Im Rahmen einer Primärversorgungsreform klare Ziele zu setzen, Commitment der entsprechenden Stakeholder:innen zu haben und die Akteurinnen/Akteure in den Prozess zu involvieren wird

als wesentlich für die Umsetzung von Innovation im Rahmen des Reformprozesses genannt (Borkan et al., 2010, Espinosa-González and Normand, 2019, Hudson et al., 2019). Prioritäten und konkrete Ziele entsprechend den Systemdimensionen laut Kringos et al. (2010a) konnten nicht identifiziert werden. Zudem bestehen keine Informationen zur Wahrnehmung von unterschiedlichen Stakeholderinnen/Stakeholdern und Betroffenen wie Vertreterinnen/Vertretern der Wissenschaft und Forschung sowie von Berufs- und Interessenvertreterinnen/-vertretern, Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe aus der Praxis, Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern bzw. Vertreterinnen/Vertretern der öffentlichen Verwaltung und von Entscheidungsträgerinnen/-trägern bezüglich relevanter Ziele für die Primärversorgungsreform (Burgmann et al., 2022b).

3.2 Fragestellung und Ziel

Das Ziel dieser Studie war es demnach, einen Einblick in die Perspektive von Stakeholderinnen und Stakeholdern der Primärversorgung und von Betroffenen der Reform zur Umsetzung wesentlicher Ziele zu erlangen. So sollen Schlüsselreformziele identifiziert und soll ihre Umsetzbarkeit erhoben werden, um Empfehlungen für die Agenda der Primärversorgungsreform formulieren zu können.

Davon ausgehend, besteht folgende Forschungsfrage:

- Wie beurteilen Stakeholder:innen und Betroffene der Primärversorgungsreform Ziele zur Weiterentwicklung der Primärversorgung hinsichtlich Relevanz und Umsetzbarkeit?

3.3 Methoden

3.3.1 Studiendesign

Um relevante Ziele für die Primärversorgungsreform auf Basis der Wahrnehmung ihrer Relevanz und Umsetzbarkeit seitens Stakeholderinnen/Stakeholdern und Betroffener zu priorisieren, wurde ein Mixed-Method-Design gewählt. In einem ersten Schritt wurden in einem Konsensusprozess Ziele basierend auf einer fokussierten Recherche und Analyse von Dokumenten zu relevanten Aspekten einer Primärversorgungsreform definiert und formuliert. In einem zweiten Schritt wurde eine Onlinefragebogenerhebung als Querschnittstudie zur Umsetzbarkeit und Relevanz dieser Ziele in Österreich durchgeführt und wurden Anmerkungen inhaltsanalytisch ausgewertet (Burgmann et al., 2022b).

3.3.2 Definition und Formulierung von Reformzielen

Kringos et al. (2010b) definierten bei der Entwicklung des „Primary Health Care Activity Monitor for Europe“ (PHAMEU) zehn essenzielle Dimensionen betreffend Struktur, Prozess und Outcome für die Primärversorgung, die 41 „Features“, 99 Indikatoren und elf weitere Items umfassen. Diese

Aspekte wie auch die Charakteristika des „Primary Care Assessment Tool (PCAT)“ (Stigler et al., 2013) legen essenzielle Aspekte für Primärversorgung in Europa fest und dienen demnach als Orientierung für die Definition der Primärversorgungsziele dieser Studie (Burgmann et al., 2022b).

Die Dissertantin und ein weiterer Forscher führten eine Handsuche zur Sammlung österreichischer und internationaler Dokumente durch, welche wesentliche Elemente für Primärversorgung sowie die Primärversorgungsreform und damit assoziierte Ziele in Österreich definierten. Insgesamt wurden 15 Dokumente – fünf Dokumente für Österreich (Rabady et al., 2018, Sönnichsen and de la Cruz Gomez Pellin, 2020, BKA, 2020, 2015, BMG, 2017) und zehn internationale Berichte und Studien (WONCA, 2013, Kringos et al., 2015, OECD/EU, 2016, Srivastava et al., 2016, Kralj and Kantarevic, 2013, Schäfer et al., 2011, Ghebrehiwet, 2013, Velasco Garrido et al., 2011, Freund et al., 2015, OECD and European Union, 2018) – für die Auswahl von Zielen und deren Formulierung herangezogen. Insgesamt wurden zwölf Ziele formuliert. Der finale Zielekatalog resultierte aus einem Konsensusprozess zwischen der Forscherin und dem Forscher. Für das Erreichen der Ziele wurde eine Periode von zehn Jahren – ab dem Erhebungszeitpunkt (2020) bis 2030 – festgelegt. In Tabelle 8 sind die finalen Ziele inklusive Anmerkungen gemäß Fragebogen, ihre Kurztitel sowie ihre Zuordnung zu den Charakteristika des PCAT (Starfield, 1998) sowie den Features des europäischen Primary Health Care Monitor (Kringos et al., 2015) dargestellt (Burgmann et al., 2022b).

Tabelle 8: Definierte Ziele inklusive Kurztitel, Anmerkungen und Zuordnung zu den Charakteristika des PCAT und den PC-„Features“ des europäischen Primary Health Care Monitor; nach Burgmann et al. (2022b)

Nr.	Kurztitel	Ziel	Anmerkungen zum Ziel	PCAT-System Charakteristika (Starfield, 1998)	PC-„Features“ (Kringos et al., 2015)
1	Pflichtpraktikum im KPJ	2030 gibt es in Österreich an allen öffentlichen Medizinischen Universitäten ein mind. vierwöchiges Pflichtpraktikum Allgemeinmedizin im klinisch-praktischen-Jahr (KPJ).	(Anmerkung: derzeit nur an der Med Uni Graz gegeben)	Type of primary care practitioner	Academic status of PC
2	allgemeinmedizinische Lehrpraxis	2030 finden mind. 12 Monate der Ausbildung zum:zur Allgemeinmediziner:in verpflichtend in der Primärversorgung statt.	(Anmerkung: derzeit nur an der Med Uni Graz gegeben)		
3	Fachärztin/-arzt Allgemeinmedizin	2030 endet die allgemeinmedizinische Ausbildung mit dem Abschluss als Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin.	(Anmerkung: wie in der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 ab 1. 6. 2027 vorgesehen)		
4	Institute für Allgemeinmedizin an allen	2030 gibt es in Österreich an allen öffentlichen Medizinischen Universitäten/ Fakultäten ein Institut für Allgemeinmedizin mit mind. einem Vollzeitäquivalent	(Anmerkung: Forderung im Masterplan Allgemeinmedizin		

	Unis/Fakultäten	(VZÄ) Professur und mind. zehn VZÄ akademischem Personal.	und dem Regierungsprogramm 2020–2024)		
5	attraktives Honorierungssystem	2030 erfolgt die Finanzierung in der österreichischen Primärversorgung einheitlich anhand eines attraktiven Honorierungssystems (z. B. Mischform aus Kopf- und/oder Fallpauschalen, Einzel Leistungsvergütung und/oder „Pay for Performance“).	(Anmerkung: derzeit laut Statistik Austria zirka 1 Hausärztin/-arzt pro 2.300 EW)	Financing type	Remuneration system of PC workforce
6	einheitliche Diagnosen- und Leistungserfassung mittels ICPC-2	2030 gibt es eine einheitliche Diagnosen- und Leistungserfassung mittels ICPC-2 in der gesamten österreichischen Primärversorgung.	(Anmerkung: Forderung im Masterplan Allgemeinmedizin und im Regierungsprogramm 2020–2024)		Informational continuity of care
7	Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität in der Primärversorgung	2030 existiert eine transparente Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität (z. B. mittels Qualitätsindikatoren) in der Primärversorgung.	(Anmerkung: internationaler Standard und Forderung im Regierungsprogramm 2020–2024)	PC quality management infrastructure	PC quality management infrastructure
8	freiwilliges Einschreibemodell in der Primärversorgung	2030 gibt es in Österreich ein freiwilliges und flächendeckendes Einschreibemodell (Vertrauensärztin/-arzt-Modell) in der Primärversorgung*.	(Anmerkung: operatives Ziel 8, Zielsteuerungsvertrag Gesundheit)	Patient lists	Longitudinal continuity of care
9	Pflegeexpertinnen/-experten bzw. Advanced Nurse Practitioners (ANPs) in der Primärversorgung	2030 arbeiten mind. 500 Advanced Nurse Practitioners (ANP) / Pflegeexpertinnen/-experten in der österreichischen Primärversorgung.	(Anmerkung: gemäß internationalen Standards)	Type of primary care practitioner	PC workforce supply and planning
10	DGKP in der Primärversorgung	2030 arbeiten mindestens 20 % aller Pflegefachkräfte (DGKP, ANP) in der österreichischen Primärversorgung (inkl. mobiler Pflege).	(Anmerkung: operatives Ziel 1.1: 75 PVE bis 2021, Zielsteuerungsvertrag Gesundheit)		
11	Steigerung der Versorgungsdichte durch Hausärztinnen/-ärzte	2030 gibt es im Durchschnitt in Österreich mindestens eine Hausärztin / einen Hausarzt mit Kassenvertrag pro 2.000 Einwohner:innen.	(Anmerkung: Forderung im Regierungsprogramm 2020–2024: Community Nurses in 500 Gemeinden, internationaler Ausbildungsstandard: Masterlevel z. B. ANP)		Geographic availability of PC services
12	Anzahl von 225 PVE	2030 gibt es in Österreich mindestens 225 Primärversorgungseinheiten (PVE).	(Anmerkung: internationaler Standard)		

			> 20 %, Österreich aktuell 8 %)		
--	--	--	---------------------------------	--	--

3.3.3 Entwicklung und Struktur des Fragebogens

Es wurde ein Fragebogen mit insgesamt 51 Items konzipiert (drei Items für die zwölf Ziele, fünf Items zu sozioökonomischen Angaben). Der gesamte Fragebogen ist in Anhang 4 zu finden.

Der erste Teil des Fragebogens umfasst die Erhebung der Relevanz und Umsetzbarkeit der definierten Ziele. Um diese zu erfassen, wurden zwei Fragen formuliert. Für das Assessment je Ziel wurde ein geschlossenes fünfstufiges Likertskalenähnliches Antwortformat gewählt. Die Items und Antwortkategorien sowie Anmerkungen zum Status quo je Ziel finden sich in Tabelle 9 (Burgmann et al., 2022b).

Tabelle 9: Items zur Erfassung der Relevanz und Umsetzbarkeit der Ziele

Dimension	Item	Antwortkategorien (Ausprägungen)
Relevanz	Wie wichtig ist es für die österreichische Primärversorgung, dass dieses Ziel bis 2030 erreicht wird? (Bedeutung)	sehr wichtig; wichtig; weder noch; eher unwichtig; sehr unwichtig
Umsetzbarkeit	Wie einfach ist es aus Ihrer Sicht, dass dieses Ziel bis 2030 erreicht wird? (Umsetzbarkeit)	sehr einfach; einfach; teils, teils; schwierig; sehr schwierig

Ein drittes Item ermöglicht es, pro Ziel offen „Anmerkungen“ an das Studienteam zu formulieren. (Burgmann et al., 2022b)

Im zweiten Teil des Fragebogens sollten die sozioökonomischen Charakteristika der Studienteilnehmer:innen erfasst werden. Diese Angaben zur Person umfassten fünf Items (siehe Tabelle 10) (Burgmann et al., 2022b).

Tabelle 10: Sozioökonomische Items zu Angaben zur Person inklusive Antwortkategorien

Item (Variablen)	Antwortkategorien (Ausprägungen)
Alter in Jahren	< 30 Jahre; 30–39 Jahre; 40–49 Jahre; 50–59 Jahre; 60–69 Jahre; ≥ 70 Jahre
Geschlecht	weiblich; männlich
berufliche Zuordnung (Bitte wählen Sie die für Sie am ehesten zutreffende Antwortmöglichkeit)	praktische Tätigkeit in Einzel- oder Gruppenpraxis bzw. PVE; praktische Tätigkeit im extramuralen Bereich außerhalb von Einzel- oder Gruppenpraxen bzw. PVE; praktische Tätigkeit in der intramuralen Versorgung (inkl. Ambulanzen, Ambulatorien, Krankenhäusern, Langzeitpflegeeinrichtungen); Wissenschaft und Forschung; Verwaltung/Politik; Verein / gemeinnützige Organisation; Sonstiges (bitte angeben)
Berufserfahrung im Gesundheitsbereich	< 5 Jahre; 5–10 Jahre; 11–20 Jahre; > 20 Jahre; Tätigkeit außerhalb des Gesundheitsbereichs
Ich bin in folgendem Bundesland beruflich tätig	Burgenland; Kärnten; Oberösterreich; Niederösterreich; Salzburg; Steiermark; Tirol; Vorarlberg; Wien

Am Beginn des Fragebogens wurden die Teilnehmer:innen über den Zweck und die thematische Ausrichtung des Fragebogens, die Länge und ungefähre Dauer zum Befüllen sowie die Einhaltung des Datenschutzes informiert. Sie waren, bevor sie Angaben zu Fragen oder ihrer Person machten, darauf hingewiesen worden, dass die Ergebnisse der Erhebung veröffentlicht würden. Eine Beendigung der Umfrage zu diesem Zeitpunkt konnte demnach auch ein Ablehnen der Veröffentlichung der Ergebnisse bedeuten. Sie wurden zudem darüber informiert, dass die Teilnahme an der Umfrage freiwillig ist. Zunächst war eine Präsentation der Ergebnisse im Rahmen des Primärversorgungskongresses 2020 vorgesehen gewesen, dieser konnte jedoch aufgrund des Ausbruchs der COVID-19-Pandemie nicht stattfinden. Um die Ergebnisse trotzdem öffentlich zugänglich zu machen, erfolgte die Einreichung eines Manuskripts in einem Journal mit Peer-Reviews.

Zur Erstellung der Onlineversion des Fragebogens wurde die Plattform „SurveyMonkey®“ verwendet (Burgmann et al., 2022b). Alle drei Items pro Ziel (Itematterie) wurden auf einer Seite dargestellt. Beim Ausfüllen des Fragebogens war es jederzeit möglich, zu vorhergehenden Fragen zurückzukehren und gegebenenfalls Anpassungen vorzunehmen. Demnach konnten die Teilnehmer:innen ihre Antworten vor dem Absenden des ausgefüllten Fragebogens einem Review unterziehen. Da es möglich war, zu jedem Ziel Anmerkungen zu machen, und die Angaben nicht verpflichtend waren, wurde auf die Antwortmöglichkeit „nicht zutreffend“ oder „keine Antwort“ verzichtet. Die Reihenfolge der Items war definiert, eine Alternation erfolgte nicht.

Um die Verständlichkeit des Fragebogens zu testen, erfolgte eine Pilotisierung als Onlineumfrage mit fünf Personen (Burgmann et al., 2022b). Diese wurden zielgerichtet und persönlich (purposive sampling) von der Forscherin aus den Tätigkeitsfeldern Primärversorgungseinheit, Universität, Sozialversicherung und allgemeinmedizinische Ordination rekrutiert. Darunter waren ein Physiotherapeut, eine Diätologin, eine diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, ein Allgemeinmediziner und eine Psychologin. Auf Basis der persönlichen Rückmeldungen per Telefon und E-Mail wurden daraufhin zur besseren Verständlichkeit und Ausfüllbarkeit sowohl Ziele als auch Fragen angepasst.

Die Daten befinden sich auf dem Server des Instituts für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung der Medizinischen Universität Graz und sind nur Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts durch ihren persönlichen Login zugänglich (Burgmann et al., 2022b).

3.3.4 Rekrutierung der Teilnehmer:innen und Durchführung der Befragung

Um möglichst realitätsnahe Antworten zur Relevanz und Umsetzbarkeit der definierten Reformziele zu erlangen, sollte die Stichprobe über Basiswissen zu den Rahmenbedingungen des Primärversorgungssektors sowie zum Reformvorhaben verfügen. Die Zielgruppe bildeten demnach

Stakeholder:innen sowie Betroffene der Primärversorgungsreform. Das Ziel war es, Vertreter:innen der Mikroebene (praktische Tätigkeit in Einzel- oder Gruppenpraxis bzw. PVE; praktische Tätigkeit im extramuralen Bereich außerhalb von Einzel- oder Gruppenpraxen bzw. PVE; praktische Tätigkeit in der intramuralen Versorgung (inkl. Ambulanzen, Ambulatorien, Krankenhäusern, Langzeitpflegeeinrichtungen), der Mesoebene (Wissenschaft und Forschung; Verein / gemeinnützige Organisation für Berufs- und Interessenvertretungen) sowie der Makroebene (Verwaltung/Politik) zu rekrutieren. Aufgrund der einfachen Verfügbarkeit und undefinierbaren Größe der Zielgruppe erfolgte die Rekrutierung der Stichprobe als „convenience sampling“ über zugängliche E-Mail-Verteiler sowie Social-Media-Kanäle. Insgesamt 1.412 Kontakte erhielten den Onlinefragebogen mit einer Einladung per E-Mail. Darunter waren zwei „Google Groups“ – zum einen der Verteiler des Österreichischen Forums für Primärversorgung im Gesundheitswesen (OEFOP) (n = 409), zum anderen das Public Health Forum Österreich (n = 480) – sowie E-Mail-Listen: jene der Public Health School Graz (PH-School; n = 488) und jene des Kernteams der Jungen Allgemeinmedizin Österreich (JAMÖ; n = 35). Zur Beschickung der zwei letztgenannten E-Mail-Listen wurden deren Administratorin und Administrator kontaktiert und um Aussendung der Einladung und des Zugangslinks zum Fragebogen gebeten. Weiters wurde die Einladung zur Teilnahme an der Umfrage via Social-Media-Kanäle mit insgesamt 703 Followerinnen/ Followern geteilt. Die Forscherin postete die Einladung zur Onlinefragebogenerhebung über das Facebook- (n = 271) und das Instagram-Profil (n = 13) des OEFOP. Die Administratorin der PH School Graz bewarb die Erhebung auch über deren Facebook-Profil (n = 419) (Burgmann et al., 2022b).

Im E-Mail-Verteiler der Public Health School Graz sind Studierende sowie Absolventinnen und Absolventen des Masterlehrgangs Public Health der Medizinischen Universität Graz und an Public Health interessierte Personen vertreten, die sich aktiv für die Aufnahme in den Verteiler entschieden haben. Die OEFOP-Google-Group enthält lediglich Mitglieder des Vereins, die vom Moderator in die Gruppe aufgenommen wurden. Das Public Health Forum Österreich umfasst Personen aus Österreich, die an der Vernetzung und dem Austausch zu Public Health interessiert sind. Die Mitglieder wurden nach ihrer Anfrage um Aufnahme in die Google Group durch den Moderator aktiv hinzugefügt (Burgmann et al., 2022b).

Zugang zum Onlinefragebogen hatten alle Teilnehmer:innen der benutzten Social-Media-Kanäle und E-Mail-Verteiler. Dass dieser Link an andere Personen weitergeleitet wurde, kann nicht ausgeschlossen werden. Mitglieder der E-Mail-Verteiler waren ausschließlich Personen, die der Aufnahme in diesen zugestimmt hatten. An die Teilnahme waren keine Incentives geknüpft, und die Bewerbung erfolgte nur online. Es ist nicht auszuschließen, dass Personen aufgrund der Mitgliedschaft in mehreren Verteilern oder Social-Media-Kanälen die Einladung zur Teilnahme an der

Fragebogenerhebung mehrfach erhielten. Ebenso ist nicht auszuschließen, dass Teilnehmer:innen den Fragebogen mehrfach ausgefüllt haben. Es wurden weder Cookies noch IP-Adressen erfasst. Die Berechnung einer Rücklaufquote ist daher nicht möglich. Die Onlineumfrage begann am 8. 1. 2020 und endete am 3. 2. 2020 (Laufzeit zirka ein Monat) (Burgmann et al., 2022b).

3.3.5 Statistische Analyse

Die statistische Analyse wurde mit der Software SPSS 26.0 (SPSS, Chicago, IL, USA) durchgeführt. Es wurden ausschließlich vollständig ausgefüllte Fragebögen in die Auswertung einbezogen. Die Antworten werden absolut sowie als Prozentsatz angegeben (Burgmann et al., 2022b).

Die Auswertung der Antworten erfolgte in Form von Häufigkeiten sowie im Gruppenvergleich. Für Letzteren wurden die Antwortkategorien dichotomisiert. Für die Erhebung der Relevanz wurden „sehr wichtig“ und „wichtig“ zu einer Kategorie zusammengefasst sowie „weder noch“, „eher unwichtig“ und „sehr unwichtig“ zu einer zweiten Kategorie. Beim Item zur Umsetzbarkeit wurden die Antwortkategorien „sehr einfach“ und „einfach“ zu einer sowie „teils, teils“, „schwierig“ und „sehr schwierig“ zu einer zweiten Kategorie zusammengefasst (Burgmann et al., 2022b).

In einem **ersten Gruppenvergleich (Gruppenvergleich 1)** wurde eine Kontingenzanalyse zwischen den dichotomisierten Ausprägungen der Dimensionen Relevanz und Umsetzbarkeit und den aggregierten Ausprägungen der Variablen „Tätigkeitsbereich“, „Berufsjahre“, „Altersgruppen“ und „Geschlecht“ durchgeführt. Beim ersten Gruppenvergleich wurden die Antwortkategorien „praktische Tätigkeit in Einzel- oder Gruppenpraxis bzw. PVE“ und „praktische Tätigkeit im extramuralen Bereich außerhalb von Einzel- oder Gruppenpraxen bzw. PVE“ zu „extramuraler Bereich“ zusammengefasst, und zwar unter den persönlichen Angaben zum Tätigkeitsbereich. Auch bei den Antworten zum Alter erfuhr die Antwortkategorien „< 30 Jahre“ und „30–39 Jahre“ eine Zusammenfassung zu „< 40 Jahre“, und die Kategorien „60–69 Jahre“ sowie „≥ 70 Jahre“ wurden in der Kategorie „60 Jahre und mehr“ vereint. Die Angaben „< 5 Jahre“ und „5–10 Jahre“ an Berufserfahrung wurden zur Antwortkategorie „< 10 Jahre“ aggregiert. Antworten von Personen, die angegeben hatten, keine Erfahrung im Gesundheitsbereich zu haben, wurden vom Gruppenvergleich ausgeschlossen.

Tätigkeitsbereich

Antwortkategorie im Fragebogen	Gruppenvergleich 1
praktische Tätigkeit in Einzel- oder Gruppenpraxis bzw. PVE	extramuraler Bereich
praktische Tätigkeit im extramuralen Bereich außerhalb von Einzel- oder Gruppenpraxen bzw. PVE	
praktische Tätigkeit in der intramuralen Versorgung (inkl. Ambulanzen, Ambulatorien, Krankenhäusern, Langzeitpflegeeinrichtungen)	<i>wurde beibehalten</i>
Wissenschaft und Forschung	<i>wurde beibehalten</i>

Verwaltung/Politik	<i>wurde beibehalten</i>
Verein / gemeinnützige Organisation	<i>wurde beibehalten</i>

Alter

Antwortkategorie im Fragebogen	Gruppenvergleich 1
< 30 Jahre	< 40 Jahre
30–39 Jahre	
40–49 Jahre	<i>wurde beibehalten</i>
50–59 Jahre	<i>wurde beibehalten</i>
60–69 Jahre	60 Jahre und mehr
≥ 70 Jahre	

Berufsjahre

Antwortkategorie im Fragebogen	Gruppenvergleich 1
< 5 Jahre	< 10 Jahre
5–10 Jahre	
11–20 Jahre	<i>wurde beibehalten</i>
> 20 Jahre	<i>wurde beibehalten</i>
keine Erfahrung im Gesundheitsbereich	<i>wurde ausgeschlossen</i>

Für einen **weiteren Gruppenvergleich (Gruppenvergleich 2)** wurden die Antwortkategorien „praktische Tätigkeit in Einzel- oder Gruppenpraxis bzw. PVE“, „praktische Tätigkeit im extramuralen Bereich außerhalb von Einzel- oder Gruppenpraxen bzw. PVE“ und „praktische Tätigkeit in der intramuralen Versorgung (inkl. Ambulanzen, Ambulatorien, Krankenhäusern, Langzeitpflegeeinrichtungen)“ zu „praktische Tätigkeit“ aggregiert. Antworten zu „Verein / gemeinnützige Organisation“ wurden aus dem Gruppenvergleich ausgeschlossen. Unter den Berufsjahren wurden die Antworten zu den Kategorien „< 5 Jahre“, „5–10 Jahre“ und „11–20 Jahre“ zu „20 Jahre oder weniger“ aggregiert. Antworten von Personen, die angegeben hatten, keine Erfahrung im Gesundheitsbereich zu haben, wurden vom Gruppenvergleich ausgeschlossen. Auch hier wurden Zusammenhänge gemessen.

Tätigkeitsbereich

Antwortkategorie im Fragebogen	Gruppenvergleich 2
praktische Tätigkeit in Einzel- oder Gruppenpraxis bzw. PVE	<i>praktische Tätigkeit</i>
praktische Tätigkeit im extramuralen Bereich außerhalb von Einzel- oder Gruppenpraxen bzw. PVE	
praktische Tätigkeit in der intramuralen Versorgung (inkl. Ambulanzen, Ambulatorien, Krankenhäusern, Langzeitpflegeeinrichtungen)	
Wissenschaft und Forschung	<i>wurde beibehalten</i>
Verwaltung/Politik	<i>wurde beibehalten</i>
Verein / gemeinnützige Organisation	<i>wurde ausgeschlossen</i>

Berufserfahrung im Gesundheitsbereich in Jahren

Antwortkategorie im Fragebogen	Gruppenvergleich 2
< 5 Jahre	20 Jahre oder weniger
5–10 Jahre	
11–20 Jahre	
> 20 Jahre	<i>wurde beibehalten</i>
keine Erfahrung im Gesundheitsbereich	<i>wurde ausgeschlossen</i>

Um die Gruppen in Bezug auf Tätigkeitsbereich, Berufserfahrung im Gesundheitsbereich in Jahren, Altersgruppen und Geschlecht zu vergleichen, wurden der Pearson-Chi-Quadrat-Test oder der Exakte Fisher-Test durchgeführt.

Die statistische Analyse nahm Priv.-Doz. Mag. Dr. Alexander Avian (Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Dokumentation, Medizinische Universität Graz) vor.

3.3.6 Qualitative Analyse

Die offenen Antworten in Form von Kommentaren je Ziel wurden nach Mayring (2015) inhaltsanalytisch unter Zuhilfenahme des Onlineprogramms „QCAmap“ ausgewertet. Diese Analysetechnik wurde gewählt, da aufgrund des regelgeleiteten Vorgehens dabei eine hohe Nachvollziehbarkeit und Transparenz gewährleistet wird (Mayring, 2015). Anhand der zusammenfassenden Inhaltsanalyse sollten die Kommentare zu den Zielen auf ihre Kernaspekte reduziert werden (Mayring and Fenzl, 2014), um diese später in Bezug zur Relevanz und Umsetzbarkeit der Ziele setzen und Divergenzen in den Wahrnehmungen der Teilnehmer:innen der Fragebogenerhebung erkennen zu können (Burgmann et al., 2022b).

3.3.6.1 Erstellung des Kategoriensystems

Der zusammenfassenden Inhaltsanalyse folgend, bildete die Forscherin induktiv Kategorien aus den Kommentaren der Teilnehmer:innen der Fragebogenerhebung (Mayring and Fenzl, 2014). In einem ersten Schritt wurden inhaltstragende Kernaussagen aus den Kommentaren je Ziel in mehreren Durchgängen identifiziert und formuliert. Der Schritt der Paraphrasierung wurde häufig übersprungen. In einem zweiten Schritt erfolgte eine Revision der Kategorienbezeichnungen. In einem dritten Schritt wurden Kategorien zu Hauptkategorien zusammengefasst, wodurch die finalen Kategoriensysteme je Ziel entstanden.

Konkrete Äußerungen im Material zu Aspekten der Umsetzbarkeit und Relevanz der Ziele sowie zur Zielformulierung selbst bildeten das Abstraktionsniveau. Bereits ein Wort mit klarer Bedeutung wurde als Kodiereinheit (der kleinste auszuwertende Materialbestandteil) definiert, da Kommentare häufig kurz formuliert sind. Ein gesamter Kommentar zu einem Ziel kann als Kontexteinheit (der größte in eine Kategorie fallende Textbestandteil) angesehen werden. Die Textdateien mit den aus den ausgefüllten Fragebögen extrahierten Kommentaren bilden die Auswertungseinheit (Mayring and Fenzl, 2014).

3.4 Ergebnisse

Insgesamt 209 Personen nahmen an der Onlinefragebogenerhebung zur Relevanz und Umsetzbarkeit von Primärversorgungsreformzielen teil. 169 Fragebögen wurden vollständig befüllt.

Die relativen Angaben in der folgenden Beschreibung wurden auf eine Kommastelle gerundet (Burgmann et al., 2022b).

3.4.1 Stichprobe

Die größte Gruppe hinsichtlich des Arbeitsgebiets bildeten unter den Teilnehmerinnen/Teilnehmern jene, die angaben, im Bereich Wissenschaft und Forschung (n = 43, 28,1 %) tätig zu sein. Zirka ein Viertel übte eine praktische Tätigkeit in einer Einzel- oder Gruppenpraxis bzw. einer PVE aus (n = 38, 24,8 %). Etwas mehr als ein Fünftel der Teilnehmer:innen arbeitete in der Verwaltung bzw. Politik (n = 33, 21,6 %), 14,4 % in der intramuralen Versorgung (inkl. Ambulanzen, Ambulatorien, Krankenhäusern, Langzeitpflegeeinrichtungen; n = 22). Die kleinsten an Teilnehmergruppen waren in einem Verein bzw. einer gemeinnützigen Organisation (n = 10, 6,5 %) oder im extramuralen Bereich außerhalb von Einzel- oder Gruppenpraxen bzw. PVE (n = 7, 4,6 %) tätig. Beinahe die Hälfte der Teilnehmer:innen hatte mehr als 20 Jahre Berufserfahrung im Gesundheitsbereich (n = 76, 46,3 %), ein Viertel elf bis 20 Jahre (n = 42, 25,6 %). Zirka ein Drittel (30,2 %) war zwischen 50 und 59 Jahre (n = 49), etwas mehr als ein Viertel zwischen 40 und 49 Jahre alt (n = 44, 27,2 %). Die meisten Teilnehmer:innen arbeiteten in der Steiermark (n = 67, 43,8 %). 17,6 % gaben Wien als Arbeitsort an (n = 27). Zirka zehn Prozent der Teilnehmer:innen waren in Oberösterreich (n = 15, 9,8 %) oder in Niederösterreich (n = 16, 10,5 %) tätig. Es nahmen mehr Frauen (n = 95, 60,5 %) als Männer (n = 62, 39,5 %) an der Studie teil. Tabelle 11 stellt die sozioökonomischen Charakteristika der Teilnehmer:innen tabellarisch dar. Bei 47 Teilnehmerinnen/Teilnehmern gibt es keine Angaben zum Alter und Geschlecht. In 56 Fragebögen fehlen Angaben zum Tätigkeitsfeld, in 45 solche zur Berufserfahrung in Jahren. Bei 56 Fragebögen gibt es keine Informationen zum Bundesland, in welchem die Person tätig ist (Burgmann et al., 2022b).

Tabelle 11: Sozioökonomische Charakteristika der Stichprobe; nach Burgmann et al. (2022b)

Sozioökonomische Charakteristika der Stichprobe		n	%			n	%
Tätigkeitsfeld				Berufserfahrung im Gesundheitsbereich in Jahren			
praktische Tätigkeit in Einzel- oder Gruppenpraxis bzw. PVE		38	24,8	< 5 Jahre		18	11,0
praktische Tätigkeit im extramuralen Bereich außerhalb von Einzel- oder Gruppenpraxen bzw. PVE		7	4,6	5–10 Jahre		25	15,2
praktische Tätigkeit in der intramuralen Versorgung (inkl. Ambulanzen, Ambulatorien, Krankenhäusern, Langzeitpflegeeinrichtungen)		22	14,4	11–20 Jahre		42	25,6
Wissenschaft und Forschung		43	28,1	> 20 Jahre		76	46,3
Verwaltung/Politik		33	21,6	keine Erfahrung im Gesundheitsbereich		3	1,8
Verein / gemeinnützige Organisation				Bundesland der beruflichen Tätigkeit			
				Burgenland		2	1,3
Alter				Kärnten		3	2,0
< 30 Jahre		17	10,5	Oberösterreich		15	9,8
30–39 Jahre		33	20,4				

40–49 Jahre	44	27,2	Niederösterreich	16	10,5
50–59 Jahre	49	30,2	Salzburg	8	5,2
60–69 Jahre	17	10,5	Steiermark	67	43,8
≥ 70 Jahre	2	1,2	Tirol	9	5,9
Geschlecht			Vorarlberg	6	3,9
weiblich	95	60,5	Wien	27	17,6
männlich	62	39,5			

3.4.2 Deskriptive Statistik: Relevanz des Erreichens der Ziele

Abbildung 8: Relevanz des Erreichens der Ziele zeigt die Ergebnisse bezüglich der Relevanz des Erreichens der zwölf definierten Ziele in absteigender Reihenfolge.

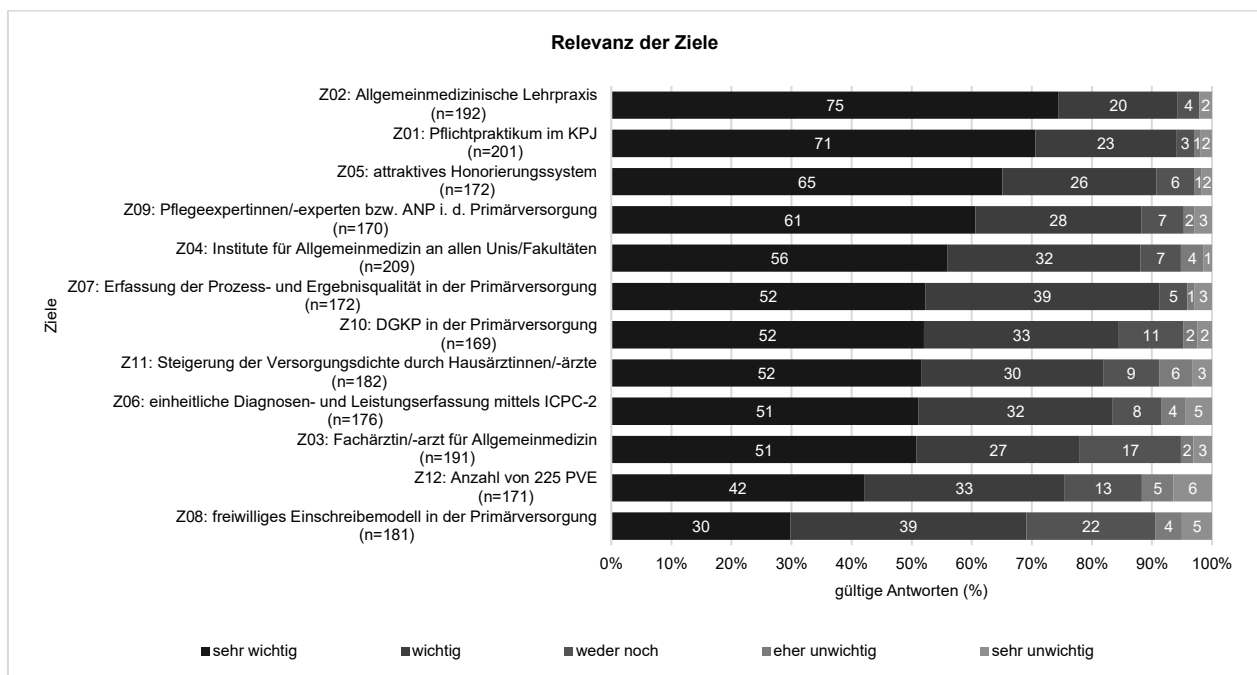


Abbildung 8: Relevanz des Erreichens der Ziele; nach Burgmann et al. (2022b)

Jeweils mindestens zwei Drittel der Antworten je Ziel entfielen auf die Kategorien „sehr wichtig“ oder „wichtig“. Mehr als 90 Prozent der Antworten stufte die Ziele „02: Allgemeinmedizinische Lehrpraxis“, „01: Pflichtpraktikum im KPJ“ und „05: Attraktives Honorierungssystem“ als „sehr wichtig“ oder „wichtig“ ein. Die kleinsten Anteile an „sehr wichtigen“ oder „wichtigen“ Antworten erhielten die Ziele „08: Freiwilliges Einschreibemodell in der Primärversorgung“ (69 %), „12: Anzahl von 225 PVE“ (75 %) und „03: Fachärztin/-arzt für Allgemeinmedizin“ (78 %). Die übrigen Ziele rangierten zwischen 82 Prozent und 91 Prozent bei Kumulation der Antwortkategorien „sehr wichtig“ oder „wichtig“ (Burgmann et al., 2022b).

3.4.3 Deskriptive Statistik: Umsetzbarkeit des Erreichens der Ziele

Abbildung 9 zeigt die Ergebnisse zur Umsetzbarkeit der zwölf definierten Ziele in absteigender Reihenfolge.

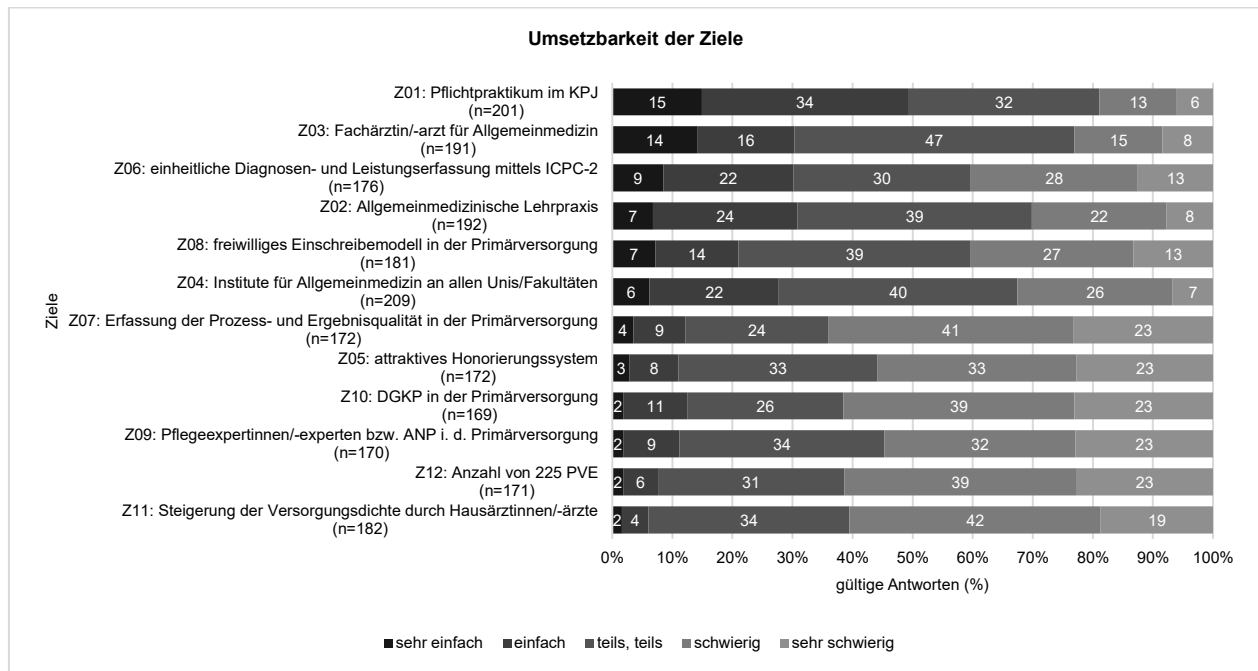


Abbildung 9: Umsetzbarkeit der Ziele; nach Burgmann et al. (2022b)

Die eingeschätzte Umsetzbarkeit der Ziele variiert deutlich. Knapp 50 Prozent der Antwortenden bewerteten die Umsetzbarkeit des Ziels „01: Pflichtpraktikum im KPJ“ als „sehr einfach“ oder „einfach“. Die Ziele „03: Fachärztin/-arzt für Allgemeinmedizin“, „06: einheitliche Diagnosen- und Leistungserfassung mittels ICPC-2“ und „02: allgemeinmedizinische Lehrpraxis“ erhielten etwa je ein Drittel der Antworten in den Kategorien „sehr einfach“ und „einfach“. Die Ziele „11: Steigerung der Versorgungsdichte durch Hausärztinnen/-ärzte“ (8 %) und „12: Anzahl von 225 PVE“ (6 %) wurden von den wenigsten Teilnehmerinnen/Teilnehmern als „sehr einfach“ oder „einfach“ eingeschätzt. Die Anteile der weiteren Ziele in den Kategorien „sehr einfach“ und „einfach“ rangieren zwischen 28 Prozent und elf Prozent (Burgmann et al., 2022b).

Die Ziele „07: Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität“ (64 %), „10: DGKP in der Primärversorgung“ (62 %), „12: Anzahl von 225 PVE“ (61 %) und „11: Steigerung der Versorgungsdichte durch Hausärztinnen/-ärzte“ (61 %) erhielten hingegen die meisten Antworten in den Kategorien „sehr schwierig“ und „schwierig“. Entsprechend der größten Zahl an Antworten, die das Ziel „01: Pflichtpraktikum“ als „sehr einfach“ oder „einfach“ umsetzbar einschätzen, erhielt dieses Ziel auch die geringsten Antworten, die eine „sehr schwierige“ oder „schwierige“ Umsetzbarkeit annahmen (19 %). Die übrigen kumulativen Anteile jener Antworten, welche die Umsetzbarkeit der Ziele als

„sehr schwierig“ oder „schwierig“ einschätzten, variierten zwischen 23 Prozent und 56 Prozent (Burgmann et al., 2022b).

3.4.4 Gegenüberstellung der Relevanz und Umsetzbarkeit

Abbildung 10 stellt die Anteile der Personen zueinander dar, die das jeweilige Ziel als „sehr wichtig“ oder „wichtig“ sowie „sehr einfach“ oder „einfach“ bewerteten. Die Kurztitel der Ziele werden in Tabelle 12 gelistet.

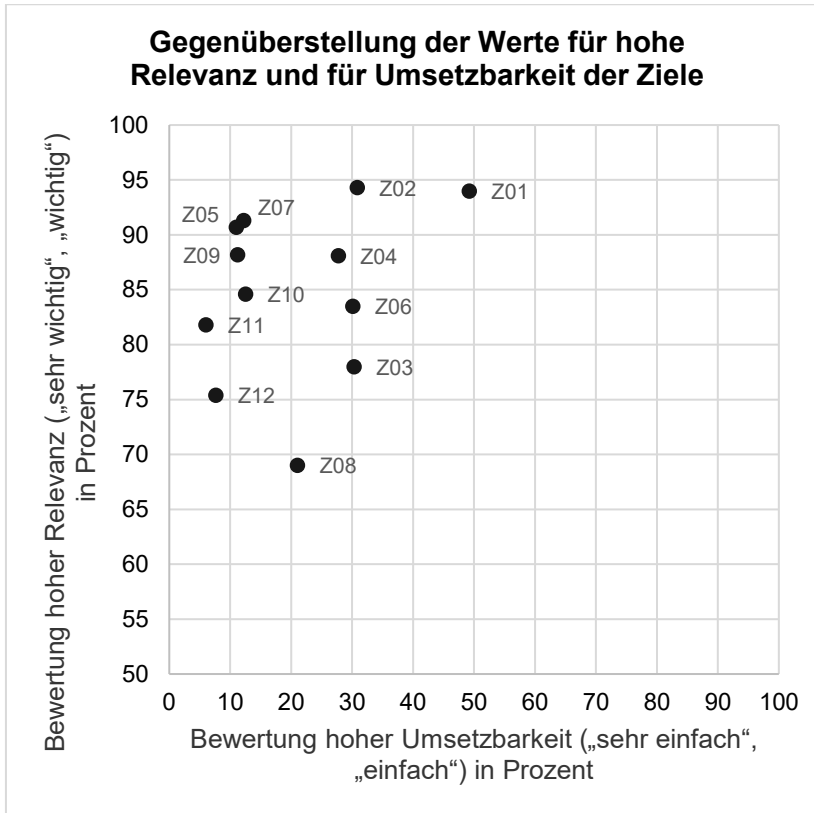


Abbildung 10: Gegenüberstellung der Werte für hohe Relevanz und für Umsetzbarkeit der Ziele; nach Burgmann et al. (2022b)

Tabelle 12: Kurztitel der Ziele

Nr	Kurztitel
1	Pflichtpraktikum im KPJ
2	allgemeinmedizinische Lehrpraxis
3	Fachärztin/-arzt Allgemeinmedizin
4	Institute für Allgemeinmedizin an allen Unis/Fakultäten
5	attraktives Honorierungssystem
6	einheitliche Diagnosen- und Leistungserfassung mittels ICPC-2
7	Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität in der Primärversorgung
8	freiwilliges Einschreibemodell in der Primärversorgung
9	Pflegeexpertinnen/-experten bzw. ANP in der Primärversorgung
10	DGKP in der Primärversorgung
11	Steigerung der Versorgungsdichte durch Hausärztinnen/-ärzte
12	Anzahl von 225 PVE

Aus Abbildung 10 ist ersichtlich, dass beinahe alle Personen Ziel „01: Pflichtpraktikum im KPJ“ als „sehr wichtig“ oder „wichtig“ und knapp die Hälfte der Personen als „sehr einfach“ oder „einfach“ umsetzbar bewerteten. Auch das Ziel „02: allgemeinmedizinische Lehrpraxis“ wurde vom Großteil der Personen als hochrelevant und von zirka einem Drittel als umsetzbar eingeordnet. Knapp 90 Prozent bewerteten das Ziel „04: Institute für Allgemeinmedizin an allen Unis/Fakultäten“ als „sehr wichtig“ bzw. „wichtig“ und knapp ein Drittel als „sehr einfach bzw. „einfach“ (Burgmann et al., 2022b).

Im Gegensatz dazu erhielt das Ziel „08: freiwilliges Einschreibemodell in der Primärversorgung“ den kleinsten Anteil an „sehr wichtig“- oder „wichtig“-Antworten, jedoch bewertete es etwas mehr als ein Fünftel mit moderater Umsetzbarkeit. Ziel „12: Anzahl von 225 PVE“ ist für knapp über drei Viertel der Personen hochrelevant, erhielt hingegen den kleinsten Anteil an den Antworten, die eine hohe Umsetzbarkeit attestierten.

3.4.5 Gruppenvergleiche

Für die Gruppenvergleiche wurden Kontingenzanalysen (χ^2 -Test) durchgeführt, um herauszufinden, ob ein Zusammenhang zwischen den sozioökonomischen Charakteristika der Teilnehmer:innen und deren Bewertung der Relevanz und Umsetzbarkeit besteht. Es wurden einzelne statistisch signifikante Ergebnisse gefunden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die statistisch signifikanten Ergebnisse Zufallserscheinungen sind und dementsprechend keine Aussagekraft haben (Burgmann et al., 2022b).

Bei beiden Gruppenvergleichen wurden für das Ziel „03: Fachärztin/-arzt für Allgemeinmedizin“ ein statistisch signifikanter Zusammenhang im Antwortverhalten von Personen unterschiedlich vieler Berufsjahre bezüglich der Relevanz identifiziert. Auch für das Ziel „07: Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität in der Primärversorgung“ fand sich in beiden Gruppenvergleichen ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Personen unterschiedlicher Tätigkeitsfelder und der bewerteten Relevanz. Ein Zusammenhang zwischen dem Tätigkeitsfeld der antwortenden Person und deren Bewertung der Relevanz fand sich auch für das Ziel „10: DGKP in der Primärversorgung“ in beiden Gruppenvergleichen.

Die Detailergebnisse können bei der Autorin angefragt werden.

3.4.5.1 Gruppenvergleich 1

Der **Gruppenvergleich 1** ergab 96 χ^2 -Tests für die Berechnung des Zusammenhangs zwischen den dichotomisierten Antworten bezüglich der Relevanz und Umsetzbarkeit aller zwölf Ziele und den sozioökonomischen Charakteristika Tätigkeitsfeld, Alter, Berufsjahre. Sechs Tests waren statistisch signifikant, fünf davon betrafen die Relevanz, eines die Umsetzbarkeit. Für Ziel „10: DGKP

in der Primärversorgung“ wurden sowohl beim Gruppenvergleich der Tätigkeitsfelder als auch beim Vergleich der Geschlechter statistisch signifikante Unterschiede gefunden. Die Kreuztabellen zu den statistisch signifikanten Ergebnissen sind in Anhang 5 zu finden.

3.4.5.1.1 Ziel „02: allgemeinmedizinische Lehrpraxis“

Der Exakte Fisher-Test wurde zwischen dem Geschlecht und der Einschätzung der Relevanz des Ziels „02: Allgemeinmedizinische Lehrpraxis“ durchgeführt und ergab einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der bewerteten Relevanz ($p = ,016$). Die Werte der Kreuztabelle lassen annehmen, dass Frauen die „allgemeinmedizinische Lehrpraxis“ eher als „sehr wichtig“ oder „wichtig bewerten“ denn Männer.

3.4.5.1.2 Ziel „03: Fachärztin/-arzt für Allgemeinmedizin“

Für Ziel „03: Fachärztin/-arzt für Allgemeinmedizin“ ergab der Exakte Fisher-Test, dass ein statistischer Zusammenhang zwischen den Personen mit unterschiedlich vielen Berufsjahren und der bewerteten Relevanz besteht ($p = ,004$). Die Ergebnisse der Kreuztabelle geben Hinweis darauf, dass Personen mit mehr als 20 Jahren Berufserfahrung im Gesundheitsbereich der Einführung der Fachärztin /des Facharztes für Allgemeinmedizin höhere Relevanz zuschreiben.

3.4.5.1.3 Ziel „05: Attraktives Honorierungssystem“

Der Exakte Fisher-Test ergab betreffend die Umsetzbarkeit des Ziels „05: attraktives Honorierungssystem“ einen statistisch signifikanten Zusammenhang mit dem Geschlecht der Teilnehmer:innen ($p = ,029$). Unter Berücksichtigung der Werte in der Kreuztabelle ist anzunehmen, dass Frauen die Umsetzung eines attraktiven Honorierungssystems als schwieriger bewerten.

3.4.5.1.4 Ziel „07: Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität in der Primärversorgung“

Die Kontingenzanalyse des Ziels „07: Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität in der Primärversorgung“ zeigte laut dem Exakten Fisher-Test einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen dem Tätigkeitsfeld der Teilnehmer:innen und der bewerteten Relevanz ($p = ,012$). Teilnehmer:innen aus der Wissenschaft und Forschung sprechen der Erfassung der Prozess und Ergebnisqualität höchste Relevanz zu. Auch Teilnehmer:innen, die in der intramuralen Versorgung tätig sind, und Teilnehmer:innen aus der Verwaltung und Politik bewerten dies häufiger als (sehr) wichtig, im Vergleich zu Teilnehmer:innen aus der extramuralen Versorgung und Vereinen bzw. gemeinnützigen Organisationen.

3.4.5.1.5 Ziel „10: DGKP in der Primärversorgung“

Der Pearson-Chi-Quadrat-Test ergab für das Ziel „10: DGKP in der Primärversorgung“ einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der Bewertung der Relevanz

dieses Ziels: $\chi^2(1) = 6,94$, $p = ,008$. Ein höherer Anteil an DGKP in der Primärversorgung war für die Teilnehmerinnen der Umfrage wichtiger.

Statistisch signifikante Ergebnisse wurden auch für das Tätigkeitsfeld der Teilnehmer:innen und die bewertete Relevanz identifiziert: $\chi^2(4) = 10,89$, $p = ,028$. Die Ergebnisse aus der Kreuztabelle weisen darauf hin, dass Teilnehmer:innen, die in der extramuralen Versorgung tätig sind, die Inklusion von mehr DGKP in die Primärversorgung als weniger relevant bewerten im Vergleich Teilnehmer:innen der übrigen Tätigkeitsfelder. Der größte Zuspruch an Relevanz kam von den teilnehmenden Wissenschaftler:innen und Forscher:innen.

3.4.5.2 Gruppenvergleich 2

Aus dem **Gruppenvergleich 2** betreffend Tätigkeitsfeld und Berufsjahre waren von 48 Tests vier statistisch signifikant. Alle vier signifikanten Ergebnisse betrafen die Relevanz der Ziele. Die Kreuztabellen zu den statistisch signifikanten Ergebnissen sind in Anhang 6 zu finden.

3.4.5.2.1 Ziel „03: Fachärztin/-arzt für Allgemeinmedizin“

Durch den Exakten Fisher-Test wurde für das Ziel „03: Fachärztin/-arzt für Allgemeinmedizin“ herausgefunden, dass die Berufsjahre einen statistisch signifikanten Einfluss auf die Bewertung der Relevanz hatten ($p = ,003$). Entsprechend dem Gruppenvergleich eins, empfinden auch nach Zusammenfassung der Personengruppen mit weniger als 20 Jahren Berufserfahrung im Gesundheitsbereich, die Teilnehmer:innen mit höherer Berufserfahrung (>20 Jahre) die Einführung der Fachärztin / des Facharztes für Allgemeinmedizin als wichtiger.

3.4.5.2.2 Ziel „06: einheitliche Diagnosen- und Leistungserfassung mittels ICPC-2“

Für das Ziel „06: Einheitliche Diagnosen- und Leistungserfassung mittels ICPC-2“ wies der Pearson-Chi-Quadrat-Test einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Personen unterschiedlicher Tätigkeitsfelder und der Bewertung der Relevanz aus: $\chi^2(2) = 6,34$, $p = ,042$. Aus der Kreuztabelle ist zu erkennen, dass Teilnehmer:innen aus der Wissenschaft und Forschung die Einführung einer einheitlichen Diagnose- und Leistungserfassung mittels ICPC-2 am häufigsten als relevant erachten, wohingegen die Teilnehmer:innen aus der Verwaltung und der Politik dem weniger Relevanz zusprechen.

3.4.5.2.3 Ziel „07: Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität in der Primärversorgung“

Für das Ziel „07: Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität in der Primärversorgung“ ergab der Pearson-Chi-Quadrat-Test einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen dem Tätigkeitsfeld der Teilnehmer:innen und der bewerteten Relevanz: $\chi^2(2) = 6,80$, $p = ,033$. Die Ergeb-

nisse der Kreuztabelle geben ähnlich dem Gruppenvergleich ein Hinweis darauf, dass Teilnehmer:innen aus der Wissenschaft und Forschung der Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität mehr Relevanz zusprechen, als Teilnehmer:innen der anderen Tätigkeitsfelder.

3.4.5.2.4 Ziel „10: DGKP in der Primärversorgung“

Auch für das Ziel „10: DGKP in der Primärversorgung“ ist gemäß dem Pearson-Chi-Quadrat-Test das Tätigkeitsfeld statistisch signifikant mit der Bewertung der Relevanz assoziiert: $\chi^2(2) = 6,13$, $p = 0,47$. Auch nach Aggregation der Kategorien zur praktischer Tätigkeit (extramural und intramural) finden sich die häufigsten Bewertungen zu (hoher) Relevanz in der Gruppe der Wissenschaftler:innen und Forscher:innen. Praktisch tätige Personen empfanden die vermehrte Inklusion von DGKP in die Primärversorgung als weniger wichtig.

3.4.6 Qualitative Analyse der Anmerkungen

Die Anzahl der Anmerkungen pro Ziel bewegte sich zwischen 18 und 31 (Median: 27). Zwischen neun Prozent und 19 Prozent der Studienteilnehmer:innen machten zusätzliche Anmerkungen (Median: 12 %). Die deskriptive Auswertung zur Anzahl der Anmerkungen pro Studienteilnehmer:in zeigt eine maximale Angabe von elf Kommentaren bei sieben Teilnehmer:innen/Teilnehmer:innen, 134 Teilnehmer:innen fügten keine Kommentare hinzu. Nachfolgend werden die aus den Anmerkungen identifizierten Kategorien pro Ziel tabellarisch gelistet und die am häufigsten genannten Kategorien textlich beschrieben (Burgmann et al., 2022b).

3.4.6.1 Ziel „01: Pflichtpraktikum im klinisch-praktischen Jahr (KPJ)“

Die Umsetzung eines Pflichtpraktikums im klinisch-praktischen Jahr ist gemäß den ergänzenden Kommentaren vom Willen der Stakeholder:innen auf nationaler Ebene sowie im Bundesland abhängig. Die Bereitschaft und die Verfügbarkeit von Lehrordinationen wurden kritisch bedacht. Wichtig für die erfolgreiche Implementierung sei eine Aufwandsentschädigung für die Lehrordinationen sowie für die Studierenden. Ein Pflichtpraktikum für Medizinstudierende wurde als relevant angesehen, da es eine positive Auswirkung auf die Nachwuchsförderung für die Allgemeinmedizin habe. Tabelle 13 listet die Gesamtheit der Kategorien, die aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 01 identifiziert wurden (Burgmann et al., 2022b).

Tabelle 13: Kategorien aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 01 – Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse

ID der Kategorie	Bezeichnung der Kategorie	absolute Anzahl	Prozent der Summe	Anzahl der codierten Phrasen
Einflussfaktoren allgemein		2	15	2
RQ1-13	mangelnde Anerkennung für das Fach Allgemeinmedizin	1	7	1

RQ1-17	wachsende Bedeutung bei Studierenden als treibender Faktor	1	7	1
Einflussfaktoren in Bezug auf die Umsetzung		7	53	24
RQ1-19	Notwendigkeit einer Aufwandsentschädigung für Lehrordination	1	7	4
RQ1-20	Aufwandsentschädigung für Studierende	1	7	3
RQ1-9	heterogene(r) Umsetzung(swille) an unterschiedlichen Universitätsstandorten	1	7	3
RQ1-12	organisatorischer Aufwand durch Lehrordination als Hindernis	1	7	2
RQ1-11	abhängig von Bereitschaft und Verfügbarkeit von Lehrordinationen	1	7	4
RQ1-18	Umsetzung abhängig vom Willen der Stakeholder:innen (national und im Bundesland)	1	7	6
RQ1-16	Notwendigkeit nationaler Strukturen und einheitlicher Umsetzung	1	7	2
Anmerkungen zur Zielformulierung		2	15	6
RQ1-1	Zielformulierung: Dauer zu kurz	1	7	4
RQ1-8	fehlerhafte Angabe in der Anmerkung zum Ziel bezüglich aktueller Situation	1	7	2
Anforderungen		1	7	1
RQ1-7	Qualität der Praktikumsstellen	1	7	1
positive Auswirkungen		1	7	5
RQ1-6	Nachwuchsförderung als positive Auswirkung der Umsetzung (v. a. im ländlichen Gebiet)	1	7	5
Summe		13	100 %	38

3.4.6.2 Ziel „02: Allgemeinmedizinische Lehrpraxis“

Für die verpflichtende Absolvierung einer mindestens zwölfmonatigen Lehrpraxis in der Primärversorgung im Rahmen der Ausbildung zum:zur Allgemeinmediziner:in sei sowohl eine national einheitliche und angemessene Honorierung für die Lehrpraxen notwendig wie auch eine finanzielle Gleichstellung der Lehrpraktikantinnen und -praktikanten mit auszubildenden Ärztinnen und Ärzten im intramuralen Bereich. Dies sei abhängig vom Willen und Einsatz der Stakeholder:innen. Die Verfügbarkeit ausreichend vieler Lehrpraxen und vor allem Primärversorgungseinheiten als Ausbildungsstellen, die hier eine Voraussetzung ist, wurde als kritisch erachtet. Tabelle 14 listet die Gesamtheit der Kategorien, die aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 02 identifiziert wurden (Burgmann et al., 2022b).

Tabelle 14: Kategorien aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 02 – Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse

ID der Kategorie	Bezeichnung der Kategorie	absolute Anzahl	Prozent der Summe	Anzahl der codierten Phrasen
Finanzierung		2	12	17

RQ2-15	national einheitliche und angemessene Honorierung für Lehrpraxen notwendig	1	6	8
RQ2-7	finanzielle Gleichstellung der auszubildenden Ärztinnen/Ärzte im niedergelassenen und im intramuralen Bereich österreichweit notwendig	1	6	9
positive Folgen		2	12	2
RQ2-33	Beschäftigung einer Lehrpraktikantin / eines Lehrpraktikanten als Mehrwert für Ordination	1	6	1
RQ2-9	Weiterbeschäftigung von Allgemeinmedizinerinnen/-medizern nach Lehrpraxis als positiver Effekt	1	6	1
Einflussfaktoren in Bezug auf die Umsetzung		6	38	33
RQ2-1	Zweifel an Verfügbarkeit der Lehrpraxen als Voraussetzung	1	6	15
RQ2-11	Subkategorie: Zweifel an Verfügbarkeit von PVE als Lehrpraxen	1	6	7
RQ2-27	Lehrpraxis als Mehrbelastung – Ressourcenproblem bei Umsetzung	1	6	3
RQ2-10	Notwendigkeit der Information potenzieller Lehrpraxisleiter:innen	1	6	1
RQ2-19	Annahme der realistischen Umsetzung des Ziels	1	6	1
RQ2-23	Abhängigkeit von Stakeholderinnen/Stakeholdern	1	6	6
Einflussfaktoren allgemein		2	12	8
RQ2-6	Aufwertung der AM-Lehre notwendig (inkl. Fachärztin/-arzt)	1	6	4
RQ2-4	mangelnde Anerkennung und Attraktivität des Fachs Allgemeinmedizin	1	6	4
Ausbildung Allgemeinmedizin		2	12	6
RQ2-12	inadäquate Ausbildung zum/zur Allgemeinmediziner:in	1	6	2
RQ2-8	Relevanz hochqualitativer Ausbildung in der LP	1	6	4
Nennung der Relevanz		1	6	4
RQ2-2	Nennung der Relevanz der Lehrpraxis für Auszubildende	1	6	4
Zielformulierung		1	6	3
RQ2-5	Adaption der Zielformulierung zu längerer Dauer der LP	1	6	3
Summe		16	100 %	73

3.4.6.3 Ziel „03: Fachärztin/-arzt für Allgemeinmedizin“

Die Implementierung einer Facharztausbildung für Allgemeinmedizin wurde als relevant erachtet und trüge zur Aufwertung des Faches Allgemeinmedizin bei. Dazu seien Anpassungen der Ausbildung notwendig, um diese praxisorientiert und hochqualitativ zu gestalten. Unentschlossenheit der Berufs- und Interessenvertretungen in der Vergangenheit habe diese Entwicklung verzögert. Als Maßnahme des aktuellen Regierungsprogramms sei eine Umsetzung wahrscheinlicher. Tabelle 15 listet die Gesamtheit der Kategorien, die aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 03 identifiziert wurden (Burgmann et al., 2022b).

Tabelle 15: Kategorien aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 03 – Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse

ID der Kategorie	Bezeichnung der Kategorie	absolute Anzahl	Prozent der Summe	Anzahl der codierten Phrasen
Relevanz		3	33	15
RQ3-5	Nennung der Relevanz für Zielumsetzung	1	11	7
RQ3-6	relevant für Aufwertung der Allgemeinmedizin	1	11	6
RQ3-12	fehlendes Verständnis für Relevanz	1	11	2
Voraussetzungen		2	22	7
RQ3-4	Notwendigkeit der Anpassung des Versorgungsauftrags und Verschiebung von Leistungen in die Allgemeinmedizin	1	11	3
RQ3-11	Anpassung der Ausbildung notwendig: hohe Qualität und Praxiserfahrung	1	11	4
Status quo der Umsetzungswahrscheinlichkeit		2	22	5
RQ3-7	Einschätzung baldiger Umsetzung	1	11	1
RQ3-9	Hinweis auf Maßnahme laut Regierungsprogramm	1	11	4
Hindernisse für Umsetzung		2	22	8
RQ3-2	Zögerlichkeit der Berufs- und Interessenvertretung in Vergangenheit	1	11	6
RQ3-3	höhere Honorierung als Hindernis	1	11	2
Summe		9	100 %	35

3.4.6.4 Ziel „04: Institute für Allgemeinmedizin an allen Unis/Fakultäten“

Ein Ausbau allgemeinmedizinischer Institute an den österreichischen Universitäten bzw. Fakultäten und eine umfassendere personelle Ausstattung wurden als wesentlicher Beitrag zur Aufwertung des Faches Allgemeinmedizin in Österreich angemerkt. Dies trüge auch positiv zu einer adäquaten Ausbildung sowie zu einer nachhaltigen und qualitativen allgemeinmedizinischen Versorgung bei. Relevant sei dabei eine entsprechende Qualifikation der Institutsleitung und der Mitarbeiter:innen, wobei eine Ausbildung und idealerweise eine praktische Tätigkeit dieser Mitarbeiter:innen als Allgemeinmediziner:in als wesentlich angesehen wurden. Hinderlich seien jedoch die mangelnden zeitlichen Ressourcen von Hausärztinnen und -ärzten, die es ihnen erschweren, auch als Lehrende tätig zu sein. Die universitären Qualifikationsanforderungen an eine Institutsleitung würden auch eine Herausforderung für die diesbezügliche Besetzung in Österreich darstellen. Die aktuelle Umsetzung an den Universitäten sei hier heterogen und auf die in diesem Fall als hinderlich beschriebene Autonomie der Universitäten zurückzuführen. Notwendig seien eine adäquate Finanzierung sowie der Wille zur Umsetzung seitens der Stakeholder:innen, wobei deren Relevanz zu diesem Thema als gering eingeschätzt wurde. Tabelle 16 listet die Gesamtheit der Kategorien, die aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 04 identifiziert wurden (Burgmann et al., 2022b).

Tabelle 16: Kategorien aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 04 – Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse

ID der Kategorie	Bezeichnung der Kategorie	absolute Anzahl	Prozent der Summe	Anzahl der codierten Phrasen
positive Auswirkungen der Zielerreichung		1	8	7
RQ4-12	Beitrag zu Aufwertung des Faches Allgemeinmedizin, adäquater Ausbildung und Nachhaltigkeit qualitativer Versorgung	1	8	7
Anforderungen an Zielumsetzung		3	25	7
RQ4-4	Fachärztin/-arzt für Allgemeinmedizin erfordert Ausbau von Instituten	1	8	1
RQ4-15	Qualifikation und praktische Tätigkeit der Institutsleitung und Mitarbeiter:innen relevant	1	8	5
RQ4-23	Ausbildung um Social Skills erweitern	1	8	1
Einflussfaktoren in Bezug auf die Umsetzung		4	33	20
RQ4-1	adäquate Finanzierung durch Stakeholder:innen notwendig	1	8	4
RQ4-3	Abhängigkeit von Relevanz für Stakeholder:innen	1	8	8
RQ4-5	mangelnde Ressourcen praktisch tätiger Allgemeinmediziner:innen als Lehrende	1	8	4
RQ4-11	heterogene Umsetzung an Universitäten durch Autonomie hinderlich	1	8	4
Zielformulierung		1	8	1
RQ4-7	Adaption Zielformulierung: Reduktion VZÄ akademischen Personals	1	8	1
Relevanz des Ziels		1	8	1
RQ4-25	kein Zusammenhang zwischen Etablierung von PVE und Ausbau allgemeinmedizinischer Institute erkennbar	1	8	1
Status quo der Umsetzung		2	16	2
RQ4-9	Ausdruck geringer Komplexität der Umsetzung	1	8	1
RQ4-20	Feststellung des „Hinterherkinkens“ im internationalen Vergleich	1	8	1
Summe		12	100 %	38

3.4.6.5 Ziel „05: Attraktives Honorierungssystem“

Die Implementierung eines attraktiven Honorierungssystems wurde als relevant erachtet, da dies zu einer höheren Attraktivität der allgemeinmedizinischen Tätigkeit betrüge. Diese wurde mit einem Shift von hohen Patientenfrequenzen hin zu mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten in Verbindung gebracht, was wiederum in höherer Qualität resultieren würde. Bei einer Anpassung der Leistungskataloge sei die Ausgestaltung relevant. Zur Umsetzbarkeit wurden widersprüchliche Kommentare abgegeben. Zum einen sei die Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse förderlich, da dies ein einheitliches Vorgehen in Österreich ermögliche. Zum anderen wurde angemerkt, dass dieses Ziel aufgrund von Föderalismus und Uneinigkeit zwischen den Stakeholderinnen/ Stakeholdern und Ärztinnen/Ärzten schwer umsetzbar sei. Zudem wurde angemerkt, dass das Ziel nicht eindeutig verständlich formuliert sei.

Tabelle 17 listet die Gesamtheit der Kategorien, die aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 05 identifiziert wurden (Burgmann et al., 2022b).

Tabelle 17: Kategorien aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 05 – Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse

ID der Kategorie	Bezeichnung der Kategorie	absolute Anzahl	Prozent der Summe	Anzahl der codierten Phrasen
Einflussfaktoren in Bezug auf die Umsetzbarkeit		4	44	13
RQ5-6	Ausdruck einfacherer Umsetzbarkeit durch ÖGK	1	11	3
RQ5-9	mangelnde Umsetzbarkeit durch Föderalismus und Uneinigkeit (Stakeholder:innen, Ärztinnen/Ärzte, Finanzierungsströme)	1	11	8
RQ5-11	mangelnde Umsetzbarkeit durch heterogenes Wissen der Stakeholder:innen und Ärztinnen/Ärzte zum Thema Honorierung	1	11	1
RQ5-2	Notwendigkeit von Information an zukünftige Allgemeinmediziner:innen zum Mehrwert des neuen Honorierungssystems	1	11	1
Relevanz		2	22	6
RQ5-1	Ausdruck mangelnder Relevanz	1	11	1
RQ5-14	Ausdruck hoher Relevanz (Attraktivität, Qualität, Frequenz/Zeit für Patientinnen/Patienten)	1	11	5
Zielformulierung		1	11	2
RQ5-13	mangelnde Verständlichkeit der Zielformulierung	1	11	2
Anforderungen an Ausgestaltung		2	22	6
RQ5-3	Ausgestaltung der inkludierten Leistungen relevant	1	11	5
RQ5-12	negative Folge: Pauschalierung führt zu mangelnder Qualität in Versorgung	1	11	1
Summe		9	100 %	27

3.4.6.6 Ziel „06 einheitliche Diagnosen- und Leistungserfassung mittels ICPC-2“

In den Anmerkungen zur Implementierung einer einheitlichen Diagnosen- und Leistungserfassung mittels ICPC-2 gab es Diskrepanzen. Zum einen kritisierten Studienteilnehmer:innen, dass diese einen zusätzlichen bürokratischen Aufwand für die Allgemeinmediziner:innen bedeute. Für die Umsetzung des Ziels sei es notwendig, dass Ordinationssoftware den qualitativen Anforderungen entspreche, um eine einfache Dokumentation in den Arbeitsalltag zu integrieren, eine entsprechende Datenqualität zu gewährleisten und damit keine hohen Kosten für die erforderlichen Module entstünden. Eine einheitliche Dokumentation sei essenziell, um Daten mit entsprechender Qualität und Aussagekraft unter anderem für die Forschung zu generieren. Dies könne beispielsweise durch Schulungen gewährleistet werden. Es wurde der Wunsch nach Verwendung von ICD-10 anstatt ICPC-2 geäußert, da dies eine Vergleichbarkeit der Daten in der Allgemeinmedizin mit jenen der intramuralen Versorgungsstrukturen ermögliche. Der Implementierung stehen Widerstand

der Ärztekammer und fehlendes Verständnis für die Relevanz der Dokumentation bei Stakeholderinnen/Stakeholdern sowie Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe hemmend gegenüber. Verständnis und Zustimmung der Akteure und Betroffenen werden jedoch als Notwendigkeit für die erfolgreiche Umsetzung gesehen. Tabelle 18 listet die Gesamtheit der Kategorien, die aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 06 identifiziert wurden (Burgmann et al., 2022b).

Tabelle 18: Kategorien aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 06 – Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse

ID der Kategorie	Bezeichnung der Kategorie	absolute Anzahl	Prozent der Summe	Anzahl der codierten Phrasen
Einflussfaktoren in Bezug auf die Umsetzbarkeit		5	35	15
RQ6-6	Kritik an bürokratischem Aufwand	1	7	5
RQ6-7	nationale Stakeholder:innen: fehlendes Verständnis für Relevanz, Notwendigkeit nationaler Umsetzung	1	7	3
RQ6-17	Verständnis für Relevanz bei Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe als Voraussetzung	1	7	3
RQ6-11	Widerstand der Ärztekammer als Hindernis für Umsetzung	1	7	3
RQ6-14	Anmerkung zur Zielformulierung: geringes Ausmaß der Umsetzung wahrscheinlicher	1	7	1
Relevanz		3	21	5
RQ6-8	Nennung hoher Relevanz für Qualität der Versorgung (Standards, Evaluation)	1	7	1
RQ6-4	Relevanz für Wissenschaft und Forschung	1	7	3
RQ6-21	Nennung mangelnder Relevanz aufgrund fehlenden Mehrwerts für Versorgung	1	7	1
Klassifikation der Diagnosendokumentation		2	14	5
RQ6-2	Wunsch nach Verwendung von ICD-10: Vergleichbarkeit der Daten	1	7	4
RQ6-20	Kritik an eingeschränkter Aussagekraft von ICPC-2	1	7	1
Anforderungen zur Zielumsetzung		3	21	12
RQ6-19	einheitliche Dokumentation für Qualität der Daten relevant	1	7	5
RQ6-13	Anforderungen an Ordinationssoftware: Qualität der Daten, einfache Anwendung, geringe Kosten für Module	1	7	6
RQ6-16	Notwendigkeit der Anpassung des Dokumentationsgesetzes	1	7	1
Status quo der Umsetzung		1	7	1
RQ6-18	aktuell bestehende Verpflichtung zur Diagnosendokumentation in PVE durch ÖGK	1	7	1
Summe		14	100%	43

3.4.6.7 Ziel „07: Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität in der Primärversorgung“

Für die Einführung der Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität in der Primärversorgung sei ihre Ausgestaltung – vor allem die Auswahl aussagekräftiger Indikatoren – laut Anmerkungen von Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern relevant. Laut ausgewählten Kommentaren werden

Missinterpretationen befürchtet, welche nicht die Realität widerspiegeln. Die Dokumentation – idealerweise sektorenübergreifend – sei eine Voraussetzung für das Qualitätsassessment. Dazu gebe es jedoch – aufgrund des Mehraufwands – eine mangelnde Bereitschaft. Zudem fehle das allgemeine Bewusstsein um die Relevanz der Dokumentation, und der Widerstand der Ärztekammer sei hier ein wesentliches Hindernis. Studienteilnehmer:innen bekräftigten jedoch auch die Notwendigkeit der Qualitätsmessung in der Primärversorgung und die Relevanz der aktiven Förderung einer Qualitäts- und Fehlerkultur. Tabelle 19 listet die Gesamtheit der Kategorien, die aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 07 identifiziert wurden (Burgmann et al., 2022b).

Tabelle 19: Kategorien aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 07 – Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse

ID der Kategorie	Bezeichnung der Kategorie	absolute Anzahl	Prozent der Summe	Anzahl der codierten Phrasen
Einflussfaktoren in Bezug auf die Umsetzung		3	60	13
RQ7-1	Hindernis: Widerstand der ÄK	1	20	3
RQ7-2	fehlendes Bewusstsein für Relevanz von Qualitätsmessung	1	20	7
RQ7-7	(sektorenübergreifende) Dokumentation als Voraussetzung: mangelnde Bereitschaft in Primärversorgung aufgrund von Mehraufwand	1	20	3
Relevanz		1	20	5
RQ7-5	Nennung der Relevanz hoher Qualität und aktives Fördern einer Qualitätskultur	1	20	5
Form der Umsetzung		1	20	8
RQ7-6	Ausgestaltung: Auswahl aussagekräftiger Indikatoren als Voraussetzung	1	20	8
Summe		5	100 %	26

3.4.6.8 Ziel „08: freiwilliges Einschreibemodell in der Primärversorgung“

Die Umsetzung eines freiwilligen Einschreibemodells in der Primärversorgung hänge laut Anmerkungen wesentlich von den Stakeholderinnen und Stakeholdern ab, wobei diese widersprüchliche Interessen hätten. Notwendig seien eine aktive Information der Patientinnen und Patienten sowie eine Bewusstseinsbildung bei ihnen, um Vertrauen in die Primärversorgung zu schaffen und deren Rolle zu stärken. Flankierend wären Maßnahmen auf Systemebene zur erfolgreichen Umsetzung notwendig wie das Schaffen von Strukturen für das Einschreibesystem und die Implementierung von Gatekeeping, um den freien Zugang zu weiteren Versorgungsstrukturen – vor allem Ambulanzen – zu unterbinden. Tabelle 20 listet die Gesamtheit der Kategorien, die aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 08 identifiziert wurden (Burgmann et al., 2022b).

Tabelle 20: Kategorien aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 08 – Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse

ID der Kategorie	Bezeichnung der Kategorie	absolute Anzahl	Prozent der Summe	Anzahl der codierten Phrasen
Anforderungen		3	33	10
RQ8-2	Bewusstseinsbildung, Information der Patientinnen/ Patienten, Vertrauensbildung bezüglich der Primärversorgung notwendig	1	11	5
RQ8-5	Notwendigkeit der Anpassung der Systemstrukturen (Einschreibung schaffen, freien Ambulanzzugang minimieren – Gatekeeping)	1	11	3
RQ8-8	Anpassung des Honorierungssystems möglich (z. B. Kopfpauschalen)	1	11	2
Relevanz		2	22	6
RQ8-12	Nennung der Relevanz für Versorgung (Kontinuität)	1	11	3
RQ8-10	Nachteile von / Kritik an Einschreibesystemen	1	11	3
Zielformulierung		2	22	3
RQ8-7	strengere Zielformulierung: verpflichtend anstatt freiwillig	1	11	2
RQ8-11	alternative Form der Patientenstrom-Leitung: Steigerung der Gesundheitskompetenz	1	11	1
Einflussfaktoren in Bezug auf die Umsetzbarkeit		2	22	9
RQ8-9	abhängig von Stakeholderinnen/Stakeholdern, widersprüchliche Interessen	1	11	8
RQ8-1	primär Umsetzung als Pilotprojekt	1	11	1
Summe		9	100 %	28

3.4.6.9 Ziel „09: Pflegeexpertinnen/-experten bzw. Advanced Nurse Practitioners (ANP) in der Primärversorgung“

Der vermehrte Einsatz von Pflegeexpertinnen und -experten bzw. ANP in der Primärversorgung wurde widersprüchlich erwogen. Zum einen sei ihre Tätigkeit in der Primärversorgung relevant, um beispielsweise die große Zahl chronisch kranker Menschen zu versorgen und Gesundheitsförderung umzusetzen. Dem stehe jedoch der grundsätzliche Mangel an Pflegefachpersonen in Österreich sowie die geringe Zahl von ANP-Absolventinnen/-Absolventen gegenüber. Eine Vielzahl von Anmerkungen machte deutlich, dass die Rolle der ANP in der Primärversorgung, ihr Aufgabenspektrum sowie ihre Qualifikation und Ausbildung unklar bzw. unbekannt sind. Diese Informationen seien jedoch für ihre erfolgreiche Einbindung in die teambasierte Primärversorgung notwendig. Zudem gebe es Widerstände vor allem in der Ärzteschaft, da diese ANP als Konkurrenz wahrnehmen. Auch die Notwendigkeit unterschiedlicher Gesundheits- und Sozialberufe in der teambasierten Versorgung wurde mehrmals thematisiert. Ein Kulturwandel sei die Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung des Ziels. Tabelle 21 listet die Gesamtheit der Kategorien, die aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 09 identifiziert wurden (Burgmann et al., 2022b).

Tabelle 21: Kategorien aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 09 – Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse

ID der Kategorie	Bezeichnung der Kategorie	absolute Anzahl	Prozent der Summe	Anzahl der codierten Phrasen
Relevanz		3	30	16
RQ9-17	fehlende Relevanz für höhere Ausbildung für Leistungen in der Primärversorgung (z. B. Masterniveau)	1	10	3
RQ9-2	Nennung der Relevanz für Versorgung in der Primärversorgung	1	10	8
RQ9-15	Nennung der Relevanz für teambasierte Primärversorgung	1	10	5
Einflussfaktoren in Bezug auf die Umsetzbarkeit		4	40	19
RQ9-4	Wahrnehmung als Konkurrenz zu AM und Widerstand der ÄK als Hindernis	1	10	4
RQ9-18	fehlender rechtlicher Rahmen für Tätigkeit gemäß Kompetenzumfang	1	10	2
RQ9-10	mangelnde Verfügbarkeit von Professionistinnen/ Professionisten (DGKP, ANP-Absolventinnen/-Absolventen)	1	10	5
RQ9-19	schwierige Umsetzbarkeit aufgrund von Widerständen, Kulturwandel als Voraussetzung	1	10	8
Anforderungen an Zielumsetzung		3	30	29
RQ9-5	Unklarheit über Rolle, Kompetenzen, Aufgabenspektrum, Information zu Einbindung in Primärversorgung für Teamarbeit notwendig	1	10	18
RQ9-9	Unklarheit/Kritik bezüglich Ausgestaltung der Ausbildung	1	10	7
RQ9-13	adäquate Honorierung und Finanzierung notwendig	1	10	4
Summe		10	100 %	64

3.4.6.10 Ziel „10 DGKP in der Primärversorgung“

Für den vermehrten Einsatz von DGKP in der Primärversorgung sei vor allem eine Klärung und Bekanntmachung ihrer Rolle und ihres Tätigkeitsfelds in der Primärversorgung notwendig. Zudem bedürfe es einer Anpassung des rechtlichen Rahmens, damit DGKP entsprechend ihren Kompetenzen tätig sein können. Auch eine adäquate Finanzierung ihrer Leistungen sowie eine Honorierung der tätigen Professionistinnen und Professionisten sei Voraussetzung. Die Umsetzung des Ziels berge jedoch das Risiko eines Mangels an DGKP in anderen Versorgungsbereichen aufgrund der bereits bestehenden Mangelsituation im Bereich der DGKP. Auch zu diesem Ziel gab es Anmerkungen dahingehend, dass die teambasierte Primärversorgung relevant sei und dazu Angehörige unterschiedlicher Gesundheits- und Sozialberufe notwendig seien. Tabelle 22 listet die Gesamtheit der Kategorien, die aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 10 identifiziert wurden (Burgmann et al., 2022b).

Tabelle 22: Kategorien aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 10 – Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse

ID der Kategorie	Bezeichnung der Kategorie	absolute Anzahl	Prozent der Summe	Anzahl der codierten Phrasen
Relevanz		1	12	4
RQ10-1	Nennung der Relevanz für teambasierte Primärversorgung	1	12	4
Einflussfaktoren und Anforderungen betreffend die Zielumsetzung		6	75	27
RQ10-3	Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen zur Tätigkeit gemäß Kompetenzen notwendig	1	12	4
RQ10-5	Mangel an DGKP – Risiko des Mangels in anderen Versorgungsbereichen	1	12	7
RQ10-11	Kulturwandel als Voraussetzung	1	12	2
RQ10-12	Anpassung der Ausbildung für Tätigkeitsfeld in Primärversorgung	1	12	1
RQ10-14	adäquate Finanzierung und Honorierung notwendig	1	12	6
RQ10-15	Rolle, Tätigkeitsfeld in Primärversorgung klären und kommunizieren	1	12	7
Zielformulierung		1	12	1
RQ10-16	Verständnisfrage zur Zielformulierung	1	12	1
Summe		8	100 %	32

3.4.6.11 Ziel „11: Steigerung der Versorgungsdichte durch Hausärztinnen/-ärzte“

Der Steigerung der hausärztlichen Versorgungsdichte steht entsprechend den Anmerkungen eine Vielzahl von Hindernissen gegenüber. Es habe bereits zum Zeitpunkt der Erhebung ein Mangel an Hausärztinnen und -ärzten aufgrund von Pensionierungen bestanden, und die hausärztliche Tätigkeit sei unattraktiv, was einer ausreichenden Stellenbesetzung widerspreche. Eine Aufwertung der Allgemeinmedizin sowie der Ausbildung sei essenziell. Der Zeithorizont von zehn Jahren bis zur Zielerreichung 2030 sei für das gewählte Ziel zu kurz bzw. die Anzahl von einer Hausärztin bzw. einem Hausarzt pro 2.000 Einwohner:innen bis 2030 zu hoch. Zudem müsste die zeitliche Verzögerung der Wirksamkeit von Maßnahmen infolge der Dauer der Ausbildung zukünftiger Allgemeinmediziner:innen berücksichtigt werden. Das zeitgerechte Erreichen des Ziels sei demnach unrealistisch. Studienteilnehmer:innen beschrieben, dass sich die Stakeholder:innen hier uneinig seien, die Zielerreichung jedoch wesentlich von ihren Entscheidungen und einem gemeinsamen Umsetzen von Maßnahmen abhängig sei. Sie merkten positiv an, dass durch eine größere Zahl von Hausärztinnen/-ärzten diese über mehr Zeit für die Patientinnen/Patienten verfügen würden. Dies bedeute einen Shift von Quantität zu besserer Qualität in der Versorgung. Tabelle 23 Tabelle 24 listet die Gesamtheit der Kategorien, die aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 11 identifiziert wurden (Burgmann et al., 2022b).

Tabelle 23: Kategorien aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 11 – Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse

ID der Kategorie	Bezeichnung der Kategorie	absolute Anzahl	Prozent der Summe	Anzahl der codierten Phrasen
Einflussfaktoren in Bezug auf die Umsetzbarkeit		4	40	44
RQ11-31	Abhängigkeit von Stakeholderinnen/Stakeholdern, Uneinigkeit, Notwendigkeit gemeinsamer Umsetzung von Maßnahmen	1	10	7
RQ11-13	zu geringe Anzahl von Kassenstellen für Allgemeinmedizin für Zielformulierung	1	10	1
RQ11-26	Mangel an Hausärztinnen/-ärzten als Hindernis	1	10	9
RQ11-27	geringe Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit als Hindernis, Aufwertung der Allgemeinmedizin notwendig (inkl. Ausbildung)	1	10	17
Zielformulierung		2	20	9
RQ11-28	Zeithorizont des Ziels zu kurz bzw. Ziel zu hoch, Beachtung der zeitlichen Wirksamkeit von Maßnahmen	1	10	8
RQ11-29	Kritik an Zielformulierung – fehlender Bedarf	1	10	1
Relevanz		3	30	10
RQ11-24	Bedeutung des multiprofessionellen Teams	1	10	3
RQ11-3	Shift von Quantität zu Qualität: mehr Zeit für Patientinnen/Patienten und Qualität als positiver Effekt	1	10	5
RQ11-16	Nennung der Relevanz zur Stärkung der PV	1	10	2
Anforderungen an Zielumsetzung		1	10	2
RQ11-20	Stärkung der Gesundheitskompetenz und Anpassung von Strukturen notwendig (Gatekeeping, Einschreibesystem)	1	10	2
Summe		10	100 %	55

3.4.6.12 Ziel „12: Anzahl von 225 PVE“

Die Etablierung von 225 PVE bis 2030 wurde als unwahrscheinlich erachtet und sei ebenfalls von den Entscheidungen der Stakeholder:innen abhängig sowie behindert von deren heterogenen Ansichten und Maßnahmen zur Umsetzung. Die hohen Anforderungen an Gründer:innen wie hoher Ressourceneinsatz und Schwierigkeiten beim Finden von Partner:innen seien hinderlich. Unterstützungsmaßnahmen und Informationen – vor allem früh auf dem Karriereweg von Medizinerinnen und Medizinern – wären notwendig. Relevant bei der Umsetzung sei, vor allem auf die Bedarfe in den unterschiedlichen Regionen zu achten und sie bei der Planung der Organisationen als Zentren oder Netzwerke zu berücksichtigen. Tabelle 24 listet die Gesamtheit der Kategorien, die aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 12 identifiziert wurden (Burgmann et al., 2022b).

Tabelle 24: Kategorien aus den Kommentaren der Studienteilnehmer:innen zu Ziel 12 – Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse

ID der Kategorie	Bezeichnung der Kategorie	absolute Anzahl	Prozent der Summe	Anzahl der codierten Phrasen
Einflussfaktoren in Bezug auf die Umsetzbarkeit		4	44	15
RQ12-1	Abhängigkeit von Stakeholderinnen/Stakeholdern, Heterogenität in Ansichten und Umsetzung	1	11	4
RQ12-17	Anforderungen in der Gründung als Hindernis (hoher Ressourceneinsatz von Pionierinnen/Pionieren), Notwendigkeit von Unterstützung	1	11	5
RQ12-10	Finden von Gründerinnen/Gründern und Partnerinnen/Partnern als Hindernis, aktive (frühzeitige) Information notwendig	1	11	3
RQ12-12	geringe Umsetzungswahrscheinlichkeit	1	11	3
Zielformulierung		1	11	1
RQ12-16	Verständnisfrage zur Zielformulierung	1	11	1
Relevanz		1	11	2
RQ12-14	Nennung der Relevanz	1	11	2
Anforderungen an Zielumsetzung		3	33	12
RQ12-7	bedarfsgerechte Planung von Standorten (Stadt/Land) und Organisationform (Zentrum/Netzwerk) relevant	1	11	9
RQ12-9	unattraktiver Gesamtvertrag für PVE als Hindernis	1	11	1
RQ12-18	Kritik an PVE, Fokus auf Organisationsform entsprechend regionalem Bedarf	1	11	2
Summe		9	100 %	30

3.5 Diskussion

Diese Querschnittstudie priorisierte Schlüsselziele zur Primärversorgungsreform auf Basis ihrer von 169 Teilnehmerinnen/Teilnehmern aus den Tätigkeitsfeldern Public Health und/oder Primärversorgung eingeschätzten Relevanz und Umsetzbarkeit (Burgmann et al., 2022b).

Ein Pflichtpraktikum für Allgemeinmedizin im KPJ an allen österreichischen Universitäten, eine zwölfmonatige Ausbildung zum:zur Allgemeinmediziner:in in der Primärversorgung und die Implementierung allgemeinmedizinischer Institute mit adäquaten Personalressourcen an allen österreichischen Universitäten wurden als besonders relevant und als einfach umsetzbare Ziele erachtet. Dem stehen die Implementierung eines modernen Honorierungssystems, ein Programm zum Erfassen der Prozess- und Ergebnisqualität sowie der Einsatz von ANP als hochrelevante, jedoch schwer umsetzbare Ziele gegenüber. Die Steigerung der Versorgungsdichte sowie der Anzahl von PVE und die Implementierung eines freiwilligen Einschreibesystems in der Primärversorgung

sind im Vergleich schwieriger umsetzbar und weniger relevant. Letztgenanntes Ziel sowie die Einführung einer einheitlichen Diagnosen- und Leistungserfassung werden in ihrer Umsetzbarkeit ambivalent beurteilt (Burgmann et al., 2022b).

Alle definierten Ziele dieser Studie, die einer Bewertung unterzogen wurden, sind auch direkt oder implizit im „European PHC Impact, Performance and Capacity Tool“ (PHC-IMPACT) der WHO genannt. Dieses Tool wird dafür herangezogen, die Ausprägung und Leistung europäischer Primärversorgungssysteme zu erfassen (Barbazzia et al., 2019). Da dieses Tool erst im Verlauf dieser Studie publiziert worden war, konnte es nicht in die Erstellung der Ziele und des Fragebogens einbezogen werden (Burgmann et al., 2022b).

Welche besonders relevanten Ziele könnten als „low-hanging fruits“ rasch und einfach erreicht werden? (Ziele hoher Relevanz und hoher Umsetzbarkeit)

Frühes Bekanntmachen mit der Allgemeinmedizin und Primärversorgung sowie eine adäquate Ausbildung sind essenziell, um Medizinstudierende für die spätere berufliche Tätigkeit gut vorzubereiten. Darüber sind sich sowohl die Studienteilnehmer:innen als auch die internationale Literatur einig (Linde et al., 2020, Nicholson et al., 2016). Die Implementierung einerseits eines Pflichtpraktikums Allgemeinmedizin im Rahmen des KPJ und andererseits einer mindestens zwölfmonatigen Lehrpraxis in der Ausbildung zum:zur Allgemeinmediziner:in seien sowohl hochrelevant als auch einfach umsetzbar und könnten als „low-hanging fruits“ kurzfristig umsetzbare Reformziele mit Impact sein. Die Rahmenbedingungen der praktischen Ausbildung im intramuralen Setting scheinen im Vergleich zum extramuralen Bereich attraktiver. Die unzureichende Honorierung für die allgemeinmedizinische Praxis wird als wesentliches Hindernis zur Umsetzung beschrieben. Ein vielversprechender Ansatz wäre laut Anmerkungen der Studienteilnehmer:innen die Gleichstellung der Ausbildung im intra- mit jener im extramuralen Bereich und eine adäquate Honorierung der Lehrordnungen bzw. -praxen sowie der auszubildenden (angehenden) Ärztinnen/Ärzte. Dies könnte auch die Bereitschaft von Ordinationen heben, als Ausbildungsstätten zu fungieren, und den kritischen Anmerkungen bezüglich deren ausreichender Verfügbarkeit entgegenwirken. Deutsch et al. (Deutsch et al., 2019) bestätigen, dass die Wertschätzung der Lehrtätigkeit, durch die – trotz des Produktivitätsverlusts und der Zeitverzögerungen, die aus ihr resultieren – ein Mehrwert entsteht, sowie finanzielle Aspekte mehr Allgemeinmediziner:innen motivieren könnten, als „Lehrer:innen“ tätig zu werden. Vom Mehrwert, als „Junior“ von „Seniors“ zu lernen, den Studienteilnehmer:innen positiv hervorhoben, sprechen auch Nicholson et al. (2016). Diesen zufolge können Lehrordnungs-/-praxisleiter:innen inspirierende Vorbilder sein. Eine postgraduelle Ausbildung für angehende Allgemeinmediziner:innen vergleichbar der Ausbildung für andere medizi-

nische Disziplinen wäre essenziell, um die Anerkennung für das Fach Allgemeinmedizin zu steigern. Zum Zeitpunkt der Erhebung habe es an Anerkennung der Rolle der Primärversorgung als Erstkontakt für alle gesundheitlichen Bedarfe und als Koordinatorin des Versorgungsprozesses gemangelt (Kringos et al., 2015, WONCA, 2013). Notwendig sei der Umsetzungswille der Stakeholder:innen, die an der Gestaltung der Ausbildung beteiligt sind, auf nationaler sowie regionaler Ebene (Burgmann et al., 2022b).

Um eine hochqualitative Primärversorgung zu gewährleisten, ist die fachliche Entwicklung der Allgemeinmediziner:innen in ihrer Berufsrolle relevant (Kringos et al., 2015). Adressiert könnte diese Entwicklung unter Berücksichtigung der akademischen Qualifikation im Rahmen einer Strategie zur Entwicklung der allgemeinmedizinischen „Workforce“ werden, wie von der WONCA, der OECD und anderen beschrieben (Rabady et al., 2018, WONCA, 2013, Sönnichsen and de la Cruz Gomez Pellin, 2020, 2015, OECD/EU, 2016). Allgemeinmedizinische Forschung würde die Professionalisierung der Berufsgruppe fördern, deren Interessen verbalisieren und einen wesentlichen Beitrag zur Aufwertung des Faches leisten. (Kringos et al., 2015, Burgmann et al., 2022b). Kontinuierliche professionelle Entwicklung sei zudem bei der Etablierung teambasierter Versorgung förderlich. Die Profession – in diesem Fall die Allgemeinmedizin – könnte sich gut an veränderte Rahmenbedingungen im System anpassen und ihren Funktionsbereich erhalten bzw. entwickeln. Sich emanzipierende Professionen wie etwa die Gesundheits- und Krankenpflege, die Teil des Primärversorgungsteams werden, könnten als Kooperationspartnerinnen anstatt Konkurrentinnen angenommen werden (Currie et al., 2012). Dem Konkurrenzgedanken gegenüber ANP, der von den Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern angemerkt wurde, könnte so begegnet werden.

Dementsprechend erachteten die Studienteilnehmer:innen den Ausbau allgemeinmedizinischer Institute in Übereinstimmung mit internationaler Literatur als besonders relevant und auch umsetzbar (Rabady et al., 2018, Kringos et al., 2015). Diese Institute könnten wiederum einen wesentlichen Beitrag zum allgemeinmedizinischen „Capacity-Building“ zukünftiger hochqualifizierter Allgemeinmediziner:innen in Österreich für die Versorgung und akademische Tätigkeit leisten. Adäquate personelle und finanzielle Ressourcen sowie Infrastruktur und Commitment der relevanten Stakeholder:innen haben einen wesentlichen Einfluss auf die Etablierung universitärer Institute. Internationale Policy-Studien bestätigen die diesbezüglichen Anmerkungen der Studienteilnehmer:innen (Hudson et al., 2019). Die Ausbildung im Praxissetting wird als Kernelement medizinischer Curricula beschrieben, um frühzeitig zu erfahren, wie holistische und teambasierte Primärversorgung – wie in PVE vorgesehen – gelebt wird (van Weel et al., 2018). In Fähigkeiten und Kompetenzen der allgemeinmedizinischen Workforce zu investieren ist essenziell für eine

nachhaltige Implementierung der Primärversorgungsreform sowie dafür, auf zukünftige Herausforderungen entsprechend reagieren zu können (Hudson et al., 2019). Dies bestätigen auch Borkan et al. (2010) in Hinblick auf die Erfahrungen der Primärversorgungsreform in Spanien (Burgmann et al., 2022b).

Obwohl die Studienteilnehmer:innen einer stärkeren universitären Verankerung der Allgemeinmedizin hohe Relevanz zusprachen, maßen sie der Implementierung einer Fachärztin / eines Facharztes für Allgemeinmedizin eine vergleichsweise gering eingeschätzte Relevanz bei.

Welchen besonders relevanten Zielen stehen größere Herausforderungen in der Umsetzung gegenüber? (Ziele hoher Relevanz, jedoch geringer Umsetzbarkeit)

Die Implementierung eines umfangreichen Programms zur Qualitätsmessung sowie eines modernen Honorierungssystems in der Primärversorgung und die Tätigkeit einer größeren Zahl von ANP in der Primärversorgung sind Ziele, die aus der Sicht der Teilnehmer:innen besonders relevant sind. Darüber ist sich auch die internationale Literatur einig (Kringos et al., 2015, Velasco Garrido et al., 2011, Friedberg et al., 2010). Diese Ziele seien jedoch besonders schwierig umzusetzen (Burgmann et al., 2022b).

Ein transparentes Qualitätssicherungssystem wird vielerorts als Kernelement von Primärversorgungssystemen genannt (OECD/EU, 2016, Kringos et al., 2015). Dies würde eine deutliche Ausweitung des aktuellen Selbstassessments in der Allgemeinmedizin bedeuten. Direkt damit verknüpft sind vielfältige Anforderungen wie eine umfassende Erhebung von Daten aus der Versorgungspraxis sowie von Daten zu Indikatoren, die von Patientinnen/Patienten und Professionistinnen/Professionisten bezogen werden (OECD/EU, 2016, Burgmann et al., 2022b).

Um den Mehrwert für Patientinnen/Patienten, Professionistinnen/Professionisten und das System aufzuzeigen, ist die umfangreiche und strukturierte Sammlung verlässlicher Daten notwendig. Daraus ergeben sich, wie auch die Studienteilnehmer:innen beschrieben, Anforderungen an die Ordinationssoftware und die Dokumentierenden in der Praxis (OECD/EU, 2016). In Anlehnung an den spanischen Reformprozess kann eine elektronische Gesundheitsakte, die für Leistungserbringer:innen und Patientinnen/Patienten leicht zugänglich ist, durch online verfügbare Qualitätsindikatoren und öffentliche Beteiligung für Transparenz sorgen (Borkan et al., 2010). In Österreich bestehe jedoch Widerstand in der Ärzteschaft sowie Ärztekammer gegenüber dem zusätzlichen Aufwand, der durch umfangreiche Diagnosen- und Leistungserfassung entsteht. Geringes Bewusstsein für die Notwendigkeit und den Mehrwert bei den Professionistinnen/Professionisten und Stakeholderinnen/Stakeholdern behindern zudem die Umsetzung, wodurch das Ziel im Bereich Dokumentation im Vergleich als weniger relevant und schwieriger umsetzbar eingestuft wurde.

Bei dieser Reform zu berücksichtigen wären demnach die Aufbereitung der Informationen – unter anderem direkt aus den Primärversorgungsordinationen – und ihr Zurückspielen an die Praxis, ohne zusätzlichen Aufwand für die Professionistinnen und Professionisten zu erzeugen. Monitoring, Evaluationsberichte und Benchmarking in Bezug auf Struktur-, Prozess- und Outcome-Indikatoren könnten, wie auch die Studienteilnehmer:innen andeuteten, Potenziale aufzeigen, veranschaulichen und als Motor für Qualitätsverbesserung dienen (OECD/EU, 2016). Zusätzlich zu den definierten Standards empfehlen Chauhan et al. (2017) attraktive Fortbildungsprogramme für die Professionistinnen/Professionisten (interaktiv und vielfältig), Praxisschulungen in Kombination mit Audits und Feedback sowie klinische Entscheidungsunterstützungssysteme als nachhaltige Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung und Verhaltensänderung (Chauhan et al., 2017). Der notwendige Wandel der Qualitäts- und Fehlerkultur wurde auch von den Studienteilnehmerinnen/-teilnehmern genannt. Diese Maßnahmen in Kombination mit Strategien zur Förderung einer kollaborativen, teambasierten Versorgung umzusetzen sollte am effektivsten sein, um die Qualität der Versorgung parallel zur Umsetzung der PHC-Reform zu verbessern (Chauhan et al., 2017). Darüber hinaus bestätigen Nicholson et al. (2016), dass eine qualitativ hochwertige Allgemeinmedizin ein wichtiger Anziehungspunkt dafür ist, dass die Berufswahl Studierender auf die Allgemeinmedizin fällt (Nicholson et al., 2016). Auch bei praktizierende Mediziner:innen scheint das Erfüllen höherer Standards in steigender Prestige zu resultieren, was wiederum positiv auf einen Verbleib in der Versorgungspraxis wirke (El Koussa et al., 2016). Diese Studienfakten lassen darauf schließen, dass eine öffentlichkeitswirksame Qualitätsverbesserung in der Primärversorgung deren Anerkennung und demnach Motivation von Hausärztinnen und -ärzten die erhöhen könnten (Burgmann et al., 2022b). Eine weitere Möglichkeit für eine informationsgeleitete politische Steuerung und Reformumsetzung (WHO, 2018) eröffnet sich somit im Bereich der Qualitätssicherung. Diese ist für die Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe in vielen Ländern ein heikles Thema, weshalb Reformen in diesem Bereich einen besonders transparenten und durchdachten Ansatz erfordern (Chauhan et al., 2017, Waldorff et al., 2016). Erfahrene Länder wie das Vereinigte Königreich bieten sich hier als Vorbilder an (Ahmed et al., 2021, Burgmann et al., 2022b).

Die Honorierung spielt eine wesentliche Rolle bezüglich der Attraktivität des Settings Primärversorgung als Arbeitsfeld und deren Weiterentwicklung (Kringos et al., 2015, Friedberg et al., 2010). In Ländern mit starker Primärversorgung besteht häufig eine Kombination aus den Honorierungsformen Kopfpauschalen, Grundpauschale, Einzelleistungshonorierung und oder Pay for Performance (Kringos et al., 2015, Schäfer et al., 2011, Kralj and Kantarevic, 2013, OECD/EU, 2016, Srivastava et al., 2016). Das aktuell in der Allgemeinmedizin vorherrschende System der Einzelleistungshonorierung bringt jedoch die wenigsten Punkte beim Assessment mittels European Pri-

mary Care Monitor (Kringos et al., 2010a) und ist demnach mit anderen Mechanismen zu kombinieren oder durch diese auszutauschen. Föderalismus und heterogene Sichtweisen der Interessengruppen behindern jedoch die Anpassung der Einzelleistungshonorierung. Die vielseitige Relevanz des Honorierungssystems fand auch in den Anmerkungen der Studienteilnehmer:innen Ausdruck. Laut El Koussa et al. (2016) ist es einer der Hauptgründe für Allgemeinmediziner:innen, die Tätigkeit in der öffentlichen Primärversorgung zu quittieren (El Koussa et al., 2016). Ein Angleichen der Einkommensunterschiede zwischen Allgemeinmedizinerinnen/-medizinerinnen als Generalistinnen/Generalisten und Fachärztinnen/-ärzten als Spezialistinnen/Spezialisten habe zudem einen bedeutenden Einfluss auf die Karrierewahl Medizinstudierender (Friedberg et al., 2010). Weiters ist es vor allem bei der aktuellen Reform zur Etablierung von PVE essenziell, dass die Honorierung die interprofessionelle Versorgung als Team abdeckt. Das Modell der Einzelleistungshonorierung in der Allgemeinmedizin sowie die rein von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinerinnen geführten PVE in Österreich fokussieren in erster Linie die ärztliche Leistung. Dies fördert zum einen Hierarchie in den Teams und verhindert, dass weitere Gesundheits- und Sozialberufe neben Allgemeinmedizinerinnen/-medizinerinnen ihre Rolle erweitern und das Potenzial des Kompetenz- und Aufgabenspektrums ausschöpfen können (Freund et al., 2015, Russell et al., 2018, Burgmann et al., 2022b). Neue Versorgungsmodelle, wie sie in ausgewählten Bundesländern für PVE bereits bestehen (ÄK NÖ and Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2019, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2019, 15a B-VG, ÄK Wien and HVSV, 2019), sind ein bedeutender Schritt in Richtung teambasierter Primärversorgung.

Wie den Anmerkungen der Studienteilnehmer:innen zu unterschiedlichen Zielen zu entnehmen ist, berichten auch Freund et al. (2015) von der Relevanz multiprofessioneller Primärversorgungsteams. Dieser „Skill-Mix“ habe positive Auswirkungen auf den Zugang zur Primärversorgung und die Qualität der Leistungserbringung (Freund et al., 2015). Im Speziellen die vermehrte Integration von Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen in Primärversorgungsteams wurde von den Studienteilnehmerinnen/-teilnehmern als hochrelevant erachtet. Dies stimmt mit den Ergebnissen weiterer Studien überein, denen zufolge die Kooperation zwischen Allgemeinmedizinerinnen/-medizinerinnen und Pflegeprofessionistinnen/-professionisten zahlreiche Outcomes und Krankheitsverläufe von Patientinnen und Patienten positiv beeinflusst (Matthys et al., 2017). Im UK (Owen et al., 2019) und in Frankreich lobten Allgemeinmediziner:innen Investitionen in die Pflege in der Primärversorgung, durch die zum einen Herausforderungen in der Versorgung wie einer wachsenden Zahl multimorbider Patientinnen/Patienten begegnet werden konnte und zum anderen ein umfangreicheres Versorgungsspektrum sowie eine bessere Work-Life-Balance erreicht werden konnten (Bourgueil et al., 2009). Laurant et al. (2018) spricht hier zudem von Hinweisen

auf eine höhere Patientenzufriedenheit (Laurant et al., 2018). Die Arbeitsteilung zwischen Allgemeinmedizinerinnen/-medizinerinnen und Pflegeexpertinnen/-experten – unter anderem mit erweiterten Kompetenzen wie bei ANP – könnte die Arbeitslast in der Primärversorgung reduzieren, vor allem in Anbetracht des Mangels an Allgemeinmedizinerinnen und -medizinerinnen (Kringos et al., 2015, OECD and European Union, 2018, OECD, 2020a, Freund et al., 2015, OECD/EU, 2016, Groenewegen et al., 2015, Ghebrehiwet, 2013). Die Entwicklung multiprofessioneller PVE-Teams begünstigt die Entwicklung professioneller Rollen und erhöht die Attraktivität des Arbeitsfeldes. Obwohl valide Daten dazu fehlen, dürfte die Zahl der in der Primärversorgung tätigen ANP in Österreich nahe null und in Europa generell niedrig sein (Freund et al., 2015, Burgmann et al., 2022b).

Unklarheiten bezüglich der Rolle, der Kompetenzen und des Aufgabenspektrums von ANP, wie mehrfach durch Studienteilnehmer:innen kommentiert und von Freund et al. (2015) beschrieben, behindern die Inklusion von ANP in multiprofessionelle Teams in der Primärversorgung. Ausdruck findet dieses unzulängliche Wissen auch in zahlreichen Anmerkungen von Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern. Diese äußerten zum einen eine fehlende Relevanz für eine höhere Ausbildung der Pflegepersonen zu deren Einsatz in der Primärversorgung und zum anderen Widerstand gegen ANP – unter Hinweis auf deren Wahrnehmung als Konkurrenz durch die vor allem allgemeinmedizinische Ärzteschaft und Ärztekammer. Policy-Studien empfehlen eine Anpassung von Regulatorien und Gesetzen vor der Implementierung neuer Rollen von Professionistinnen/Professionisten, um Barrieren bei der Übernahme in die Praxis zu reduzieren. Zudem ist eine klare und proaktive Information zu den neuen Rollen, Aufgaben und Kompetenzen sowie zum Mehrwert, der sich für die unterschiedlichen Betroffenen (Teammitglieder, Patient:innen, System) dadurch ergibt, essenziell, um das Potenzial in der Praxis voll ausschöpfen zu können. Akteurinnen/Akteure aller Ebenen – Stakeholder:innen, Manager:innen, Berufs- und Interessenvertreter:innen sowie Professionistinnen/Professionisten in der Praxis – könnten durch Information und Austausch einen aktiven Beitrag zur Klärung und bestmöglichen Integration der Veränderung leisten (Smith et al., 2019, Burgmann et al., 2022b).

3.5.1 Stärken und Limitationen

Der gegenständliche Fragebogen zur Erfassung der Umsetzbarkeit und Relevanz der Primärversorgungsreformziele hat sich als geeignetes Instrument erwiesen, diese zu priorisieren. Das Ziel dieser Studie, Reformziele durch die Erfassung ihrer Relevanz und Umsetzbarkeit zu priorisieren, könnte einzigartig sein, da keine anderen Studien mit dieser Zielsetzung identifiziert werden konnten. Da die herangezogenen Ziele mit den Aspekten des PHC-IMPACT-Instruments korrespondieren, das dazu dient, die Ausprägung und Leistung europäischer Primärversorgungssysteme

zu erfassen (Barbazza et al., 2019), können sie als wesentliche Ziele einer erfolgreichen Primärversorgungsreform angesehen werden. Dementsprechend kann dieser Fragebogen auch als Vorlage für die Priorisierung von Policy-Zielen im Rahmen einer Primärversorgungsreform anderer Länder dienen. Die Ergebnisse können eine Grundlage für die politische Entscheidungsfindung liefern. Je nach Ausgestaltung des Primärversorgungssystems könnte das PHC-IMPACT-Instrument herangezogen werden, um weitere Ziele für eine Erhebung zu definieren (Burgmann et al., 2022b).

Der Fragebogen wurde Stakeholderinnen/Stakeholdern sowie Betroffenen der Primärversorgungsreform vor allem über zugängliche soziale Netzwerke und Mailinglisten übermittelt. Daher war es weder möglich, die Anzahl der Rezipientinnen und Rezipienten noch eine Rücklaufquote zu bestimmen. Die gewählte Methode des „Convenient Sampling“ ermöglichte es, Personen zu erreichen, die über Basiswissen zu den Rahmenbedingungen des Primärversorgungssektors sowie zum Reformvorhaben verfügen, und möglichst realitätsnahe Antworten zur Relevanz und Umsetzbarkeit der definierten Reformziele zu erlangen. Aus der Auswertung der Studienstichprobe ist ersichtlich, dass zirka die Hälfte der Teilnehmer:innen über 20 Jahre und mehr an Berufserfahrung verfügten. Dies kann als Stärke der Studie gesehen werden, da anzunehmen ist, dass diese erfahrenen Personen valide Antworten entsprechend den Rahmenbedingungen des Primärversorgungssystems geben konnten. Eine weitere Stärke ist, dass Personen der Makro-, Meso- und Mikroebene unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern repräsentiert waren. Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass durch diese Samplingmethode ein Bias in den Ergebnissen entstand. Vor allem negative persönliche Erfahrungen der Studienteilnehmer:innen in ihrer beruflichen Tätigkeit und speziell hinsichtlich des Reformprozesses sowie die Zugehörigkeit zu Lobbyinggruppen könnten beispielsweise besonders kritisches Antwortverhalten hervorgerufen haben. Da überdurchschnittlich viele Teilnehmer:innen aus der Steiermark kamen und der Föderalismus in Österreich unterschiedliche Ausprägungen und Fortschritte der Primärversorgungsreform in den Bundesländern bedingt, könnte dies eine Verzerrung der Antworten für steirische Rahmenbedingungen bedeuten. Da an die Teilnahme an der Studie die Zustimmung zur Veröffentlichung der Ergebnisse geknüpft war, könnten Personen, die diese nicht erteilt haben, von der Studie ausgeschlossen worden sein. Für das Studienziel war die Methode des „Convenient Sampling“ jedoch dienlich, da die Studienpopulation sehr groß ist und eine klare Eingrenzung sowie Randomisierung nicht möglich war (Etikan, 2016). Von der Reform betroffene Personen in die Priorisierung von Zielen einzubeziehen ist als Stärke im Sinne einer partizipativen Systemsteuerung zu betrachten (Burgmann et al., 2022b).

Bei der Erhebung der Charakteristika der Studienteilnehmer:innen wurde darauf verzichtet, deren Profession zu eruieren. Den Ergebnissen von Tierney et al. (2016) zufolge könnte dies eine Schwäche der Studie sein. Demnach standen irische Allgemeinmediziner:innen der Implementierung von Primärversorgungsteams kritischer gegenüber als Angehörige anderer Professionen. Ob ein Ungleichverhältnis zwischen Studienteilnehmerinnen/-teilnehmern unterschiedlicher Professionen und ihren unterschiedlichen Einstellungen zu den Reformzielen bestand, kann nicht beschrieben werden (Burgmann et al., 2022b).

Da die Primärversorgungsreform weniger als zehn Jahre vor dem Erhebungszeitpunkt begann, könnte der Horizont für die Zielerreichung zu kurz gefasst sein. Die Erhebung der Einstellungen der Stakeholder:innen und Betroffenen zu den Reformzielen wäre in regelmäßigen Abständen sinnvoll, um die Steuerung der Reform entsprechend den Realitäten zu nivellieren (Burgmann et al., 2022b).

3.5.2 Fazit

Eine gut ausgebildete Workforce ist essenziell für die erfolgreiche Umsetzung teambasierter Primärversorgung in Österreich. Dies schließt Investitionen in die praxisorientierte und interprofessionelle Ausbildung aller Professionen ein, die zum Team einer PVE zählen – im Speziellen von Allgemeinmedizinerinnen/-medizinerinnen und Pflegekräften. Die Ausbildung in der Praxis der – wenn möglich – teambasierten Primärversorgung sowohl im Medizinstudium als auch in der Fachausbildung in entsprechendem Umfang zu verankern könnten „low-hanging fruits“ sein, um ausreichend viele Allgemeinmediziner:innen für das Arbeitsfeld zu gewinnen und durch gute Vorbereitung im Setting zu halten. Die Entwicklung des Berufs- und Rollenbildes der Pflege in der teambasierten Primärversorgung benötigt zwar Anstrengungen in Form der Klärung und Bekanntmachung ihrer Kompetenzen und Aufgaben, ist jedoch essenziell, um die Reformbestrebungen voranzubringen. Notwendige Regulatorien, damit Pflegeexpertinnen/-experten wie ANP ihr Aufgabenspektrum in vollem Umfang in der Praxis realisieren können, sowie ein öffentlicher Diskurs und eine Vernetzung der Praktiker:innen sind wesentlich, um Barrieren von Early Adopters zu identifizieren, Widerstände gering zu halten und Erfahrungen guter Praxis zu teilen. In kompetentes Personal für akademische Institute für Allgemeinmedizin zu investieren und diese mit der Versorgungspraxis zu verknüpfen, ermöglicht parallel eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Faches sowie eine Translation in die Praxis. Dies erleichtert es Allgemeinmedizinerinnen/-medizinerinnen, sich den veränderten Rahmenbedingungen in der teambasierten Primärversorgung anzupassen und reduziert den bereits aufkommenden Widerstand in dieser Profession (Burgmann et al., 2022b).

Um komplexe, jedoch hochrelevante Ziele wie ein modernes Honorierungssystem und ein umfangreiches Programm zur Qualitätssicherung zu erreichen, sind intensivere Bestrebungen entlang eines gut durchdachten Vorgehens notwendig. Die Implementierung eines Programms zur Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität erfordert eine umfangreichere Dokumentation – vor allem von Diagnosen – seitens aller Gesundheits- und Sozialberufe in der Primärversorgung. Für eine valide Aussagekraft sind Einheitlichkeit und Qualität der Dokumentation relevant, die beispielsweise durch Schulungen gefördert werden könnten. Damit ein Qualitätsprogramm von den Praktikerinnen/Praktikern angenommen wird, ist sein Mehrwert klar aufzuzeigen und ein Rückspielen verständlicher Ergebnisse an sie – beispielsweise im Rahmen von Qualitätszirkeln –, ohne Zusatzaufwand zu erzeugen, essenziell. Ein modernes Honorierungsmodell könnte aus einer Kombination verschiedener Honorierungsformen bestehen, um Vor- und Nachteile optimal zu balancieren. Das Vertrauen in ein neues Honorierungsmodell kann durch Commitment aller relevanten Stakeholder:innen und umfangreiche Information generiert werden. Um den Reformgedanken der interprofessionellen Primärversorgung zu fördern, ist es notwendig, die teambasierte Leistung darin abzubilden. Der notwendige Kulturwandel kann durch öffentlichen Diskurs und transparente Kommunikation unterstützt werden (Burgmann et al., 2022b).

4 Teil 3: Hemmende und fördernde Faktoren bezüglich der Tätigkeit als Hausärztin/-arzt in PVE aus der Sicht von Allgemeinmedizinerinnen/-medizinern ohne Kassenvertrag

4.1 Einleitung

Der zunehmende Mangel an Hausärztinnen/-ärzten ist eine Herausforderung für die Primärversorgung in Österreich sowie international, sei es in Ländern mit niedrigem, mittlerem oder hohem Einkommen. (Barth et al., 2017, Campbell et al., 2015, Le Floch et al., 2019). Dies ist in Österreich zum einen durch die geringe Anzahl von Medizinabsolventinnen/-absolventen bedingt, die sich für die Ausbildung zum:zur Allgemeinmediziner:in entscheiden. Zum anderen entscheidet sich lediglich zirka ein Viertel der Ärztinnen/Ärzte mit abgeschlossener Ausbildung für das Fach Allgemeinmedizin zu einer Tätigkeit als Hausärztin/-arzt im öffentlichen Primärversorgungssystem (Stigler, 2020). Sowohl die absolute als auch die relative Anzahl der Hausärztinnen/-ärzte sank in den letzten Jahrzehnten deutlich (Stigler, 2020, Burgmann et al., 2022a).

Zahlreiche nationale sowie internationale Studien untersuchten bereits die Arbeitszufriedenheit von Hausärztinnen/-ärzten sowie die Attraktivität des Hausarztberufes unter ausgebildeten Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern (Le Floch et al., 2019, Borkan et al., 2010, El Koussa et al., 2016, Kaiser et al., 2015, Linde et al., 2020, Natanzon et al., 2010, Owen et al., 2019, Papp et al., 2019, Sanchez-Piedra et al., 2017, Simon et al., 2018, Janus, 2014, Hämel and Vössing, 2017), Ärztinnen/Ärzten in der Ausbildung zum:zur Allgemeinmediziner:in (Barth et al., 2017, Linde et al., 2020, Simon et al., 2018, van den Bussche et al., 2019) sowie Medizinstudierenden (Gibis et al., 2012, Avian et al., 2020). Die Perspektiven von Leistungserbringerinnen/-erbringern, Kostenträgerinnen/-trägern und Patientenvertreterinnen/-vertretern im Sinne der „Chancen und Grenzen einer gestärkten Primärversorgung“ (Jagschitz, 2016) wurden ebenfalls erhoben (Burgmann et al., 2022a).

Die Faktoren der genannten Populationen, die gegen eine Tätigkeit als Hausärztin/-arzt in der öffentlichen Primärversorgung sprechen, sind vielfältig, zeigen jedoch Parallelen (Barth et al., 2017, Borkan et al., 2010, El Koussa et al., 2016, Franczukowska et al., 2020, Gedrose et al., 2012, Gibis et al., 2012, Jagschitz, 2016, Kaiser et al., 2015, Kriegel et al., 2016, Le Floch et al., 2019, Linde et al., 2020, Natanzon et al., 2010, Owen et al., 2019, Papp et al., 2019, Sanchez-Piedra et al., 2017, Scharer and Freitag, 2015, Simon et al., 2018, van den Bussche et al., 2019, Van den Bussche et al., 2014, van den Bussche et al., 2016). Faktoren wie eine hohe Arbeitsbelastung und -intensität aufgrund hoher Patientenfrequenzen, mangelnde Flexibilität im Versor-

gungsalltag sowie bezüglich der Arbeitszeiten und eingeschränkte Autonomie in der Leistungserbringung reduzieren die Attraktivität des hausärztlichen Berufs deutlich (Janus, 2014, OECD, 2016). Sie mindern auch die Wahrscheinlichkeit des Verbleibs im Beruf bzw. des Berufseinstiegs (Simon et al., 2018). Eine suffiziente praktische Berufsausbildung in der Primärversorgung, um die erforderlichen Kompetenzen zu Management, interprofessioneller Zusammenarbeit und langfristiger Versorgung zu erwerben, eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben sowie eine attraktive Vergütung adäquat zum Arbeitsaufwand sind weitere entscheidende Faktoren bezüglich der Entscheidung für eine Tätigkeit in der öffentlichen Primärversorgung (El Koussa et al., 2016, Franczukowska et al., 2020, Hämel and Vössing, 2017, Jagschitz, 2016, Kaiser et al., 2015, Le Floch et al., 2019, Natanzon et al., 2010, OECD, 2016, OECD, 2020b, Owen et al., 2019, Papp et al., 2019, Simon et al., 2018). Studien aus Österreich identifizieren unattraktive Arbeitsbedingungen und unzureichende Honorierung sowie geringe Anerkennung von Hausärztinnen/-ärzten in der Kollegenschaft oder Öffentlichkeit (Kaiser et al., 2015, Scharer and Freitag, 2015). Ebendiese hemmenden Faktoren werden von privat praktizierenden Ärztinnen/Ärzten außerhalb der öffentlichen Gesundheitsversorgung umgangen (Bachner et al., 2018). Studien zu Gesundheitsreformen identifizieren eine klare Vision und politische Leadership sowie Beteiligung der Akteurinnen und Akteure auf allen Ebenen als entscheidend, um die Umsetzer:innen der Maßnahmen entlang der Veränderung zur erfolgreichen Implementierung zu begleiten (Espinosa-González and Normand, 2019). Neue Aufgabenverteilungen aufgrund der Etablierung teambasierter Primärversorgung verändern zudem die inter- und intraprofessionellen Status und Rollen der Angehörigen der beteiligten Berufsgruppen (Currie et al., 2012). Angemessene Qualifikationen und Kompetenzen sowie eine klare Definition und Anerkennung der Rollen, Funktionen und Verantwortlichkeiten der Professionen von PVE-Teams gelten als Voraussetzung für die Etablierung teambasierter Versorgung. Dieser Aspekt betrifft vor allem die Akzeptanz der Hausärztinnen und Hausärzte, die bisher die dominante Rolle in der Primärversorgung einnahmen (Ferlie et al., 2005, Freund et al., 2015, Hämel and Vössing, 2017, Sørensen et al., 2018) (Burgmann et al., 2022a).

Die jüngsten Bemühungen um eine Reform der Primärversorgung in Österreich konzentrieren sich auf die Etablierung einer teambasierten Versorgung in Form multiprofessioneller Primärversorgungseinheiten (PVE) (Bachner et al., 2018). Diese enthält zudem angepasste Honorarvereinbarungen für PVE, die zwischen den Bundesländern variieren. Allen gemein sind jährliche Grundpauschalen, gemessen an den beteiligten Partnerinnen und Partnern oder der Einheit, Fallpauschalen und die Honorierung von Einzelleistungen. Anschubfinanzierungen können ebenfalls Teil der Honorarvereinbarung sein (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2019, ÄK NÖ and Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2019, ÄK Wien and HVSV, 2019). Das nationale Ziel von 75 PVE bis Ende der Zielsteuerungsperiode 2021 zu

erreichen (BMG, 2017) konnte – Status quo November 2022: 37 PVE – nicht realisiert werden (GÖG, 2022a). Mit Fokus auf die aktuell mehrheitlich vorherrschenden Primärversorgungsstrukturen entschieden sich nicht genügend Hausärztinnen/-ärzte in bestehenden Einzel- und Gruppenpraxen für die Weiterentwicklung ihrer Ordinationen zu PVE. 75 Prozent der ausgebildeten Allgemeinmediziner:innen arbeiten jedoch neben denjenigen, die eine Fachausbildung absolvierten, in Spitälern, als Wohnsitzärztinnen/-ärzte (z. B. Vertretung) oder in Privatordinationen (Stigler, 2020). Die Zahl der qualifizierten Allgemeinmediziner:innen, die in Privatpraxen arbeiten, stieg in den Jahren 1995 bis 2015 pro 100.000 Einwohner:innen um 15 Prozent (1995: n = 66,6, 2015: n = 76,6) (Bachner et al., 2018). Bis dato konzentrierten sich österreichische Studien vorrangig auf Auszubildende (Avian et al., 2020), bereits niedergelassene Allgemeinmediziner:innen (Kaiser et al., 2015) und Hausärztinnen/-ärzte in bestehenden PVE (Franczukowska et al., 2020). Bisher nur wenig Aufmerksamkeit wurde auf die Rekrutierung von Allgemeinmedizinerinnen/-medizinern ohne Kassenvertrag für PVE gerichtet. Diese Population wurde von Stigler F et al. (2017) als eine mögliche Quelle für die Besetzung von Kassenstellen für Allgemeinmedizin – so auch PVE – genannt (Burgmann et al., 2022a).

In Anbetracht des steigenden Bedarfs an Hausärztinnen/-ärzten im öffentlichen Primärversorgungssystem ist es notwendig, erfolgreiche politische Maßnahmen zu planen und zu etablieren und diese Zielgruppe für die Tätigkeit in PVE zu gewinnen (Burgmann et al., 2022a).

4.2 Fragestellung und Ziel

Aus der Erläuterung der Problemstellung geht hervor, dass die Einstellung von Allgemeinmedizinerinnen/-medizinern, die ohne Kassenvertrag für Allgemeinmedizin tätig sind, bezüglich der Niederlassung in einer PVE unzureichend bekannt sind, obwohl diese Population potenzielle Hausärztinnen/-ärzte von PVE umfasst. Ziel der vorliegenden Studie war es, die Einstellung von Allgemeinmedizinerinnen/-medizinern ohne Kassenvertrag in Österreich bezüglich einer Tätigkeit in PVE zu erforschen. Dabei sollten die wichtigsten fördernden und hemmenden Faktoren als Ankerpunkte für Attraktivierungsmaßnahmen im Rahmen der Primärversorgungsreform auf unterschiedlichen Ebenen identifiziert werden. Es sollen folgende Haupt- und Subfragestellungen beantwortet werden:

Welche förderlichen und hemmenden Faktoren beeinflussen die Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit in PVE aus der Perspektive von Allgemeinmedizinerinnen/-medizinern ohne Kassenvertrag?

Wo müssen Maßnahmen der Primärversorgungsreform ansetzen, damit PVE eine attraktive Karriereoption für Allgemeinmediziner:innen ohne Kassenvertrag darstellen? (Burgmann et al., 2022a)

4.3 Methode

4.3.1 Design

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt, da der Zweck dieser Studie eine Exploration lediglich anekdotisch bekannter, jedoch nicht strukturiert erhobener Faktoren ist und es die Perspektive der Interviewpartner:innen zu erfassen galt. Der Fokus lag auf der Interpretation sozialer Phänomene der Interviewpartner:innen bezüglich der berichteten Faktoren (Pope and Mays, 2020). Als Erhebungsmethode dienten semistrukturierte Interviews mit einem problemzentrierten Ansatz, um Einblicke in die subjektiven Wahrnehmungen und Perspektiven der Hausärztinnen/-ärzte zu erhalten (Witzel and Reiter, 2012, Mey and Mruck, 2010). Das Material wurde inhaltsanalytisch nach Mayring aufbereitet (Mayring, 2015) (Burgmann et al., 2022a).

4.3.2 Zielgruppe und Teilnehmerauswahl

Die Zielgruppe stellten Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin dar, die in den letzten zehn Jahren ihre Ausbildung zum:zur Allgemeinmediziner:in abgeschlossen hatten, jedoch keine Vertragsallgemeinmediziner:innen waren (Burgmann et al., 2022a).

Um möglichst viele Charakteristika dieser heterogenen Studienpopulation abzudecken, wurden Personen zielgerichtet und stratifiziert entlang definierter Kriterien, ausgehend von den persönlichen Netzwerken zweier Personen des Studienteams (Graz und Salzburg), zur Interviewteilnahme kontaktiert („purposeful sampling“) (Pope and Mays, 2020). Weitere Interviewpartner:innen wurden mittels Schneeballsystems (Patton, 2005) rekrutiert, welches für die Stichprobengenerierung bei der Untersuchung von Reformen empfohlen wird (Palinkas et al., 2015). Es war nicht Ziel, eine repräsentative Stichprobe zu erreichen, sondern Interviewpartner:innen mit möglichst vielfältigen Charakteristika in die Studie aufzunehmen, um ein möglichst breites Bild der einflussnehmenden Faktoren zu gewinnen. Die Kontaktaufnahme mit potenziellen Interviewpartnerinnen/-partnern erfolgte anhand folgender Kriterien:

- Abschluss der Berufsausbildung zum:zur Allgemeinmediziner:in zwischen 2010 und 2020
- möglichst ausgeglichene Geschlechterverteilung
- annähernd ausgeglichenes Verhältnis von angestellten zu selbstständigen Allgemeinmedizinerinnen/-medizinerinnen

- Repräsentanz verschiedener allgemeinmedizinischer Tätigkeitsfelder (z. B. selbstständig geführte Privatpraxen, Kliniken und Universitäten)
- Repräsentanz verschiedener österreichischer Bundesländer (Burgmann et al., 2022a)

Nachdem keine neuen Themen mehr in den Interviews hatten identifiziert werden können, wurden keine neuen Personen zum Interview eingeladen (Datensättigung) (Burgmann et al., 2022a).

4.3.3 Rolle der Interviewerin

Die Gesprächsführung war sozial-empathisch orientiert, um ein Vertrauensverhältnis zu den Interviewpartnerinnen/-partnern aufzubauen und dadurch persönlichen Berichten Raum zu geben sowie tiefere Einblicke in Sachverhalte und deren Reflexion zu ermöglichen. Das Dogma, sich als Interviewer:in neutral zu verhalten, um den Interviewprozess natürlich geschehen zu lassen, anstatt ihn zu „kontaminieren“, entspricht laut Pope and Mays (2020) nicht mehr dem Goldstandard der hochqualitativen Interviewführung. Die inhaltlichen Inputs zu den Themen „Organisationsform der PVE“ sowie „Finanzierungsmodelle“ im Interviewverlauf implizierten die Anwendung der Technik des „aktiven Interviewens“, wodurch die Dissertantin die Kenntnisse der Interviewpartner:innen fördert und diese zu Erkenntnissen durch Reflexion stimulierte (Gubrium and Holstein, 2002, Burgmann et al., 2022a).

4.3.3.1 Problemzentriertes Interview

Die Einteilung von Interviews wird in der Literatur divers diskutiert. Aufgrund der geplanten Integration aktiver Fragen in den Gesprächsverlauf zur Exploration der Faktoren, wurde die Datenerhebung mittels „problemzentrierter Interviews“ gewählt (Witzel and Reiter, 2012), anhand deren subjektive Wahrnehmungen und Perspektiven auf die Problemstellung sowie individuelle Handlungen dargestellt werden können. Die Vorgangsweise orientiert sich an folgendem Ablauf: Gesprächseröffnung, allgemeine Sondierung, spezifische Sondierung und Ad-hoc-Fragen, wobei in der Phase der „spezifischen Sondierung“ die Techniken „Zurückspiegeln“, „Konfrontation“ und „Verständnisfragen“ zur Anwendung kommen. Dadurch können Inhalte des Gesprächs in einem Diskurs besser nachvollzogen sowie miteinander verknüpft und geklärt werden (Witzel and Reiter, 2012) (Burgmann et al., 2022a).

Der Zweck dieser Interviews war es, durch ein angenehmes Gesprächsklima und die dem Gegenüber angepasste Sprache Vertrauen zu den Interviewpartnerinnen/-partnern aufzubauen und so deren Perspektiven möglichst umfassend und realitätsgetreu zu erfassen. Die Erhebung anhand semistrukturierter Leitfadeninterviews sollte gewährleisten, dass die Kernthemen der Studie

behandelt sowie eine Flexibilität im Gesprächsverlauf bezüglich der Reihenfolge und des Detailgrads der berichteten Aspekte ermöglicht werden (Mey and Mruck, 2010) (Burgmann et al., 2022a).

4.3.4 Interviewleitfaden und -ablauf

Der Interviewleitfaden wurde in der Studiengruppe diskutiert, an einem Allgemeinmediziner dieser Gruppe erprobt und anschließend überarbeitet (Burgmann et al., 2022a).

Gemäß dem Ablauf des problemzentrierten Interviews wurden die Interviews kurz anhand des Themas und Zwecks eröffnet (Gesprächseröffnung). Während des ersten Teils der Interviews wurden das allgemeine Wissen und die Einstellung zur Primärversorgung sowie zu deren Reformprozess sondiert (allgemeine Sondierung). Bei Bedarf gab die Interviewerin während des Gesprächs anhand eines vorbereiteten Factsheets Informationen zu den wichtigsten Aspekten der Etablierung von PVE (siehe Anhang 7). Im zweiten Teil wurden Wünsche und Visionen sowie Anforderungen und Barrieren hinsichtlich der beruflichen Perspektiven und der Attraktivität der Tätigkeit in einer PVE erfragt. Weitere angesprochene Themen umfassten Erfahrungen in der hausärztlichen Ausbildung und im bisherigen Berufsleben sowie die persönliche Lebens- und Berufssituation. Auch die Sichtweisen bezüglich ausgewählter Themen wie der Honorierungsmodelle sowie Chancen, die durch PVE geboten werden, wurden beleuchtet (spezifische Sondierung). Wurden oberflächliche oder unklare Aussagen getätigt sowie Phrasen verwendet, die häufig in der öffentlichen Diskussion oder von Interessenvertretungen benutzt werden, regte die Interviewerin zur Reflexion an oder spielte die Fragen zurück. So sollten substanzielle Informationen sowie Hintergründe offengelegt werden (Burgmann et al., 2022a).

Der Interviewleitfaden ist als Anhang 8 zu finden.

4.3.5 Datenerhebung

Die Studie wurde entsprechend den Grundsätzen der Deklaration von Helsinki und ihrer Neufassungen erstellt. Alle Interviewpartnerinnen/-partner erhielten nach der mündlichen Zusage zum Interview eine Einverständniserklärung zur Teilnahme, die sie vor dem Interview unterzeichneten. Dieses Dokument enthielt zudem Informationen über den Zweck der Studie, die Aufzeichnung, die Vertraulichkeit und die Veröffentlichung der pseudonymisierten Ergebnisse (siehe Anhang 9Anhang 3**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Außerdem wurden sie um das Ausfüllen eines kurzen Fragebogens zur Erhebung von Daten zu ihrer Person gebeten (z. B. Familienstand, Beschäftigungsverhältnisse, Fortbildung; siehe Anhang 10) (Burgmann et al., 2022a).

Anfänglich war geplant, die Interviews persönlich zu führen. Aufgrund des Ausbruchs der SARS-CoV-2-Pandemie erfolgte ein Umstieg auf Telefon und Videokonferenz, je nach bevorzugtem Kommunikationskanal der befragten Person. Alle Interviews wurden mittels Videokonferenztool oder App am Mobiltelefon aufgezeichnet, nachdem die Befragten ihr Einverständnis dazu gegeben hatten, und anschließend mit der Transkriptionssoftware „f4transkript Version 7.0.6 Edu“ wörtlich volltranskribiert sowie pseudonymisiert. Jedes Interview erhielt einen Identifikationscode (A01 bis L12). Namen und Orte wurden anonymisiert. Die Transkripte und die kurzen Fragebögen zu den persönlichen Informationen der Befragten wurden als Material für die Datenanalyse verwendet (Burgmann et al., 2022a).

4.3.6 Datenanalyse

Als Analysemethode fand die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ihre Anwendung. Die Wahl dieser Analysetechnik ist in der hohen Nachvollziehbarkeit begründet. Die Einhaltung der vorgegebenen Schritte gewährleistete Transparenz und intersubjektive Überprüfbarkeit (Mayring, 2015) (Burgmann et al., 2022a).

4.3.6.1 Erstellung des Kategoriensystems

Für die Erstellung des Kodierleitfadens wurde das Onlineanalysetool „QCAmap“, entwickelt von Philipp Mayring und Thomas Fenzl, herangezogen (Mayring and Fenzl, 2016). Aufgrund vielfältiger Bugs in der neuen Version (Mai 2020) der Software wurde das Textmaterial mithilfe der Software „f4analyse 2.5.4 EDUCATION“ in Übereinstimmung mit der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2015) kodiert und analysiert (Burgmann et al., 2022a).

Induktive Kategorienbildung

Als erster Analyseschritt fand die induktive Kategorisierung (Mayring, 2015) ihre Anwendung. Die Forscherin kodierte Wörter, Phrasen, Sätze und Absätze (Abstraktionsniveau), in denen Aspekte genannt, be- oder umschrieben wurden, die mit der Attraktivität von PVE als Arbeitsplatz in Verbindung stehen oder diese beeinflussen (Auswahlkriterien). Nicht einbezogen wurden Mimik und Gestik sowie Phonologie. Als Kodiereinheit wurde eine eindeutige semantische Komponente festgelegt – der kleinste Abschnitt, der kodiert werden kann und der die Sensitivität der Auswertung definiert. Das gesamte Interviewtranskript wurde als Kontexteinheit definiert, die fundamentale Hintergrundinformationen für die Kodierungsentscheidung liefert (Burgmann et al., 2022a).

Die direkt aus dem Textmaterial identifizierten Textpassagen wurden auf Basis dieses Kodierleitfadens auf den wesentlichen Inhalt reduziert und als Kategorien formuliert oder bestehenden Kategorien zugeordnet. So entstand ein erstes Kategoriensystem. Nachdem aus drei Transkripten Kategorien identifiziert wurden, erfolgte eine Revision dieses ersten Kategoriensystems. Dabei

stellte die Forscherin fest, dass das Abstraktionsniveau häufig überschritten worden war und zu einem großen Teil Sätze oder Abschnitte kodiert worden waren. Dementsprechend fanden Anpassungen im Umfang der kodierten Textstellen statt. Für das finale Kategoriensystem wurden anfänglich formulierte Kategorien von hohem Detailgrad als „Subkategorien“ definiert und unter „Kategorien“ zusammengefasst. So entstand ein zweistufiges Kategoriensystem (Burgmann et al., 2022a).

Inhaltliche Strukturierung

In einem zweiten Schritt wurden die definierten Subkategorien und Kategorien mittels deduktiver Kategorienzuordnung inhaltlich strukturiert (Mayring, 2019). Dadurch war es möglich, der umfassenden Sammlung von Kategorien und Subkategorien Struktur zu verleihen und diese systematisch zu analysieren (Burgmann et al., 2022a).

Die Strukturierung der definierten Faktoren, Kategorien und Subkategorien erfolgte anhand einer fusionierten und angepassten Version des Makro-, Meso-, Mikro- und Individualmodells, basierend auf Smith et al. (2019), Caldwell and Mays (2012) sowie Mulvale et al. (2016). Diese Modelle finden vor allem in Studien der Versorgungs- und Policy-Forschung Anwendung, um multidimensionale Faktoren verstehen und analysieren zu können (Burgmann et al., 2022a).

Die Kategorien der *Makroebene* betreffen strukturelle, rechtliche, regulatorische und wirtschaftliche Bedingungen innerhalb des Gesundheitssystems, der Politik und der Gesellschaft, die außerhalb der Einflüsse einzelner Organisationen oder Personen liegen (Smith et al., 2019, Caldwell and Mays, 2012, Mulvale et al., 2016, Burgmann et al., 2022a).

Die *Mesoebene* umfasst Verbände und Institutionen, die Bevölkerung sowie die Gesellschaft.

Bedingungen und Einflüsse der alltäglichen Praxis innerhalb der PVE und ihrer Teams sowie deren externe Auswirkungen gelten als Kategorien der *Mikroebene* (Smith et al., 2019, Caldwell and Mays, 2012, Mulvale et al., 2016, Burgmann et al., 2022a).

Individuelle Kategorien betreffen persönliche Eigenschaften und Erfahrungen sowie die Erwartungen und Anforderungen des Einzelnen. (Smith et al., 2019, Caldwell and Mays, 2012, Mulvale et al., 2016, Burgmann et al., 2022a)

Diese Taxonomie soll den Entscheidungsträgerinnen/-trägern auf verschiedenen Ebenen Anhaltspunkte liefern, um qualifizierte Allgemeinmediziner:innen für die Tätigkeit in PVE zu gewinnen, die außerhalb des öffentlichen Primärversorgungssystems arbeiten. (Barnett et al., 2011, Ferlie et al., 2005, Mulvale et al., 2016, Nilsen, 2015, Scott, 2008, Smith et al., 2019, Burgmann et al., 2022a)

Nach Vorselektion der Kategorien entlang des beschriebenen theoretischen Rahmens erfolgte in Diskussion mit einem zweiten Mitglied des Studienteams die finale Zuordnung der Kategorien inklusive ihrer Subkategorien zu den Ebenen des Makro-, Meso-, Mikro- und Individualmodells sowie als fördernde und hemmende Faktoren. Im Rahmen dessen wurden die Kategorien nach thematischen Kriterien zu Faktoren (Mayring, 2015) zusammengefasst, um einen Überblick über die wichtigsten Themen zu erhalten (Miles et al., 2018). Zudem wurden Bezeichnungen von Faktoren, Kategorien und Subkategorien angepasst. Anschließend berechnete die Forscherin die Häufigkeiten der Faktoren, Kategorien und Subkategorien sowie die Anzahl der Interviewpartnerinnen, welche diese genannt hatten. Diese Ergebnisse sollten Hinweise zu deren Relevanz geben. (Mayring, 2019, Miles et al., 2018, Burgmann et al., 2022a)

4.4 Ergebnisse

4.4.1 Charakteristika der Stichprobe und der Interviews

Zwischen März und April 2020 wurden zwölf Allgemeinmediziner:innen ohne Kassenvertrag für Allgemeinmedizin in deutscher Sprache interviewt. Vier Personen wurden direkt kontaktiert, acht von (potenziellen) Interviewpartnerinnen/-partnern empfohlen. Eine kontaktierte Person lehnte das Interview ab, da sie noch in der Ausbildung zum Allgemeinmediziner war. Sie empfahl eine weitere Person, die in die Studie eingeschlossen wurde. Sieben Personen waren weiblich, fünf männlich. Ein Interview wurde als Face-to-Face-Interview am Arbeitsplatz des Interviewpartners geführt. Die weiteren Interviews erfolgten als Videokonferenz oder Telefonate. Die Interviewpartner:innen waren zwischen 31 und 43 bzw. im Median 40 Jahre alt. Die Abschlussjahre ihrer Ausbildungen zum:zur Allgemeinmediziner:in bewegten sich zwischen 2012 und 2019. Drei Personen befanden sich lediglich in einem Anstellungsverhältnis, zwei waren nur selbstständig. Sieben Personen gaben an, sowohl angestellt als auch selbstständig zu sein. Die am häufigsten genannten Tätigkeiten waren Stationsärztin/-arzt (intra- und extramural), das Führen einer Wahlarztordination und Vertretungstätigkeit. Alle Interviewpartner:innen, die Vertretungstätigkeiten ausführten, absolvierten ihre Lehrpraxis in einer Hausarztordination. Die Interviewdauer betrug zwischen 28 und 66 Minuten, wobei die Gespräche im Median 46 Minuten dauerten (Burgmann et al., 2022a). Die Merkmale der zwölf befragten Allgemeinmediziner:innen sind in Tabelle 25 dargestellt.

Tabelle 25: Merkmale der Interviewpartner:innen

Geschlecht		Alter	
Frauen	7	Range	31–41 Jahre
Männer	5	Median	40
Kinder		Familienstand	

ja	6	ledig	6
nein	6	verheiratet	5
Bundesland wohnhaft		Bundesland berufstätig (Mehrfachantworten)	
Burgenland	1	Burgenland	3
Salzburg	2	Salzburg	2
Steiermark	6	Steiermark	5
Wien	3	Wien	3
Abschluss des Turnus		Lehrpraxis innerhalb des Turnus	
Range	2012–2019	ja	6
Median	2016	nein	6
Beruf (Mehrfachantworten)		Diplome	
Stationsärztin/-arzt in einer Krankenanstalt (intra-/extramural)	6	Notärztin/-arzt	9
Vertretungsärztin/-arzt	4	manuelle Medizin	2
Wahlärztin/-arzt	5	Schulmedizin	2
Schulärztin/-arzt	3	Arbeitsmedizin	2
Arbeitsmediziner:in	1	TCM	1
Amtsarztsärztin/-arzt	1	Akupunktur	1
Lecturer	1	Sportmedizin	1
Vorsorgemedizin	1	Sexualmedizin	1
Beschäftigungsstatus (Mehrfachantworten)		Botox	1
angestellt	10	Substitution	1
selbstständig	9	Umweltmedizin	1
		Wundmanagement	1
		Kurmedizin	1
		sonstige Diplome	2

4.4.2 Deskriptive Beschreibung der qualitativen Inhaltsanalyse

Die qualitative Inhaltsanalyse, das Clustering und die Gewichtung der Kategorien ergaben 41 Faktoren, 101 Kategorien, 25 Subkategorien. Davon wurden 21 Faktoren als förderlich und 20 als hinderlich bewertet. Tabelle 26 zeigt die Faktoren gegliedert entsprechend der Makro-, Meso-, Mikro- und Individualebene. Nachfolgend werden die identifizierten Faktoren je Ebene beschrieben und aussagekräftige Zitate angeführt (Burgmann et al., 2022a).

4.4.3 Förderliche Faktoren

Tabelle 26: Förderliche Faktoren; nach Burgmann et al. (2022a)

förderliche Faktoren				
Ebene	Faktor	Kategorie	Total ¹	Interviews ²
Makroebene	Implementierung der Primärversorgungsreform wahrgenommen		21	9
		aktueller Wille zur Veränderung	12	6
		Wahrnehmung einer positiven Einstellung gegenüber der Reform	6	4
		Möglichkeit der Anstellung von Ärztinnen/Ärzten bei niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten	3	3
	Generationenwechsel innerhalb der Allgemeinmedizin		17	7
		Forderungen nach adaptierten Arbeitsbedingungen	7	5
		Motivation und Kreativität für die Umsetzung innovativer Arbeitsformen	5	4
		Interesse an Teamarbeit	5	3
Mesoebene	Mitgliedschaft in einem relevanten Netzwerk		4	1
		Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin	4	1
Mikroebene	Vorteile für die Patientinnen und Patienten		49	12
		Bereitstellung einer umfassenden medizinischen Grundversorgung und eines breiten Leistungsspektrums	27	12
		erweiterte Öffnungszeiten	9	6
		Überweisungen auf kurzem Wege an andere Berufsgruppen innerhalb der PVE	4	3
		höhere Kontinuität in der Versorgung	3	2
		Angebote orientiert an den Bedarfen der Bevölkerung	2	1
		Möglichkeiten, sozioökonomische Faktoren in der Patientenversorgung zu berücksichtigen	2	1
		Sicherung der regionalen Gesundheitsversorgung	2	1
	Organisationskultur in einem multiprofessionellen Team		51	10
		höhere Arbeitszufriedenheit aufgrund von Teamwork	22	9
		Zusammenhalt zwischen den Teammitgliedern	13	5
		flache Hierarchie	9	4
		Wissenstransfer über Generationen	7	3
	attraktive Rahmenbedingungen für die professionelle ärztliche Tätigkeit		89	12
		niederschwellige Interaktion zwischen den Teammitgliedern – kurze Überweisungswege	22	10
		vielfältige Tätigkeitsfelder – breites Leistungsspektrum – multiprofessionelles Team	29	10
		multiprofessionelle Interaktion	26	12
		Fokus auf Kernkompetenzen und die medizinische Versorgung	19	9
		Entlastung des Versorgungsalltags durch Aufgabenteilung	15	9
	Flexibilität der Arbeitszeit		35	11
	flexible Gestaltung ihrer Arbeitszeit	25	10	
	Backup/Vertretung	10	7	

	intraprofessionelle Interaktion zwischen den Hausärztinnen/-ärzten	20	9
	Teilen der medizinischen Verantwortung	11	8
	gemeinsames Nutzen einer umfassenden Infrastruktur	14	7
	gemeinsame Nutzung von Ressourcen (z. B. Räumlichkeiten)	8	6
	gemeinsame Dokumentation	4	3
	regionale Infrastruktur	2	2
	hohe Versorgungsqualität und das Potenzial für Versorgungsforschung	21	5
	hohe Qualität der Patientenversorgung	16	5
	Integration von Forschung in den Versorgungsalltag	5	2
	Administration der PVE als Organisation	17	7
	gut organisierte Strukturen und Versorgungsabläufe innerhalb des Workflows	11	4
	Terminordination	3	2
	Teammeetings	2	2
	gemeinsamer Außenauftritt	1	1
	Teilen der betriebswirtschaftlichen und finanziellen Verantwortlichkeiten mit den Partnerinnen/Partnern	7	4
	Flexibilität in den Wochenarbeitsstunden	9	4
Individual- ebene	Gute Work-Life-Balance	36	10
	Arbeitsverhältnis	13	9
	angestellt	10	7
	selbstständig als Partner:in	3	3
	starke Arzt-Patienten-Beziehung	20	11
	langfristige Betreuung	15	7
	Menschen helfen / Dankbarkeit	4	3
	wenig selektive Patientenpopulation	1	1
	Lehrpraxis: Vorbereitung und Motivation für die Primärversorgung	12	7
	Vereinbarkeit von Familie und Beruf	1	1
	förderliche persönliche Kontakte	5	3
	persönliches Netzwerk	3	3
	Eltern mit der Ausbildung zum:zur Allgemeinmediziner:in	1	1
	Lehrende während der Ausbildung	1	1
	persönliche Erwartungen an eine professionelle Entwicklung und an kontinuierlichen Wissensgewinn	6	4
	Option, zusätzlich einem oder mehreren Jobs nachzugehen	2	2
	kontinuierliche medizinische Fortbildung im Rahmen der Arbeitszeit	1	1
	Interesse, Wissenschaft zu betreiben	3	2

¹ Summe der Kodierungen in allen Interviews

² Anzahl der Interviews, in welchen der Kode mindestens einmal vorkam

4.4.3.1 Makroebene

Für die Makroebene wurden zwei Faktoren identifiziert.

Neun Interviewpartner:innen berichteten davon, **Entwicklungen zur Implementierung der Primärversorgungsreform wahrgenommen** zu haben (n = 9). Im Besonderen beschrieben sie ihre positive Einstellung gegenüber der Reform sowie im Allgemeinen und den Umstand, bei Entscheidungsträgerinnen/-trägern aktuell einen Willen zur Veränderung gen neue Modelle in der Primärversorgung zu sehen. Die Allgemeinmediziner:innen lobten förderliche Rahmenbedingungen, die in den letzten Jahren etabliert worden waren wie etwa die Novellierung des ärztlichen Berufsrechts, die eine Anstellung von Ärztinnen/Ärzten bei niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten ermöglicht (Burgmann et al., 2022a).

*„Also ich verstehe es nicht. Vor allem: Ich finde es schade einfach.
Weil, ich habe das Gefühl, der Wille wäre da.“ (A01)*

*„Diese Möglichkeiten sind ja so viel besser geworden in den letzten Jahren.
Dass dann eigentlich auch die Nachfolge gesichert ist. [...] Sagen wir einmal so, ich sehe es positiv, dass sich etwas tut, und dass man da etwas verändern will.“ (B02)*

„Ich würde sagen, dass vor allem in letzter Zeit mehr die Primärversorgungseinheiten im Gespräch sind. Seit 2013 würde ich es noch nicht sehen. [...] man hört vermehrt über die Eröffnung solcher Einheiten.“ (E05)

Nach Aussage sieben Befragter (n = 7) ist die **heranwachsende Generation** von Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner an Teamarbeit interessiert und aufgeschlossen gegenüber multiprofessionellen Arbeitsmodellen in der Primärversorgung. Sie sollen Motivation und Kreativität für die Umsetzung der innovativen PVE mitbringen. Ihre Forderung nach einer guten Work-Life-Balance erfordert Zusammenarbeit, die in Einzelpraxen nur bedingt möglich sei. (Burgmann et al., 2022a)

*„Und eben diese Offenheit, als wirklich echtes (...) multidisziplinäres Team wirklich zu arbeiten. Also wirklich auf Augenhöhe – Ärzte, Schwestern, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter – zu arbeiten in einem Team, das wirklich gemeinsam sozusagen den Patienten im Mittelpunkt hat.
Das wäre wirklich spannend. Und ich habe auch das Gefühl, dass unsre Generation das auch wirklich kann.“ (A01)*

4.4.3.2 Mesoebene

Ein förderlicher Faktor wurde für die Mesoebene identifiziert.

Eine interviewte Person berichtete davon, dass die **Mitgliedschaft in einem relevanten Netzwerk** (n = 1) wie beispielsweise der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin förderlich sei. Sie erleichtere den Zugang zu wichtigen Informationen und ermögliche die Teilhabe an aktuellen Diskursen sowie den Austausch von Erfahrungen, was inspirierend wirke, auch in Hinblick auf eine Tätigkeit in einer PVE (Burgmann et al., 2022a).

„Weil ich habe natürlich sehr früh schon Kontakt zur ÖGAM gehabt. [...] Und natürlich JAMÖ, ÖGAM. [...] Erstens einmal schon ein bisschen die Gemeinschaft, und mit Leuten über diese Themen, die einen interessieren oder die im beruflichen Alltag für einen selbst relevant sind, zu diskutieren. Und schon auch zu sehen, wie motiviert die Leute sind, was standespolitisch weiterzubringen. Irgendwie. Das treibt einen selbst auch an, etwas zu tun – und etwas zu verbessern. [...] Also, ja, sicher gibt mir des Energie, wenn ich sehe, dass sich andere Leute auch in der Freizeit engagieren, dass etwas weitergeht.“ (B02)

4.4.3.3 Mikroebene

Elf förderliche Faktoren befinden sich auf der Mikroebene.

Alle Befragten nannten die **Vorteile von PVE für die Patientinnen und Patienten** als positiven Faktor (n = 12). Sie umfassen die Bereitstellung einer umfassenden medizinischen Grundversorgung und eines breiteren Leistungsspektrums im Vergleich zu Einzel- und Gruppenordinationen aufgrund des multiprofessionellen Teams sowie erweiterte Öffnungszeiten. Den Befragten gefiel der Gedanke, Patientinnen und Patienten auf kurzem Wege an andere Berufsgruppen innerhalb ihrer Organisation überweisen zu können. Die umfassenden Ressourcen ermöglichen es entsprechend der Annahme der Interviewpartner:innen, Angebote orientiert an den Bedarfen der Bevölkerung anzubieten, und bieten mehr Möglichkeiten, sozioökonomische Faktoren in der Patientenversorgung zu berücksichtigen. Sie sollen zudem zu einer höheren Kontinuität in der Versorgung beitragen, unter anderem weil die attraktiven Arbeitsbedingungen mehr Allgemeinmediziner:innen als Hausärztinnen/-ärzte in PVE locken könnten und dadurch die Gesundheitsversorgung in einer Region gesichert würde (Burgmann et al., 2022a).

„Man kann längere Öffnungszeiten anbieten, man kann auch Randzeiten anbieten. [...] Für den Patienten ist das wirklich eine niedrigrschwellige, qualitative und auch wissenschaftlich fundierte Versorgung. [...] Und ich glaube: Das ist das Attraktive daran. Weil ich nicht irgendwo isoliert bin, sondern ich bin sofort in einem System, wo ich mehrere Möglichkeiten zur Verfügung habe.“ (A01)

„Also ich glaube auf jeden Fall, dass wir uns mehr um die Patienten kümmern können, als wir das im Moment tun – in Bezug auf die Beratung über Ernährung, Bewegung, die richtige Bewegung für die zugrunde liegenden Krankheiten. [...] Also ich glaube, dass wir damit die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessern können.“ (C03)

Die Interviewpartner:innen berichteten, dass die **Organisationskultur in einem multiprofessionellen Team** die intrinsische Motivation fördern würde (n = 10). Sie gingen davon aus, dass sich die Teamarbeit in flachen hierarchischen Strukturen in PVE und der Zusammenhalt zwischen den Teammitgliedern im Gegensatz zum Einzelkämpfertum in Einzelpraxen förderlich auf die allgemeine Arbeitszufriedenheit auswirke. Sie lobten eine Zusammenarbeit von Hausärztinnen/-ärzten unterschiedlicher Entwicklungsstufen, wodurch die Weitergabe von Erfahrungen an jüngere Generationen ermöglicht würde (Burgmann et al., 2022a).

„Ich denke, dass die Arbeit mit Kollegen und mehreren Ansprechpartnern [Professionen] attraktiver ist, weil man sich auch austauschen kann.“ (E05)

*„Auch die Gemeinschaft [im Team] und so weiter. [...] Das ist wirklich eines der wichtigsten Dinge, muss ich sagen, in dieser, in der ganzen Sache [PVE].“
(F06)*

Die Erwartung **attraktiver Bedingungen für die professionelle ärztliche Tätigkeit** (n = 12) war einer der wesentlichsten förderlichen Gründe für die Arbeit in einer PVE. Die Befragten betonten die Möglichkeit für Hausärztinnen/-ärzte, sich aufgrund des breiten Leistungsspektrums in einer multiprofessionellen PVE vielfältig betätigen zu können. Neben den kurzen Überweisungswegen hoben die Interviewpartner:innen die niederschwellige Interaktion zwischen den Teammitgliedern hervor. Ein weiterer Attraktivitätsfaktor sei die Interaktion mit Angehörigen verschiedener Gesundheits- und Sozialprofessionen. Diese Bedingungen sollen es ermöglichen, sich als Hausärztin bzw. -arzt auf die eigenen Kernkompetenzen und die medizinische Versorgung konzentrieren zu können. Die Aufgabenteilung sowie vor allem die Übernahme administrativer Tätigkeiten durch die Ordinationsassistenten würden den Versorgungsalltag entlasten (Burgmann et al., 2022a).

„Dass wir immer sofort Möglichkeiten haben, wenn wir uns bei einem Anliegen nicht ganz sicher sind, was rechtliche, pflegerische Angelegenheiten oder Pflegeeinrichtungen angeht, die sozialarbeiterische Kompetenz. Ja, gut.“

Ich sage, wenn wir mit Respekt vor den anderen Berufsgruppen in die Diskussion gehen, können wir sicherlich auch selbst davon lernen und profitieren.“
(C03)

„Ich denke: Eine gute Chance ist, dass die anderen Berufsgruppen dort arbeiten, [...] können dem Arzt viel Arbeit abnehmen. Leistungen, die nicht von einem Arzt erbracht werden müssen.“ (L12)

Neben dem multiprofessionellen Austausch betonten die Befragten ebenso die **intraprofessionelle Interaktion zwischen den Hausärztinnen/-ärzten** innerhalb der PVE (n = 9). Sie ermöglichen es ihnen, die **Verantwortung sowohl für die medizinischen Anforderungen** (n = 8) als auch für die **betriebswirtschaftlichen und finanziellen Aspekte (Buchhaltung, Management) mit den Partnerinnen/Partnern zu teilen** (n = 4) (Burgmann et al., 2022a).

„Und auch das Gefühl zu haben, dass man nicht allein dafür verantwortlich ist. Das klingt vielleicht ein bisschen seltsam. [...] Er kommt mit seinen Sorgen, mit seinen Schmerzen, mit seinen Krankheiten, mit allem, was ihn umgibt. Das trägt man als Arzt nicht allein. Man kann es ein bisschen aufteilen. Das ist etwas, das mich innerlich beruhigen würde. Es würde einfach den Stress wegnehmen.“ (D04)

„Die Hemmschwelle ist vielleicht auch niedriger, bei Unsicherheiten nachzufragen. Was ich als junger Arzt noch sagen muss: dass ich mir nicht hundertprozentig sicher bin, dass manche Entscheidungen genau so getroffen werden sollen oder müssen. Also ich würde eher mehr Check-up oder Diagnostik in Form einer Sicherungsmedizin brauchen – und wenn z. B. ein erfahrener Kollege gewisse Unsicherheiten ausräumen könnte.“ (C03)

„[...] ich habe noch ein bisschen Angst vor der Selbstständigkeit, weil ich selber noch nicht so weit bin, aber das ist auch ein bisschen der Grund, warum ich es noch nicht gemacht habe, [...] ich würde eigentlich lieber in einer Praxis mit geteilter Verantwortung arbeiten.“ (F06)

Die **Flexibilität der Arbeitszeit** (n = 11) im Rahmen der Tätigkeit in einer PVE spielte in den Interviews eine wesentliche Rolle. Die Allgemeinmediziner:innen erwarten eine flexible Gestaltung ihrer Arbeitszeit für private Belange und unkomplizierte Vertretungsmöglichkeiten im Team. Die **Flexibilität in den Wochenarbeitsstunden** (n = 4) – im Speziellen in Form von Arbeitszeitverkürzung – fungierte ebenfalls als förderlicher Faktor für PVE (Burgmann et al., 2022a).

„Ich war in Schweden und Norwegen für längere Zeit und auch in England, [...] ich habe es in der Allgemeinmedizin erleben können. Und da waren zehn Allgemeinmediziner, und ich fand es toll, wenn man in einem großen Team arbeitet. Die Flexibilität der Arbeitszeiten. Ich kann Kinder haben und meine Arbeitszeit reduzieren. Ich kann meine Patienten trotzdem langfristig begleiten und habe natürlich eine viel höhere Qualität, wenn ich mit anderen Kollegen im Team zusammenarbeiten muss. [...] Das ist im Moment überhaupt nicht gegeben. Und deswegen ist es auch sehr uninteressant.“ (A01)

Die **gemeinsame Nutzung einer umfassenden Infrastruktur** (n = 7), die sowohl Räume und Geräte als auch das Dokumentationssystem, Wissen und Informationen umfasst, war ein weiterer Faktor für die Attraktivität der Tätigkeit in einer PVE (Burgmann et al., 2022a).

„Damit Synergieeffekte genutzt werden wie Therapieeinrichtungen, Räume, Laborausstattung und mehr. [...] Es ist die Verfügbarkeit von zusätzlichen Kapazitäten, sei es diätologisch oder physiotherapeutisch oder psychologisch. Dass wir direkten Kontakt mit der Berufsgruppe haben. Zum Teil können wir tatsächlich ohne Verzögerung eine Beratung machen.“ (C03)

Eine **hohe Versorgungsqualität und das Potenzial, Versorgungsforschung** in der Primärversorgung betreiben zu können (n = 5), sowie eine funktionierende **Administration der PVE als Organisation** (n = 7) entsprachen den Erwartungen einiger Befragten. Gut organisierte Strukturen und Versorgungsabläufe innerhalb des Workflows, Terminordination und regelmäßige Meetings innerhalb des multiprofessionellen Teams sowie ein gemeinsamer Außenauftritt erhöhten die Attraktivität von PVE (Burgmann et al., 2022a).

*„Der Austausch mit den Kollegen, den man in einer Einzelpraxis nicht machen kann. Die Tatsache, dass man Fälle besprechen kann [...]. Ich würde sagen, dass alles an einem Ort ist und sie nicht woanders hingehen müssen. [...] ich kriege natürlich mehr Feedback und kann sinnvoller verweisen, wenn ich im Austausch mit den Kollegen bin, also es hätte schon einen Vorteil für mich.“
(K11)*

„Ich würde mir wünschen, dass es flexibel ist, wie ich gesagt habe. Dass man sich mit Kollegen absprechen kann, wenn sich etwas verschiebt, wenn spontan etwas dazwischenkommt. Dass man ohne Probleme Pflegeurlaub nehmen kann.“ (E05)

4.4.3.4 Individualebene

Sieben förderliche Faktoren wurden für die Individualebene identifiziert.

Eine **gute Work-Life-Balance** war der am häufigsten genannte positive Individualfaktor (n = 10) für die Tätigkeit als Hausärztin/-arzt in einer PVE. Eine interviewte Person nannte hier flexible Arbeitszeiten und -stunden in Verbindung mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf (n = 1) (Burgmann et al., 2022a).

„Was mich abgeschreckt hat, war die Arbeitsbelastung und die geringe Flexibilität, die man hat, weil man da draußen auf sich allein gestellt ist. Wenn ich sage, meine Tochter ist sieben Monate alt, und ich muss jetzt weniger arbeiten, dann geht das einfach nicht. Und das ist ein großes Manko. Ich finde es sehr schwierig, das mit meiner Familie zu vereinbaren. Wenn ich die Möglichkeit hätte, eine PVE in [Nennung des Orts] zu haben, fünf, sechs Hausärzte, die sich diese Arbeitslast teilen. Wo [...] ich 20 Stunden in einer PVE arbeiten kann. Da würde ich sofort einsteigen.“ (A01)

„Wenn man selbstständig ist und einen Krankenversicherungsvertrag abschließt, hat man Verpflichtungen, die man nicht so leicht umgehen kann, wenn man ein Kind hat. [...] Aber wie gesagt: Eine Einzelpraxis ist für mich aufgrund der familiären Situation keine Option. [...] Das ist für mich jetzt zu viel. Ich hätte dann keine Zeit mehr für die Familie.“ (B02)

Sieben Befragte bewerteten bezüglich des **Arbeitsverhältnisses** (n = 9) die Option, angestellt in einer PVE zu arbeiten, als attraktiver, drei die selbstständige Tätigkeit als Partner:in. Eine dieser Personen präferierte für sich die selbstständige Tätigkeit, nannte die Möglichkeit der Anstellung für als ansprechende Option für Allgemeinmediziner:innen mit abweichenden Präferenzen (Burgmann et al., 2022a).

Auch die persönlichen positiven Erfahrungen während der Ausbildung in einer Hausarztpraxis (**Lehrpraxis**) wurden als wichtiger **Motivationsfaktor und suffiziente Vorbereitung** für die Tätigkeit als Hausärztin/-arzt in der Primärversorgung genannt (n = 7) (Burgmann et al., 2022a).

Die **starke Arzt-Patienten-Beziehung** (n = 7) in der Primärversorgung, die auf der freien Arztwahl und Vertrauen beruht wurde ebenfalls als ein förderlicher Faktor für die Entscheidung zur Tätigkeit in einer Hausarztpraxis genannt. Menschen zu helfen und die Dankbarkeit, die man von den Patientinnen/Patienten erfährt, sei erfüllend. Diese Beziehung würde durch eine wenig selektive Patientenpopulation sowie die langfristige Betreuung geprägt (Burgmann et al., 2022a).

„Ein solches Arbeitsverhältnis, die Arbeit in einem Team. Das ist für mich attraktiver als ein Einzelkämpfer oder ein Einzelunternehmer zu sein.“ (L12)

„Vor der praktischen Berufsausbildung in der Allgemeinmedizin wollte ich auf keinen Fall Allgemeinmedizin machen. Sie [die Lehrpraxisleiterin für Allgemeinmedizin] war eine sehr gute Ärztin mit viel Erfahrung. Und es hat mir wirklich geholfen, ich glaube, es hat mir auf jeden Fall mehr geholfen als die Famulatur im Krankenhaus. Also ich kann das nur positiv bewerten. [...] Also einfach weil die Arbeitsweise in der Allgemeinmedizin eine ganz andere ist als im Krankenhaus. Man wird durch die Arbeit im Krankenhaus nicht auf die Arbeit als Hausarzt vorbereitet. [...] Also ich habe eine gewisse Erfahrung mitgenommen, und auch dass ich gerne so arbeite. Mit den Patienten und mit dem Kontakt, mit dem langfristigen Kontakt.“ (K11)

Drei der Interviewpartner:innen nannten **förderliche persönliche Kontakte** (n = 3) als relevant. Hierzu zählen neben einem persönlichen Netzwerk an mit Primärversorgung assoziierten Personen auch Eltern mit der Ausbildung zum:zur Allgemeinmediziner:in sowie dem Beruf als Hausärztin/-arzt und Lehrende während der Ausbildung (Burgmann et al., 2022a).

„Ich muss auch sagen, dass [Nennung des Namens], der früher das Institut für Allgemeinmedizin in [Nennung des Orts] geleitet hat, eigentlich ein schon, ähm, sehr ein motivierendes Vorbild ist. Und dann schon ganz sicher auch eben in der Lehrpraxis. (B02)

In PVE könnten weiters **persönliche Erwartungen an eine professionelle Entwicklung und an kontinuierlichen Wissensgewinn** (n = 4) erfüllt werden. PVE könnten mehr Möglichkeiten bieten, persönliche Interessen zu verfolgen wie Wissenschaft zu betreiben, sich kontinuierlich medizinisch fortzubilden – v. a. in Verbindung mit der Arbeitszeit – sowie additiv einem oder mehreren weiteren Jobs nachzugehen (Burgmann et al., 2022a).

„Ähm, eine ganz normale allgemeinmedizinische Tätigkeit und ähm [Lachen] und dass ich halt das auch zeitflexibel machen kann, z. B. auch nur 20 Stunden, wenn ich will, dass ich auch noch etwas anderes machen kann [...] und dass ich mich jetzt nicht um diese ganzen organisatorischen Sachen kümmern muss.“ (K11)

4.4.4 Hemmende Faktoren

Tabelle 27: Hemmende Faktoren; nach Burgmann et al. (2022a)

hemmende Faktoren						
Ebene	Faktor	Kategorie	Subkategorie	Total ¹	Inter-views ²	
Makro-ebene	Fehlen einer Strategie zur Primärversorgungsreform			54	12	
		Chancen für das Gesundheitssystem		21	10	
			Entlastung von Krankenhausambulanzen	12	9	
			Vorteile gegen den Mangel an Hausärztinnen/-ärzten	9	5	
		insuffiziente Strukturen		17	7	
			starre Strukturen	14	6	
			zu wenige PVE, die Arbeitsplätze bieten könnten	3	2	
		politische Abhängigkeit		9	6	
			Abhängigkeit von politischen Entscheidungsträgerinnen/-trägern	6	6	
			Einsparungen	3	2	
		Entwicklungen abhängig von Pionierinnen/Pionieren		3	3	
		fehlende Vision und fehlende Ziele		3	3	
		fehlende Unterstützung von Gemeinden zur PVE-Gründung		1	1	
		unattraktives Vergütungssystem			75	11
		unzureichende Vergütung		31	11	
		Zuspruch zu Grundpauschalen		10	7	
		Honorierung muss umfassende Versorgung orientiert an Gesundheit widerspiegeln		5	5	
		Kritik an Einzelleistungshonorierung, die Frequenzmedizin incentiviert		7	4	
		Honorierung von Leistungen außerhalb des Honorarkatalogs gewünscht		7	3	
		Zuspruch zu Pay for Performance		2	2	
		Deckelungen		3	3	
		Kritik an anderen Honorierungssystemen		10	6	
			Kritik an Fallpauschalen – reduzierte Honorierung befürchtet	6	3	
			Kritik an Pay for Performance	2	2	
			Kritik an Grundpauschale	2	2	
		insuffiziente Informationen zu PVE			54	10

	Informationen zu PVE nur für Gründer:innen relevant		5	4
	Informationen zu PVE für Patientinnen/Patienten irrelevant		1	1
	wenige Informationen zu PVE vorhanden, jedoch Negativwerbung		48	10
		wenige Informationen für die Öffentlichkeit	24	9
		keine aktive Ansprache für Zielgruppe	11	7
		Negativwerbung	9	6
		keine Aussage zu unbekanntem Honorierungssystemen möglich	4	3
unzureichende Berufsausbildung für die Allgemeinmedizin (Universität und postgraduell)			27	10
	adäquate Ausbildung für Allgemeinmedizin (praktische Erfahrungen, „public health skills“)		16	8
	Lehrpraxis		11	8
		Bedauern, keine Lehrpraxis absolviert zu haben	8	5
		abschreckende Erfahrungen während der Lehrpraxis für die hausärztliche Tätigkeit	3	3
umfassendere Voraussetzungen für PVE als größere multiprofessionelle Organisationen mit komplexeren Anforderungen			26	8
	Unterstützung bei der PVE-Gründung		13	7
		Förderungen/Anschubfinanzierungen	8	5
		Beratungsleistungen zur Unternehmensgründung (wirtschaftlich, rechtlich)	5	4
		mangelnde Flexibilität in der Gründungsphase	11	3
		definierte Standorte verhindern Initiativen	10	2
		Wunsch nach Hausapotheken	1	1
	Bedarf an der Adaption der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung auf Bundeslandebene		2	1
geringer Status der Allgemeinmedizin sowie von Hausärztinnen/-ärzten			19	7
	geringe Anerkennung in der Kollegenschaft		4	3
	Allgemeinmedizin als Disziplin zur Behandlung von Banalitäten		8	3
	Vielfalt an Joboptionen für Allgemeinmediziner:innen als Alternative zur Tätigkeit als Hausärztin/-arzt		2	2
	derzeitiges hausärztliches Versorgungssystem besser		5	2

		als die geringe Reputation der Hausärztinnen/-ärzte		
		fehlende explizite Rollendefinition	11	5
		kein Gatekeeping implementiert	4	4
		fehlende finanzielle Mechanismen zur Lenkung von Patientenströmen	3	2
		fehlendes Einschreibemodell	4	1
		Vertragssystem mit der Sozialversicherung	14	5
		Komplexität	14	5
Mesoebene		Widerstände innerhalb des ärztlichen Berufsstands	22	7
		Kritik aufgrund von Unsicherheit/Unwissen (Bauchgefühl)	5	3
		Widerstand und Festhalten an traditionellen Strukturen	5	3
		Überalterung aktueller Hausärztinnen/-ärzte – wenig Bereitschaft zur Veränderung	4	3
		regionale Unterschiede in den Unterstützungsstrukturen sowie Barrieren	2	2
		fehlender Wille zur Veränderung	4	2
		Ablehnen der Mitgliedschaft in der Ärztekammer	2	1
		zunehmende Anforderungen und Ansprüche der Bevölkerung	18	6
		Forderungen bezüglich Erreichbarkeit und Leistungen	18	6
		fehlender nationaler und internationaler Erfahrungsaustausch	8	5
		mangelnde Integration internationaler Erfahrungen in den Reformprozess	5	3
		mangelnde Möglichkeiten zum Lernen von Pionierinnen/Pionieren	2	2
		geringer Erfahrungsaustausch in Einzelordinationen	1	1
Mikroebene		hohe Arbeitsbelastung	43	11
		hohe Patientenfrequenz	15	8
		steigende Bedarfe von Patientinnen/Patienten	14	7
		Bürokratie	14	5
		unzureichende Zeitressourcen für die individuelle Patientenbehandlung	25	9
		Sorgen bezüglich Konflikten und negativer Gruppendynamik zwischen den Partnerinnen/Partnern und innerhalb des Teams	9	4
		Herausforderung, passende Partner:innen zu finden	7	3

		Gruppendynamik und Sympathie		2	2
		Befürchtung, die Kontinuität der Arzt-Patienten-Beziehung zu verlieren		2	1
Individualebene		Bedenken hinsichtlich der Unternehmensführung		60	11
		Unsicherheiten		15	9
		Aufwände als Arbeitgeber:in		11	7
		Kompetenzen der Unternehmensführung (Arbeitnehmerrechte, Budgetplanung und Datenschutz)		10	5
		Organisation einer PVE		6	4
		Leadership für das Team		7	4
		Entgeltfortzahlung bei Abwesenheit (z. B. Krankheit, Elternzeit)		8	4
		kein reguläres Einkommen		3	3
		Sorgen hinsichtlich der Unternehmensgründung		14	7
		Unternehmergeist/Mut		8	6
		Ressourcen zur Gründung (wirtschaftliche Kompetenzen, Startkapital)		6	4
		eingeschränkte Flexibilität und Autonomie		28	8
		eingeschränkte Flexibilität		18	6
			Behandlung nach eigener Vorstellung	11	5
			Wunsch nach selbstskalierbarem Einkommen	5	3
			kein Interesse an Wochenenddiensten	2	2
		Entscheidungshoheit		10	4
			Entscheidungshoheit bei Allgemeinmediziner:in – „die Chefin bzw. der Chef im Haus“ sein wollen	5	3
			Notwendigkeit der Teamhierarchie aufgrund der Verantwortungsübernahme durch den:die Allgemeinmediziner:in	4	2
			Einzelkämpfermentalität	1	1
	keinen Unterschied als Vertreter:in in PVE erfahren		4	2	
	Zufriedenheit mit individuellem Jobarrangement		12	6	

¹ Summe der Kodierungen in allen Interviews

² Anzahl der Interviews, in welchen der Kode mindestens einmal vorkam

4.4.4.1 Makroebene

Alle Interviewpartner:innen (n = 12) **vermissten eine politische Strategie zur Primärversorgungsreform**. Sie beschrieben insuffiziente vorherrschende Rahmenbedingungen wie starre Strukturen und Einstellungen der Akteurinnen und Akteure. Zudem bestünden zu wenige PVE, die als Arbeitsplätze dienen könnten. Die Allgemeinmediziner:innen waren sich der Chancen bewusst, die sich aus einer zunehmenden Zahl multiprofessioneller PVE ergeben. Diese betreffen insbesondere den zunehmenden Mangel an Hausärztinnen/-ärzten und die Entlastung von Krankenhausambulanzen (Burgmann et al., 2022a).

„Das ist jetzt elf Jahre her. Und seither ist NICHTS passiert. Elf Jahre. Ich bin jung, aber ich habe diese lange Zeit schon erlebt. Also bin ich ein bisschen skeptisch. [...] Man muss die Leute aus der Praxis in den Entscheidungsprozess einbeziehen und ihnen sagen: Hört mal zu, so geht das nicht. Ich verstehe nicht, warum das in anderen Ländern funktioniert. Was ist das Problem in Österreich?“ (A01)

„Dann ist es politisch umgesetzt worden und eher mit vielen Krisen, was man so merkt, bei den Projekten. [...] Also eher als irgendwie als was eher schwer, etwas Schwerfälliges, [...] nicht wirklich durchdacht, so vom Bauchgefühl, wenn du mich fragst. [...] Also vielleicht so ein bisschen, wie wenn man auf den falschen. Also dass man die Probleme im Gesundheitssystem falsch aufzieht mit diesem Lösungsansatz. So ist es auch bei mir angekommen, dass auch nicht viele in der Ärztekammer und so glauben oder in der Ärzteschaft direkt, dass das quasi für unsere Probleme die richtige Antwort darauf ist.“ (J10)

Die mangelnde Bereitstellung von Budget für PVE, die geringe Unterstützung durch Gemeinden für die PVE-Gründung sowie eine langsame Anpassung des rechtlichen, wirtschaftlichen und politischen Rahmens führte zur Auffassung der Interviewpartner:innen, dass die Etablierung von PVE hauptsächlich vom politischen Willen und von einzelnen Pionierinnen/Pionieren abhängt. Daraus resultierte ihre Wahrnehmung einer unklaren Vision und fehlender Reformziele (Burgmann et al., 2022a).

„Wenn die Politik nicht den Sparstift ansetzt, was sie wahrscheinlich machen würde.“ (G07)

„Wir wissen beide, dass das vor allem politisch dann entschieden wird und die Leute haben meistens dann nicht viel Ahnung. Das ist halt ein bisschen das Problem.“ (A01)

Das **unattraktive Vergütungssystem** in der Primärversorgung (n = 11) wurde als Haupthindernis für die Tätigkeit als Hausärztin/-arzt genannt. Die Allgemeinmediziner:innen beklagten sich über eine unzureichende Vergütung im Vergleich zur hohen Arbeitsbelastung. Das derzeitige Honorarsystem decke nicht das breite Spektrum an Leistungen ab, das für die Ansprüche der Patientinnen und Patienten notwendig sei. Einige Bundesländer würden ausgewählte Leistungen einschrän-

ken. Deckelungen bei der Vergütung wurden kritisiert. Es herrschte der Eindruck, dass das aktuelle Honorierungsmodell anhand von Einzelleistungen eine hohe Frequenz an Patientinnen/Patienten in der täglichen kurativen Versorgung incentiviere, statt eine Orientierung an Patientenzentriertheit und an einem holistischen Versorgungsansatz. Grundpauschalen und Pay for Performance erhielten sowohl Zuspruch als auch Kritik. Bezüglich Fallpauschalen befürchteten die Interviewpartner:innen, zu wenig Honorar für die erbrachten Leistungen zu erhalten (Burgmann et al., 2022a).

„Mir ging es darum, ein vielfältiges Spektrum an Leistungen in der Allgemeinmedizin anzubieten – aber auch genügend Sprechstundenzeit in Anspruch zu nehmen und dementsprechend das Geld für diese Zeit zu bekommen. [...] Es muss finanziell interessant sein, und es muss flexibler werden. [...] Es muss möglich sein, das wirklich gemeinsam im Team zu machen. Und wir brauchen auch eine neue Form der Entlohnung, weil ich kann nicht mit dem gleichen Abrechnungssystem weitermachen. [...]“ (A01)

Aus dem Großteil der Interviews wurde deutlich, dass **insuffiziente Informationen zu PVE** (n = 10) bestehen. Es wurde zum einen berichtet, dass Informationen ausschließlich für Gründer:innen von PVE relevant seien, und zum anderen, dass Informationen für Patientinnen und Patienten irrelevant seien. Grundsätzlich gebe es wenige Informationen zu PVE für die Öffentlichkeit, jedoch Negativwerbung. Die Allgemeinmediziner:innen selbst fühlten sich nicht als Zielgruppe angesprochen. Aufgrund von Unwissen wiesen drei der Interviewpartner:innen darauf hin, keine Aussage zu unbekanntem Honorierungsmodellen zu treffen (Burgmann et al., 2022a).

„Im Moment, in meiner Position, wo ich jetzt bin, bekomme ich überhaupt nichts. Also ich bekomme keine Informationen aktiv von irgendwoher, dass sich jemand an mich wendet.“ (D04)

„Weil Sie nicht wissen, wer schreibt mir jetzt was vor, was ich zu tun habe oder so. Also dass das vom System her nicht so ganz, nicht so ganz klar ist oder eben noch nicht bekannt ist.“ (I09)

Die Allgemeinmediziner:innen berichteten von **umfassenderen Voraussetzungen für PVE als größere multiprofessionelle Organisationen mit komplexeren Anforderungen** (n = 8) im Vergleich zu Einzel- und Gruppenpraxen. Sie kritisierten mangelnde Flexibilität in der Gründungsphase, da definierte Standorte Initiativen unterbänden. Zudem wurde der Wunsch nach einer Hausapotheke geäußert. Als Unterstützung bei der PVE-Gründung forderten sie Förderungen

bzw. Anschubfinanzierungen sowie Beratungsleistungen zur Unternehmensgründung. Eine Interviewpartnerin äußerte Bedarf an der Adaption der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung auf Bundeslandebene (Burgmann et al., 2022a).

„Wirtschaftlich, als Geschäftsführer, aus der Sicht des Unternehmertums. Ich sehe mich in der Lage, das zu tun, sozusagen. Aber mir fehlt das wirkliche Fachwissen oder die Erfahrung in der Unternehmensführung oder in der Gründung eines Unternehmens. Ich hätte also gerne eine gewisse Unterstützung, vielleicht sogar eine Begleitung in den ersten Monaten, sowohl in der Gründungsphase als auch in der Betriebsphase. [...] Im Prinzip wäre es angenehmer, eine Beratungsinstitution oder eine Behörde zu haben, an die man sich wenden kann, es wird wahrscheinlich auch auf dem freien Markt Leute geben, die einen in dieser Hinsicht beraten können.“ (C03)

Als hemmend für die Tätigkeit als Hausärztin/-arzt in einer PVE wurde auch eine **unzureichende Berufsausbildung** (n = 10) beschrieben. Dieser fehle die Vermittlung von Public Health und praktischer Kompetenzen. Fünf der Interviewpartner:innen bedauerten, keine Lehrpraxis absolviert zu haben. Drei Interviewpartner:innen – davon ein Mann und zwei Frauen – beschrieben ihre Erfahrungen als abschreckend für die hausärztliche Tätigkeit (Burgmann et al., 2022a).

„Wie kommt man zu diesen Kompetenzen? Oder wann? [...] Also im Moment hundertprozentig Eigeninitiative. [...] Also im Studium habe ich wenig Allgemeinmedizin gelernt. Ein bisschen was in der Famulatur. Das war wichtig. Aber eigentlich die Allgemeinmedizin lernt man, wenn man Allgemeinmedizin macht. [...] Und ich wäre dafür, dass es einen Facharzt für Allgemeinmedizin gibt [...]. Dass ich ein Kurssystem hab, dass ich Allgemeinmedizin halt auch wissenschaftlich professionell mit Public Health, mit Evidence-based Medicine, mit diesen Sachen lerne. [...] Und da habe ich das Gefühl, da ist die Ausbildung in Österreich nicht mal ansatzweise in die Richtung. Wir sind im Krankenhaus ein paar Jahre, und dann werden wir rausgeschmissen“ (A01)

„Ich muss ja sagen: Der Turnus ist ja schön und gut, aber dafür, dass man dann eigentlich an vorderster Front steht vor einem Patienten. Und der kommt ja nicht, die kommen mit 100 unterschiedlichen Dingen [...] Da muss ich sagen: Da war einfach die Ausbildung im Turnus nicht gut genug, dass ich mich da bereit dazu gefühlt hätte.“ (F06)

Sieben der Interviewpartner:innen berichteten davon, einen **geringen Status der Allgemeinmedizin sowie von Hausärztinnen/-ärzten** im Vergleich zu anderen ärztlichen Disziplinen wahrzunehmen (n = 7). Die geringe Anerkennung bestehe vor allem in der Kollegenschaft, welche der Auffassung sei, in der Allgemeinmedizin würden vornehmlich Banalitäten behandelt werden. Es gebe eine Vielfalt an Joboptionen für Allgemeinmediziner:innen als Alternative zur Tätigkeit als Hausärztin/-arzt, die attraktiver wären. Zwei der Interviewpartner:innen argumentierten, dass der negative Ruf der aktuellen hausärztlichen Versorgung deren Stellung untergrabe (Burgmann et al., 2022a).

„Wie oft die Allgemeinmedizin dargestellt wird von anderen Fachgruppen oder so wie der von der GKK, der [Nennung des Namens], der gesagt hat, dass man doch Vorsorgeuntersuchungen in den Spitalsambulanzen anbieten könnte. Etwas, was überhaupt nicht mit der sinnvollen Primärmedizin zu tun hat eigentlich. Das demotiviert ein bisschen – aber spornt auch wieder an, dass man etwas verändert.“ (B02)

Als hemmend für die Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit in einer PVE beschrieben fünf der Interviewpartner:innen das **Fehlen einer klaren Rollendefinition der Primärversorgung** (n = 5). Es mangle an einem Gatekeepingsystem, finanziellen Mechanismen zur Lenkung von Patientenströmen sowie einem Einschreibemodell für Patientinnen und Patienten (Burgmann et al., 2022a).

„Aber ich sehe das nicht ein, wieso die Allgemeinmediziner die Bevölkerung motivieren sollen, sich solidarisch zu verhalten. In einem bewiesenermaßen vernünftigen Gesundheitssystem mit Gatekeepingfunktion. [...] Eigentlich insofern, [...] dass es ein Einschreibesystem gibt [...] für die sinnvolle Überweisung der Patienten [...] Ja weil, sonst. Ich meine, es muss auf jeden Fall ein System geben, dass die Leute sich verpflichten, als Erstes zum Primärversorger gehen. [...] Aber da muss man auch so viele Berufsgruppen in einer PVE haben, damit das einen Sinn macht.“ (B02)

„Dass man da vielleicht wirklich Optimierungen herbeiführen kann. Dass die Versorgung eine bessere ist, dass die Leute [...] nicht wegen jedem Schnupfen ins Krankenhaus gehen.“ (D04)

Fünf Befragte beklagten, dass das **Vertragssystem mit der Sozialversicherung** (n = 5) komplex und dementsprechend unattraktiv sei (Burgmann et al., 2022a).

„Also ich hätte mich sofort für die hausärztliche Tätigkeit entschieden. Aber ich wusste einfach, dass der bürokratische Aufwand und das jetzige System der Abrechnung von Leistungen mit der ÖGK [...] entweder 70 Stunden pro Woche oder gar nichts bedeutet. [...] Und deswegen war es für mich auch kein Thema, diesen Schritt zu gehen. Obwohl ich es aus thematischer Sicht sofort machen würde. [...] Es wird stressig, wenn ich eine Genehmigung des Chefarztes brauche [...] Dann rufen sie an. Dann schreiben sie das Fax. Die sitzen eine Stunde da und kriegen null Geld dafür.“ (A01)

4.4.4.2 Mesoebene

Drei hemmende Faktoren wurden für die Mesoebene identifiziert.

Sieben der Allgemeinmediziner:innen berichteten von **Widerständen innerhalb ihres ärztlichen Berufsstands** (n = 7). Vor allem ältere Hausärztinnen/-ärzte hielten an den traditionellen Strukturen der Primärversorgung fest und hätten wenig Bereitschaft zur Veränderung, was die Verbreitung von Innovationen behindere. Sie berichteten auch von allgemeinen Widerständen. Die Kritik resultiere, wie drei der Interviewpartner:innen annahmen, vor allem aus Unsicherheit und Unwissen. Regionale Unterschiede in den Unterstützungsstrukturen sowie Barrieren würden ebenfalls hinderlich auf die Attraktivität von PVE wirken. Ein Interviewpartner lehnte die Mitgliedschaft in der Ärztekammer ab (Burgmann et al., 2022a).

„Ich denke, der Hauptgrund dafür ist sicherlich, dass so viele Allgemeinmediziner jetzt kurz vor dem Pensionsalter stehen. Und die, die einfach nicht kreativ und jung genug sind, die sagen: Ich will jetzt nicht in den letzten fünf Jahren oder, ja, fünf Jahren, meine Arbeitsweise so sehr verändern.“ (B02)

Sechs der Allgemeinmediziner:innen beklagten sich über die **zunehmenden Anforderungen und Ansprüche der Bevölkerung** (n = 6) wie z. B. betreffend die Erreichbarkeit rund um die Uhr oder die Nutzung der Allgemeinmedizin als „Selbstbedienungsladen“. Gesellschaftliche Veränderungen zögen zudem komplexe Bedarfe nach sich. Die Interviewpartner:innen gaben mangelnde Gesundheitskompetenz der Bevölkerung als Grund für die Überbeanspruchung der Primärversorgung und des allgemeinen Gesundheitssystems an (Burgmann et al., 2022a).

„In die Notaufnahme, in der ich arbeite, kommen auch die Leute, die sind vom Hausarzt zu uns gekommen, weil beim Hausarzt warten zehn Leute, und die gehen halt dann lieber ins Krankenhaus – weil dort geht es schneller, dort bist du dann besser, glauben sie, vielleicht gleich spezieller abgeklärt.“ (F06)

„Und dann muss man natürlich auch sagen, dass sich das Patientenklintel einfach sehr verändert hat. [...] Es müssen die Leute schon auch das sehen und ein bisschen umdenken, dann könnte man das sicher zu einer ganz guten Sache machen. [...] Das Problem ist ja, dass die Hausärzte einfach schon abgestumpft sind, weil die Leute eben wegen jedem Blödsinn kommen. Weil das eigentlich teilweise gar keine Medizin mehr ist, die man macht. [...] Natürlich zipft das dann jeden an und dann ist natürlich das Klima schlecht [...] Wenn man wirklich gute Medizin machen könnte, dann kann das auch, wie gesagt, in so einer Primärversorgungseinheit, wo wirklich eine gute Vernetzung dann da ist, also gut funktionieren.“ (H08)

Fünf der Interviewpartner:innen erwähnten den **fehlenden Erfahrungsaustausch national sowie international** als hemmend (n = 5). Dadurch werde internationale Expertise mangelhaft in den Reformprozess einbezogen, und das Lernen von Pionierinnen und Pionieren könne nicht genutzt werden. Auch der geringe Erfahrungsaustausch in Einzelordinationen wurde bemängelt (Burgmann et al., 2022a).

4.4.4.3 Mikroebene

Auf der Mikroebene wurden vier hemmende Faktoren identifiziert.

Der dort dominierende hemmende Faktor für die hausärztliche Tätigkeit allgemein war die **hohe Arbeitsbelastung** (n = 11) in der Primärversorgung. Die Gründe dafür werden in einer Kombination aus erhöhtem Bedarf aufgrund des demografischen Wandels, Überbeanspruchung durch Patientinnen und Patienten, Bürokratie, dem leistungsorientierten Vergütungssystem und der mangelnden Koordination der Versorgung gesehen, was zu einer hohen Patientenfrequenz führe (Burgmann et al., 2022a).

„In Österreich ist sie [die Primärversorgung] geprägt [negativ], weil sie sehr stressig ist. Sehr, sehr überlastet. Vor allem in der Allgemeinmedizin ist es einfach ein Job, der wirklich am Limit läuft. Und das ist nicht notwendig. Weil der Job am Limit ist. Weil man mit sehr schwer kranken Menschen umgehen muss. Weil man sehr tief in die psychosozialen Strukturen eintauchen muss, und das ist sehr belastend. Thematisch ist das stimmig. Aber auch nicht wegen der Anzahl der Patienten und der ganzen Arbeitsbelastung. Es wird zu viel, und oft sind sie [die Hausärzte] nicht in der Lage, das mit einem normalen physischen und psychischen Zustand zu ertragen. Und das halte ich einfach für unattraktiv.

*Warum soll ich mich dem aussetzen, wenn ich eine schönere
Arbeitsmöglichkeit habe?“ (A01)*

Diese Kumulation von Faktoren führt zu der Wahrnehmung, dass **nicht genügend zeitliche Ressourcen für die individuelle Patientenbetreuung** vorhanden sind (n = 9), was deutlich gegen eine hausärztliche Tätigkeit spricht (Burgmann et al., 2022a).

„Und ich denke, jeder hat den Respekt verdient, dass er die Zeit bekommt, die er braucht. Weil in überfüllten Praxen ist es nicht möglich, die Dinge so zu machen, wie ich sie gerne selbst machen würde.“ (C03)

*„Aber ich denke, man sollte sich trotzdem genug Zeit nehmen, wenn man kann, um die Patienten gut zu behandeln. Aber das ist natürlich schwierig mit einem vollen Wartezimmer und mit einer begrenzten Praxis [...] und man hat noch so viele Hausbesuche. [...] Natürlich muss man auch schauen, dass man die Patienten durchbekommt. Aber ich glaube trotzdem, dass das nicht die Art von Medizin ist, die ich machen möchte.
Ich denke, jeder Patient braucht genug Zeit.“ (F06)*

Vier der Allgemeinmediziner:innen äußerten Sorgen hinsichtlich eines höheren **Risikos für Konflikte und Dissonanzen in der Gruppendynamik innerhalb der Partnerinnen/Partner und des Teams** (n = 4) einer PVE im Vergleich zu einer Einzelpraxis. Da es essenziell sei, die passenden Partner:innen zu finden und eine positive Gruppendynamik im Team zu haben, würden diese Sorgen und Herausforderungen den Schritt zur Gründung und Tätigkeit in einer PVE hemmen (Burgmann et al., 2022a).

„Nein, ich möchte sozusagen das Privileg haben oder die Freiheit, mir auszusuchen, mit wem arbeite ich zusammen [...]. Und wenn ich entscheiden könnte, mit wem. Also es muss natürlich die Chemie stimmen, um eine Gruppenpraxis zu gründen.“ (C03)

„Dass das Team, also es muss, wie überall, muss es funktionieren. Man muss sich sympathisch sein“ (I09)

Eine interviewte Person fürchtete, die **Kontinuität der Arzt-Patienten-Beziehung zu verlieren** (n = 1), da PVE eine größere Ordination mit längeren Öffnungszeiten darstellten, die von mehreren Ärztinnen/Ärzten bespielt werden (Burgmann et al., 2022a).

4.4.4.4 Individualebene

Fünf hemmende Faktoren wurden der Individualebene zugeordnet.

Elf Befragte erwähnten **Bedenken hinsichtlich der Unternehmensführung** (n = 11). Diese erfordere Aufwände als Arbeitgeber:in, Kompetenzen in Unternehmensführung wie Wissen zu Arbeitnehmerrechten, Budgetplanung und Datenschutz sowie die Organisation einer PVE und Leadership im Team. Sie äußerten Ängste vor der Verantwortung und vor allem vor finanzieller Unsicherheit auch bei eigener Abwesenheit und befürchteten ein unregelmäßiges Einkommen. Die Entgeltfortzahlungen im Krankheitsfall oder in der Elternzeit waren wesentliche Gegenargumente. **Sorgen hinsichtlich der Unternehmensgründung** (n = 7) verunsicherten die Interviewpartner:innen. Aus deren Sicht sei Unternehmergeist – auch als „Mut“ bezeichnet – in Kombination mit wirtschaftlichen Kompetenzen und Startkapital eine Voraussetzung für PVE-Gründer:innen (Burgmann et al., 2022a).

„Weil ich dieses enorme wirtschaftliche Risiko nicht tragen will. Also ich würde es vorziehen, in einer PVE zu arbeiten, da ist man nicht allein und bleibt flexibel. [...] Also auf jeden Fall, dass man angestellt ist, und auf jeden Fall, dass man nicht die ganze Verantwortung hat, wirtschaftlich und auch organisatorisch, man ist halt nicht allein Firmenchef, würde ich sagen. Man kann auch Teilzeit arbeiten – wenn man ein Büro hat. Das ist leichter mit dem Familienleben zu vereinbaren.“ (K11)

„Wirtschaftlich gesehen, [...] das Unternehmertum. Ich sehe mich in der Lage, das zu machen, sozusagen. Aber mir fehlt das wirkliche Fachwissen oder die Erfahrung in der Unternehmensführung oder in der Gründung eines Unternehmens. Ich hätte also gerne eine gewisse Unterstützung, vielleicht sogar eine Begleitung in den ersten Monaten, sowohl in der Gründungsphase als auch in der Betriebsphase. [...] Wirtschaftliche Aspekte, Personalplanung, Personalführung. Das hat man ja schließlich nie gelernt. Und es ist auch nicht der Sinn der Universität, Ärzten Betriebswirtschaft zu lehren. Aber man ist trotzdem Unternehmer. Und man hat gewisse Pflichten.“ (C03)

Acht der Interviewpartner:innen kritisierten zudem die **eingeschränkte Flexibilität und Autonomie** (n = 8) als Hausärztin/-arzt in einem Vertragsverhältnis mit der Sozialversicherung (Burgmann et al., 2022a).

Bezüglich der Flexibilität wünschten sie, selbstbestimmt ihr Einkommen entsprechend ihren persönlichen Bedarfen skalieren zu können, keine Wochenenddienste versehen zu müssen und „Versorgung nach eigenen Vorstellungen“ erbringen zu können. Die individuellen Behandlungen nach eigenen Vorstellungen erläuterten die Interviewpartner:innen damit, ausreichend Zeit für einen ganzheitlichen Versorgungsansatz in der Behandlung zu haben und gegebenenfalls komplementärmedizinische Leistungen anbieten zu können (Burgmann et al., 2022a).

Vier der Interviewpartner:innen merkten an, die **Entscheidungshoheit** (n = 4) behalten zu wollen, denn als Hausärztin/-arzt seien sie „die Chefin bzw. der Chef im Haus“. Eine Hierarchie im Team sei notwendig, weil dies eine „Arztpraxis“ sei. Ein Interviewpartner bezeichnete sich als Einzelkämpfer (Burgmann et al., 2022a).

Diese Aspekte stehen in Konflikt mit den Vertrags- und Teamstrukturen in einer PVE.

„Die Zusammenarbeit ist toll, aber ich möchte selbst entscheiden, was ich in meiner Praxis machen möchte.“ (H08)

„Ich wollte einfach in die Privatpraxis gehen, weil [...] mich die breit angelegte Allgemeinmedizin sehr interessiert hat. Aber auch, um die Zeit zur Verfügung zu stellen und dementsprechend das Geld für diese Zeit zu bekommen. [...] Wenn ich ein bisschen mehr Geld brauche, dann mache ich mehr Stunden, wenn ich ein bisschen weniger Geld brauche, dann mache ich mehr Wanderungen und weniger Stunden.“ (A01)

Zwei der Interviewpartner:innen berichteten, **keine Unterschiede während ihrer Vertretungstätigkeit in PVE erfahren** (n = 2) zu haben. Diese Erfahrungen waren somit nicht förderlich für die Entscheidung zur Tätigkeit in einer PVE (Burgmann et al., 2022a).

Die Hälfte der interviewten Allgemeinmediziner:innen gab an, über ein **individuelles Jobarrangement** (n = 6) zu verfügen, das perfekt auf ihr Berufs- und Privatleben abgestimmt sei. Aufgrund der hohen Zufriedenheit mit dieser Situation, wäre es schwer oder zu spät, sie davon zu überzeugen, ihre aktuell perfekte individuelle Lösung aufzugeben (Burgmann et al., 2022a).

„Dass ich eigentlich zwei Jobs habe, die mir gefallen und die mit der Familie vereinbar sind.“ (E05)

„[...] ich habe mir eigentlich ein Netzwerk aufgebaut. Und das, das passt einfach zu mir und wie ich die Medizin sehe. Und deswegen habe ich mich entschieden, diesen Weg zu gehen. [...]

Und wie ich meine Leute gerne behandelt haben möchte. [...] Ich kann mir nicht vorstellen, es jetzt anders zu machen.“ (J10)

4.5 Diskussion

Dies ist die erste Studie, die förderliche und hemmende Faktoren in Bezug auf die Attraktivität von PVE als Arbeitsplatz für Allgemeinmediziner:innen ohne Kassenvertrag entlang des Makro-, Meso-, Mikro- und Individualmodells untersucht. Die Rekrutierung dieser Population für die PVE ist eine Möglichkeit, dem Hausärztemangel in Österreich zu begegnen. Die Einstellung der Allgemeinmediziner:innen zu PVE ist zu wenig erforscht, um Ankerpunkte für PVE-Attraktivierungsmaßnahmen im Rahmen der Primärversorgungsreform zu identifizieren. Die identifizierten förderlichen und hemmenden Faktoren für den hausärztlichen Beruf per se und die Tätigkeit in der öffentlichen Primärversorgung finden sich in nationalen und internationalen Studien mit unterschiedlichen Zielgruppen wieder. (Barth et al., 2017, Campbell et al., 2015, El Koussa et al., 2016, Owen et al., 2019, Simon et al., 2018, van den Bussche et al., 2019, Avian et al., 2020, Borkan et al., 2010, Burgmann et al., 2022a)

Zu den förderlichen Faktoren für die hausärztliche Tätigkeit in PVE zählen die Erwartung an eine gute Work-Life-Balance sowie inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit im Team. Diese soll eine Aufgabenteilung und demnach eine Entlastung, Patientinnen-/Patientenzentriertheit und einen Fokus auf die ärztlichen Kernkompetenzen im Versorgungsalltag ermöglichen. Ebenfalls mit der Tätigkeit in PVE in Verbindung gebracht werden ein nutzbringender professioneller Austausch – inter- sowie intraprofessionell – sowie ein vielfältiger Aufgabenbereich. Hindernisse bezüglich der Tätigkeit in PVE betreffen die Rahmenbedingungen und Anforderungen rund um den PVE-Gründungsprozess sowie die Unternehmensführung. Unattraktive Vergütungsmechanismen, ein fehlender politischer Wille zur österreichweiten Etablierung von PVE sowie großer Widerstand innerhalb der eigenen Profession werden als innovationshemmend wahrgenommen. Eine hohe Arbeitsbelastung und kurze Konsultationszeiten pro Patient:in als Schlüsselprobleme für die generelle hausärztliche Tätigkeit werden auch auf PVE projiziert (Burgmann et al., 2022a).

Ausgewählte Faktoren gelten sowohl für die hausärztliche Tätigkeit in PVE wie auch für Einzel- und Gruppenpraxen. Dies rührt aus dem Einfluss von Systemstrukturen auf die Praxis. Um Ansatzpunkte für Reformmaßnahmen identifizieren zu können, fand die Strukturierung der hemmenden und förderlichen Faktoren entlang des Makro-, Meso-, Mikro- und Individualmodells Anwendung (Burgmann et al., 2022a).

Hausärztliche Tätigkeit in der öffentlichen Primärversorgung

Vor allem hemmende Faktoren wie ein hoher Workload und bürokratische Last (Barth et al., 2017, Campbell et al., 2015, El Koussa et al., 2016, Owen et al., 2019, Simon et al., 2018, van den Bussche et al., 2019), eine nicht hinreichend ausgeprägte und definierte Rolle der Primärversorgung und der Allgemeinmedizin im Gesundheitssystem (Avian et al., 2020, Borkan et al., 2010, Campbell et al., 2015) sowie inadäquate Honorierungsmechanismen (Campbell et al., 2015, Owen et al., 2019, Simon et al., 2018) wurden bereits in Studien bezüglich der Attraktivität des hausärztlichen Berufs per se beschrieben. In Kombination mit den hohen Anforderungen von Patientinnen/Patienten an Hausärztinnen/Hausärzte als Gesundheitsdienstleister:innen sowie durch gestiegene Bedarfe aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen (z.B. steigende Anzahl chronisch Erkrankter, Multimorbidität) (Campbell et al., 2015, Owen et al., 2019) resultiert daraus ein hoher Druck auf Hausärztinnen/-ärzte, wie bereits andernorts berichtet (Borkan et al., 2010, Freund et al., 2015, Owen et al., 2019, Burgmann et al., 2022a).

Essenziell für attraktive Rahmenbedingungen in der hausärztlichen Tätigkeit sind eine ausgeglichene Work-Life-Balance sowie Flexibilität und Autonomie bezüglich der Organisationsbedingungen – gemäß dieser Studie wie auch internationalen Erhebungen (Barth et al., 2017, Campbell et al., 2015, El Koussa et al., 2016, Friedberg et al., 2013, Le Floch et al., 2019, Simon et al., 2018, Sørensen et al., 2018). Eine langfristige und vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung sowie ein holistischer Versorgungsansatz korrespondieren mit anderorts dokumentierten Motivatoren. Zwar stimmen diese Motivatoren mit Ergebnissen anderer Studien überein, jedoch finden sie sich in der hausärztlichen Arbeitsrealität in aktuell dominierenden und im Mindset präsenten Versorgungsmodellen nur begrenzt wieder. Sie halten daher ausgebildete Allgemeinmediziner:innen von einer Entscheidung für die Tätigkeit in der öffentlichen Primärversorgung ab. (Avian et al., 2020, Barth et al., 2017, Campbell et al., 2015, El Koussa et al., 2016, Franczukowska et al., 2020, Le Floch et al., 2019, Owen et al., 2019, Simon et al., 2018, Burgmann et al., 2022a)

Hausärztliche Tätigkeit in PVE

Die positiven Erwartungen an eine hausärztliche Tätigkeit in PVE in Österreich wurden von Franczukowska et al. (2020) durch Interviews mit PVE-Ärztinnen/Ärzten bestätigt. Dazu zählen die Flexibilität bezüglich der Arbeitszeiten und -stunden pro Woche, eine gute Work-Life-Balance sowie ein vielfältiges Arbeitsspektrum. Auch die Erwartungen an einen reduzierten bürokratischen Aufwand, Vorteile für und Wertschätzung durch Patientinnen/Patienten, holistische und kontinuierliche Versorgung sowie eine höhere Behandlungsqualität fanden Evidenz (Franczukowska et al., 2020, Burgmann et al., 2022a).

Simon et al. (2018) bestätigen, was auch die Interviewpartner:innen angenommen haben, nämlich dass ein gut funktionierendes Team unterstützend im Versorgungsalltag von Hausärztinnen/-ärzten wirken kann, was wiederum in höherer Arbeitszufriedenheit resultiert. Verfügt die PVE über eine adäquate personelle und infrastrukturelle Ausstattung, kann so die hohe Arbeitslast reduziert werden (Barth et al., 2017, Campbell et al., 2015, El Koussa et al., 2016, Owen et al., 2019, Simon et al., 2018). Dadurch wird die von den Interviewpartnerinnen und -partnern gewünschte ausgiebigere Zeit für die individuelle Patientenbetreuung (Borkan et al., 2010, El Koussa et al., 2016, Le Floch et al., 2019, Owen et al., 2019), orientiert an einem holistischen Versorgungsansatz, frei (Campbell et al., 2015, Le Floch et al., 2019, Owen et al., 2019). Zudem wird es durch die inter- sowie intraprofessionelle Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen PVE-Team ermöglicht, den Austausch von Informationen in den Arbeitsalltag zu integrieren. Dies bringt sowohl für die Patientenversorgung als auch für die ärztliche Tätigkeit einen Mehrwert. Beide Faktoren wurden von den Studienteilnehmerinnen/-teilnehmern als förderlich für die Tätigkeit in PVE bewertet und finden sich in internationalen Studien als Schlüsselfaktoren für Arbeitszufriedenheit wieder (Le Floch et al., 2019, Owen et al., 2019, Sørensen et al., 2018). Sie werden auch von Franczukowska et al. (2020) als attraktive Rahmenbedingungen in PVE bestätigt. Für die Interviewpartner:innen waren diese Motivatoren jedoch unbestätigte Erwartungen, da zum Erhebungszeitpunkt der Studie noch wenige PVE in Österreich und unzureichende Informationen zu diesem neuen Versorgungsmodell bestanden. Daraus ist abzuleiten, dass ihre Vorstellungen allein zu vage Argumente sind, um für einen Jobwechsel in eine PVE entscheidend ins Gewicht zu fallen (Burgmann et al., 2022a).

Im Widerspruch mit den wünschenswerten teambasierten Arbeitsbedingungen stehen die persönliche Flexibilität und die Selbstbestimmtheit der Allgemeinmediziner:innen ohne Kassenvertrag, die für ausgewählte Interviewpartner:innen eine hohe Priorität einzunehmen scheinen. Flachhierarchische Kooperationsstrukturen und interprofessioneller Austausch im Team stellen Kernelemente des Versorgungskonzepts PHC dar. Zudem ist das Leistungsspektrum definiert, das durch die Sozialversicherung finanziert wird. Das Mindset zum Verbleib der Entscheidungshoheit bei der Hausärztin / dem Hausarzt sowie eine Versorgung nach den eigenen Vorstellungen stehen demnach in Kontrast zu den Rahmenbedingungen der hausärztlichen Tätigkeit in PVE (Franczukowska et al., 2020, Burgmann et al., 2022a).

Barrieren bezüglich der Tätigkeit in PVE, ob als Erfahrung oder Erwartung genannt, sind deutlich konkreter für Allgemeinmediziner:innen ohne Kassenvertrag. Gemäß Franczukowska et al. (2020) sind die erwarteten Herausforderungen Realität. Korrespondierend mit Franczukowskas Studien-

ergebnissen weist auch die vorliegende Studie darauf hin, dass als starr und unflexibel wahrgenommene Strukturen im System, zusätzliche Risiken (finanziell, ökonomisch etc.) und Unsicherheiten bezüglich der Gründung und des Betriebs einer PVE relevante Belastungen für PVE-Hausärztinnen/-ärzte bedeuten. Zudem sind erforderliche Managementkompetenzen für die PVE-Gründung und das Führen der Organisation rar unter Allgemeinmedizinerinnen/-medizinern (Avian et al., 2020, Espinosa-González and Normand, 2019, Le Floch et al., 2019). Die genannten hemmenden Faktoren stellen gemeinsam mit den unattraktiven Rahmenbedingungen der hausärztlichen Tätigkeit in der öffentlichen Primärversorgung für Allgemeinmediziner:innen ohne Kasernenvertrag unüberwindbare Barrieren für die Gründung von PVE und die Tätigkeit dort dar.

Wesentliche Kompetenzen bereits im Medizinstudium und in der Ausbildung zum:zur Allgemeinmediziner:in zu vermitteln scheint essenziell, um eine ausreichende Anzahl von Absolventinnen/Absolventen für PVE zu mobilisieren. Unter Bezugnahme auf die einschlägigen Erfahrungen im National Health System (NHS) Englands und in Portugal könnten Leadershiptrainings als Modell dienen, um Führungsentwicklungsprogramme für ausgebildete Allgemeinmediziner:innen anzubieten, die eine PVE als Arbeitsplatz in Erwägung ziehen (Leadership Academy, 2019). In zusätzlichen Capacity-Building-Maßnahmen wie speziellen Onboardingprogrammen für PVE könnten potenziellen PVE-Ärztinnen/-Ärzten essenzielle Skills zu Resilienz, Teamführung, Motivation und produktiver Teamarbeit vermittelt werden (Leadership Academy, 2019, El Koussa et al., 2016, Velez Lapão and Dussault, 2011). Dies trüge wiederum dazu bei, die Erwartungen an hochqualitative Arbeit sowie funktionierende Organisationsstrukturen und Arbeitsprozesse zu realisieren. Unterstützungsleistungen wie Förderungen und Beratungsangebote zu Aspekten der Betriebswirtschaft, der Unternehmensführung und PV(E)-spezifischer Regulatorien könnten Risiken und Belastungen im Gründungsprozess reduzieren und die PVE-Etablierung vereinfachen. Diese Entlastungsmaßnahmen sollen verhindern, dass die Kernaspekte der hausärztlichen Tätigkeit (z.B. langfristige Arzt-Patienten-Beziehung), welche essenziell für die Verbundenheit mit dem Beruf sind, durch zusätzliche Anforderungen an Gründer:innen überlagert werden. Um PVE nachhaltig etablieren zu können, ist es daher wesentlich, die Freude der Allgemeinmediziner:innen am hausärztlichen Beruf zu erhalten (Pedersen et al., 2021). Angebote wie Beratungsleistungen der Ärztekammer Wien (ÄK Wien, 2022), die Gründungsinitiative des Bundesministeriums für Soziales, Pflege, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMSGPK), welche im Rahmen eines 2022 abgeschlossenen Projekts angeboten wurde (BMSGPK, 2022), sowie das Projekt zur „Attraktivierung und Förderung der Primärversorgung“ (GÖG, 2022b) können hierzu als entsprechende Maßnahmen genannt werden (Burgmann et al., 2022a).

Innovation und Primärversorgungsreform

Da primär Allgemeinmediziner:innen die neuen Strukturen und Prozesse der Primärversorgungsreform in die Praxis umsetzen, ist es gemäß Espinosa-González and Normand (2019) essenziell, diese als Stakeholder:innen am Reformprozess zu beteiligen. Die von den Interviewpartnerinnen/partnern wahrgenommene politische Abhängigkeit und die von ihnen beschriebenen starren Strukturen zeigen hierfür einen deutlichen Bedarf auf. Eine aktive Partizipation beispielsweise durch regionale Community-Boards oder alternative Formate hat einerseits das Potenzial, dieser Berufsgruppe gegenüber Vertrauen und Wertschätzung zu vermitteln (Espinosa-González and Normand, 2019). Andererseits fördert das aktive Involvieren der Allgemeinmediziner:innen in den Reformprozess ein gemeinsames Verständnis für Reformziele sowie deren Relevanz und demnach auch ihre Umsetzung (Atun et al., 2006). Parallel könnten diese Beteiligungsmechanismen die Bekanntheit multiprofessioneller PVE steigern und die Rolle der darin tätigen Hausärztinnen/-ärzte akzentuieren. Sie würden zudem das Bewusstsein der Bevölkerung (Espinosa-González and Normand, 2019, Sørensen et al., 2018) für die Rolle von PVE und Hausärztinnen/-ärzten generell steigern. Patientensteuerungsmechanismen (z. B. Gatekeeping) könnten eine Schlüsselmaßnahme sein, um PVE und Hausärztinnen/-ärzte als zentrale Anlaufstelle für gesundheitliche Bedarfe und kontinuierliche Versorgung zu etablieren (Espinosa-González and Normand, 2019), wie von der Zielsteuerung-Gesundheit definiert (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, Burgmann et al., 2022a).

Die Kritiken der Interviewpartner:innen legen nahe, dass die additiven Unsicherheiten bezüglich der PVE-Gründung und der langfristigen Etablierung von PVE sowie mangelndes politisches Commitment Innovation im Primärversorgungssystem hemmen. Die unflexiblen und die Rolle der Primärversorgung fehlleitend beeinflussenden ausgeprägten Strukturen des Gesundheitssystems sollten Initiativen fördern, anstatt diese zu hemmen. Policy-Studien identifizierten in Reformprozessen ähnliche Faktoren (Borkan et al., 2010, Campbell et al., 2015, Espinosa-González and Normand, 2019, Le Floch et al., 2019, Mulvale et al., 2016, Smith et al., 2019). Im österreichischen Primärversorgungskontext beschrieb bereits Janus (2014) in ihrem Gutachten ungleich verteiltes Wissen, intransparente Handlungen und immanenten Opportunismus in der Beziehungstrias Sozialversicherung, Ärztin/Arzt und Patient:in, die im Wechselspiel zueinander stehen, als demotivierend für Allgemeinmediziner:innen und als inhibierend für einen konstruktiven Veränderungsprozess (Janus, 2014, Burgmann et al., 2022a).

Während der Zuordnung der Faktoren zu den Ebenen wurde deutlich, dass die Faktoren vielfach Interdependenzen zueinander aufweisen. Die Incentivierung hoher Patientenfrequenzen im Versorgungsalltag (Mikroebene) durch die Einzelleistungshonorierung als Faktor der Makro- bzw.

Systemebene ist ein Beispiel, an dem die Zusammenhänge deutlich werden. Dementsprechend ist davon auszugehen, dass Maßnahmen auf der Systemebene die Last der Allgemeinmediziner:innen während des Gründungsprozesses sowie im Arbeitsalltag wesentlich reduzieren könnten (Currie et al., 2012, Mugambwa et al., 2018, Sørensen et al., 2018). Ein systemischer Ansatz („systems thinking“) bei der Planung und Umsetzung weiterer Schritte der Primärversorgungsreform könnte ein wertvolles Instrument sein, um den dynamischen Wechselbeziehungen zwischen Akteurinnen/Akteuren und Systemfaktoren gerecht zu werden (Espinosa-González et al., 2019, Burgmann et al., 2022a).

Dies hebt die Notwendigkeit transparenter Kommunikation zu Reformmaßnahmen und -zielen hervor, um im Veränderungsprozess aufseiten der Allgemeinmediziner:innen Vertrauen zu schaffen. Die Interviewpartner:innen unterstrichen die Notwendigkeit transparenter und proaktiver Kommunikation zur Reform, um Klarheit und Sicherheit für den PVE-Gründungsweg zu schaffen (Valaitis et al., 2018, Burgmann et al., 2022a).

Die genannte Evidenz belegt die Notwendigkeit von Maßnahmen, um innovationshemmende Kritiken zu entkräften und Sorgen von Allgemeinmedizinerinnen/-medizinerinnen zu begegnen. Zielgerichtete Informationen zu Reformmaßnahmen und eine klare Kommunikation zur Vision und zu den Zielen der Reform könnten Unsicherheiten und schlechte öffentliche Wahrnehmung aufgrund von Fehlinformationen reduzieren (Hudson et al., 2019) und das Interesse an einer Tätigkeit in PVE steigern. Die zu erwartenden Vorteile könnten durch Studien wie jene von Franczukowska et al. (2020) erhoben werden, um Evidenz pro PVE zu liefern und Verständnis für diese zu schaffen. Klare politische Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, wie beispielsweise in der Primärversorgungsstrategie von Neuseeland formuliert, vermitteln Sicherheit und gewährleisten Beteiligung der involvierten Stakeholder an der Umsetzung (Atun et al., 2006, Barnett et al., 2011, Burgmann et al., 2022a).

Erfahrungsberichte von „Pionierinnen/Pionieren“, wie die PVE-Gründer:innen von den Interviewpartnerinnen/-partnern bezeichnet wurden, können Allgemeinmedizinerinnen/-medizinerinnen ohne Kassenvertrag die Vorteile der Tätigkeit in PVE begreifbar machen. Entsprechende Maßnahmen könnten in der nationalen Kommunikationsstrategie zur Primärversorgungsreform eine wesentliche Rolle spielen. Passionierte PVE-Gründer:innen, von Barnett et al. (2011) als „Champions“ beschrieben, nehmen eine wesentliche Rolle als Advokatinnen und Advokaten sowie Vorbilder ein. Sie können „bottom-up“ einen öffentlichen Diskurs zu zentralen Themen bezüglich der Etablierung von PVE im Reformprozess initiieren. Maßnahmen zur Unterstützung von Wissenstransfer von erfahrenen Gründerinnen und Gründern zu interessierten Allgemeinmedizinerinnen und -medizinerinnen ermöglichen eine nachhaltige Veränderung und wirken fördernd für die Umsetzung sowie

Verbreitung von Innovationen im Gesundheitswesen (Barnett et al., 2011). Widerstände und Hindernisse, die aus „Angst vor dem Ungewissen“ entstehen, könnten so minimiert werden (Atun et al., 2006).

Die laute Kritik an der derzeitigen Honorierung in der öffentlichen Primärversorgung, die Frequenzmedizin fördere, jedoch hinderlich für teambasierte und holistische Versorgung sei, sollte durch aktive Information zu neuen Honorierungsmodellen für PVE entkräftet werden. Um Transparenz bezüglich der Honorierung und Finanzierungssicherheit zu gewährleisten, sollte der Abschluss regionaler Honorarvereinbarungen in allen Bundesländern unter Berücksichtigung teambasierter Versorgung angestrebt werden. Internationale Studien bestätigen, dass ein verstehbares Honorierungsmodell, das dem Workload und der Funktion der Primärversorgung angemessen ist (Crampton et al., 2005, Le Floch et al., 2019, Simon et al., 2018) die Attraktivität des Tätigkeitsfelds der PVE steigern kann. Eine Orientierung an den Funktionen und Kompetenzen der Leistungserbringer:innen anstatt an deren Profession incentiviert zudem teambasierte Versorgung. (Crampton et al., 2005, Freund et al., 2015, Burgmann et al., 2022a)

Die Veränderung hin zu teambasierter interprofessioneller Versorgung erfordert eine neue Aufgabenteilung zwischen den Hausärztinnen/-ärzten und weiteren Angehörigen von Gesundheits- und Sozialprofessionen in der Primärversorgung. Diese neue Konstellation sowie die Professionalisierung bewirken eine Emanzipation „nichtärztlicher“ Professionen und einen Hierarchieabbau (Hämel and Vössing, 2017) (Freund et al., 2015) gegenüber Hausärztinnen/-ärzten. Dies könnte als Bedrohung für den inter- und intraprofessionellen Status von Hausärztinnen/-ärzten wahrgenommen werden (Hämel and Vössing, 2017). Wie international im Rahmen von Profilalterationen unterschiedlicher Professionen beobachtet, kann durch diesen Veränderungsprozess Widerstand innerhalb der Ärzteschaft entstehen (Barnett et al., 2011, Currie et al., 2012, Smith et al., 2019, Sørensen et al., 2018, Velez Lapão and Dussault, 2011), den die Interviewpartner:innen als in Österreich existierend beschrieben. Es ist daher für eine erfolgreiche Primärversorgungsreform wesentlich, die Beziehungen zwischen den Angehörigen der beteiligten Professionen des PVE-Teams zu regeln und deren Rollen, Funktionen und Verantwortlichkeiten zu definieren. Bewusstsein für die Vorteile teambasierter Primärversorgung für die Patientinnen/Patienten und die Professionen selbst sowie gemeinsame Werte und eine Vision zur Rolle der Primärversorgung zu schaffen ist ein wesentliches Fundament für die Etablierung multiprofessioneller PVE (Ferlie et al., 2005, Freund et al., 2015, Hämel and Vössing, 2017, Sørensen et al., 2018, Burgmann et al., 2022a). Caldwell and Mays (2012) bekräftigen die Ergebnisse dieser Studie mit der Feststellung, dass die Wahrscheinlichkeit des Erfolgs am größten sei, wenn alle beteiligten Parteien mit einem gemeinsamen Verständnis von Zweck und Zielen in eine Richtung arbeiten.

Die Erfahrungen zur Etablierung eines Programms für Familienmedizin in der Türkei zeigten, dass die Erweiterung der im Rahmen der Facharztausbildung für Allgemeinmedizin erworbenen Kompetenzen und die Steigerung der Ausbildungsqualität die Wahl des Faches positiv beeinflussen können. Kompetenzerweiterung und Qualität tragen zudem zur öffentlichen Anerkennung der Allgemeinmedizin als wissenschaftliche Disziplin bei und steigern den beruflichen Status innerhalb der Berufsgruppe sowie allgemein in der Bevölkerung gemäß Espinosa-González and Normand (2019). Als langfristige Perspektive kann für Österreich abgeleitet werden, dass die Anpassung der Ausbildung für die Allgemeinmedizin an die veränderten Anforderungen in der Primärversorgung Medizinstudierende frühzeitig für die Tätigkeit als Hausärztin/-arzt – vor allem in multiprofessionellen Teams wie PVE – vorbereiten und motivieren könnte, bevor sie einen alternativen Karriereweg wählen. Kumuliert sollen diese Faktoren die Besetzung von Kassenstellen für Allgemeinmedizin vor allem in PVE und dementsprechend die Primärversorgung in Österreich nachhaltig sicherstellen (Burgmann et al., 2022a).

4.5.1 Stärken und Limitationen

Eine Limitation dieser Studie besteht in der eingeschränkten Übertragbarkeit des Studienkonzepts auf andere Gesundheitssysteme aufgrund der für Österreich spezifischen Fragestellung und Stichprobe. Da hingegen Parallelen zu internationalen Studienergebnissen festgestellt wurden, könnten die identifizierten hemmenden und förderlichen Faktoren auch für andere Gesundheitssysteme relevant sein. Die Samplingmethode führte zu einer kleinen und selektiven, jedoch in den Charakteristika vielseitigen Stichprobe aus der Studienpopulation. Eine Stärke der Studie ist demnach, dass Allgemeinmediziner:innen aus unterschiedlichen Bundesländern und in verschiedenen Settings befragt wurden. Dies ermöglichte eine tiefgehende Analyse der Einstellungen der Allgemeinmediziner:innen ohne Kassenvertrag und die Exploration möglichst vieler Einflussfaktoren für die Tätigkeit in PVE. Trotz der geringen Interviewzahl konnten keine weiteren Faktoren aus den letzten Interviews gezogen werden. Da die Ausbildung zum:zur Allgemeinmediziner:in zur Approbation zur selbstständigen Berufsausübung in Österreich führt, kann angenommen werden, dass Allgemeinmediziner:innen ohne Kassenvertrag bereits während ihrer Ausbildung alternative Karrierewege gegenüber jenem zur Hausärztin / zum Hausarzt anstrebten. PVE bieten jedoch ein neues Tätigkeitsfeld mit zu erwartenden attraktiveren Arbeitsbedingungen im Vergleich zu Einzel- und Gruppenpraxen und demnach eine neue Karriereoption. Dies steht nicht in Konflikt mit der gewählten Zielgruppe. Da Fragen zur Rekrutierung von Allgemeinmedizinerinnen/-medizinern aus Tätigkeitsfeldern abseits des hausärztlichen Berufs (z. B. Vertretungstätigkeit, Privatpraxen) bisher überraschend wenig Aufmerksamkeit in Studien erhielten, sollen die Ergebnisse dieser Erhe-

bung relevante Faktoren für die allgemeinmedizinische Personaleinsatzplanung in der Primärversorgung liefern. Da auch in anderen Ländern die privatmedizinische Versorgung an Bedeutung gewinnt, kann diese Studie als Ideengeberin für weitere Forschung national und international fungieren (Burgmann et al., 2022a).

Das qualitative Design ermöglichte Offenheit gegenüber unerforschten Faktoren in der heterogenen Population der Allgemeinmediziner:innen ohne Kassenvertrag. Semistrukturierte Interviews mit einem problemzentrierten Ansatz ermöglichten Flexibilität bei der Untersuchung der Einstellungen der Studienteilnehmer:innen. Reflexives Fragen während der problemzentrierten Interviews intensiviert das Verständnis der Interviewpartner:innen für Vorstellungen und Bedeutungen, die sie Sachverhalten beimaßen (*Sinnhaftigkeit*).

Der methodische Prozess der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring gewährleistet eine hohe Transparenz und Zuverlässigkeit für andere Forscher:innen. Dem Kritikpunkt bezüglich der quantitativen Forschung, aufgrund nichtmessbarer Größen nur eingeschränkte Aussagen treffen zu können, wird durch die Herangehensweise nach Mayring anhand der Häufigkeitsangabe begegnet (Burgmann et al., 2022a).

Da PVE ein neues Versorgungsmodell in Österreich darstellen, sind das Wissen und die Erfahrung in Bezug auf PVE limitiert. Dies könnte eine Einschränkung der identifizierten Ergebnisse darstellen, da ausgewählte Faktoren Annahmen oder Erwartungen hinsichtlich PVE sind und nicht notwendigerweise der Realität entsprechen. Förderliche und hemmende Faktoren können jedoch auch aus Vorurteilen und Fehlinformationen entstehen und müssen demnach nicht objektiven Fakten entsprechen. Dieser Umstand rechtfertigt ihre Darlegung in den Studienergebnissen (Burgmann et al., 2022a).

Im Zuge der Analyse stellte sich heraus, dass ausgewählte Interviewpartner:innen durch Auslandsaufenthalte (Famulatur im Medizinstudium, klinisch-praktisches Jahr, Lehrpraxis) im Zuge ihres Studiums Primärversorgungssysteme anderer Länder kennengelernt hatten. Dies könnte eine kritischere Sichtweise auf das österreichische Primärversorgungssystem hervorrufen und sowohl als Motivator zur Veränderung wirken als auch Frustration bei langsamem Voranschreiten der Reform hervorrufen. Da Auslandsaufenthalte weder im Fragebogen noch in den Interviews erhoben wurden, kann hierzu keine weitere valide Aussage getroffen werden.

Im Vergleich zu früheren Studien, die hemmende und förderliche Faktoren sowie Motivatoren bezüglich der hausärztlichen Tätigkeit explorierten, bietet diese Studie auf innovative Weise eine breitere Perspektive, indem sie ein Mehrebenenmodell mit Ansätzen zur Umsetzung von Innovationen und politischen Reformen kombiniert (Burgmann et al., 2022a).

4.5.2 Fazit

Insgesamt finden sich die bei der Analyse der Interviews mit den Allgemeinmedizinerinnen/-medizinerin identifizierten hemmenden und förderlichen Faktoren in Aspekten wieder, die in anderen Studien für Studierende, Auszubildende und Hausärztinnen/-ärzte bezüglich der hausärztlichen Tätigkeit als relevant erachtet wurden. Die PVE-spezifischen Faktoren entsprechen zu einem großen Teil den von PVE-Hausärztinnen/-ärzten berichteten Rahmenbedingungen. Grundsätzlich könnten PVE die Erwartungen von Allgemeinmedizinerinnen/-medizinern ohne Kassenvertrag betreffend die förderlichen Faktoren für eine hausärztliche Tätigkeit in der öffentlichen Primärversorgung erfüllen. Wahrgenommene hemmende Faktoren bezüglich der hausärztlichen Tätigkeit generell werden jedoch auch auf PVE projiziert. Zudem bringen PVE zusätzliche Unsicherheiten aufgrund der Neuheit dieses Versorgungsmodells und dessen eingeschränkter Etablierung. Spezifische Anforderungen im Rahmen der Gründung und des Betriebs von PVE sowie fehlende unternehmerische Fähigkeiten stellen additive Belastungen dar und wirken als Barrieren, um PVE als Arbeitsplatz in Betracht zu ziehen (Burgmann et al., 2022a).

Um ausgebildete Allgemeinmediziner:innen für PVE zu mobilisieren, ist ein multidimensionaler Ansatz notwendig. Unterstützungsmaßnahmen wie Förderungen, Beratungsleistungen und Trainings zu Unternehmensführung, Management, Leadership und teambasierter Versorgung könnten dabei helfen, Risiken und erschwerende Anforderungen bezüglich der Gründung und des Betriebs einer PVE zu reduzieren. Barrieren auf dem Weg in die öffentliche Primärversorgung sind durch die Etablierung attraktiver Honorierungsmodelle, die an Teamarbeit und einem holistischen Versorgungsansatz orientiert sind, sowie Patientensteuerungsmechanismen abzubauen. Zudem sollten bereits bestehende attraktive Rahmenbedingungen in PVE aktiv beworben werden. Öffentliches bekanntes Commitment der relevanten Stakeholder:innen zu einer gemeinsamen Primärversorgungsstrategie sowie eine konsistente Kommunikation zu Maßnahmen, Zielen und Vision der Reform würde deren Umsetzung unterstützen. Die genannten Maßnahmen stellen essenzielle Eckpfeiler des Reformprozesses dar, um Allgemeinmediziner:innen ohne Kassenvertrag für die Gründung von PVE und die Tätigkeit dort zu motivieren. So kann eine suffiziente personelle Ressource fähiger Allgemeinmediziner:innen für ein nachhaltig funktionierendes Primärversorgungssystem mobilisiert werden (Burgmann et al., 2022a).

5 Fazit der Dissertation

Die Ergebnisse dieser Arbeit liefern sowohl für Stakeholder:innen als auch Professionistinnen und Professionisten aus der Praxis – vor allem für Allgemeinmediziner:innen als PVE-Gründer:innen – anwendungsorientierte Tools und Empfehlungen für die Etablierung teambasierter und multiprofessioneller Primärversorgungseinheiten in Österreich.

Forschungsfrage 1: Welche Instrumente werden für die Gründung von PVE benötigt, um die Vorgaben auf Basis österreichischer Regulatorien, Gesetze und Konzepte zu PVE zu erfüllen?

Für Gründer:innen von PVE wurden anwendungsorientierte Tools entwickelt, die sicherstellen, dass im Etablierungsprozess sowohl nationale regulatorische Anforderungen als auch Best-Practice-Kriterien adressiert werden. Dazu zählen:

- ein Kriterienkatalog für Versorgungskonzepte, der sowohl als Checkliste für die Erstellung von Versorgungskonzepten als auch als Beurteilungsschema finaler Versorgungskonzepte herangezogen werden kann
- eine Vorlage für ein Versorgungskonzept, das gemäß Primärversorgungsgesetz für die Gründung einer PVE zu erstellen ist
- eine interaktive Readiness-Checkliste über organisationale Funktionalitäten von PVE, um deren Erfüllungsgrad des verbindlich zu erbringenden Leistungsumfangs und der organisatorischen Anforderungen in automatisiert entstehenden Netzdiagrammen darzustellen

Forschungsfrage 2: Wie beurteilen Stakeholder:innen und Betroffene der Primärversorgungsreform Ziele zur Weiterentwicklung der Primärversorgung hinsichtlich Relevanz und Umsetzbarkeit?

Zu priorisierende Ziele, die gemäß der Beurteilung von Stakeholderinnen und Stakeholdern sowie von der Primärversorgungsreform Betroffener besonders relevant und umsetzbar sind, umfassen ein mindestens vierwöchiges Pflichtpraktikum Allgemeinmedizin im klinisch-praktischen Jahr, mindestens zwölf Monate Lehrpraxis in der Primärversorgung im Rahmen der Ausbildung zum:zur Allgemeinmediziner:in und die Einrichtung von Instituten für Allgemeinmedizin an allen öffentlichen Universitäten bzw. Fakultäten in Österreich mit entsprechender personeller Ausstattung.

Ebenfalls sehr relevant, jedoch einen intensiveren Aufwand bedeutend, sind die transparente Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität, die Einführung eines attraktiven Honorierungssystems

und die verstärkte Tätigkeit von Pflegeexpertinnen/-experten – z. B. ANP – in der österreichischen Primärversorgung.

Forschungsfrage 3: Welche Faktoren beeinflussen aus der Perspektive von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern ohne Kassenvertrag die Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit in PVE?

Um Allgemeinmediziner:innen – vor allem jene, welche die Ressource an nicht in der öffentlichen Primärversorgung Tätigen bilden – für die Tätigkeit in PVE zu motivieren, bedarf es eines multidimensionalen Ansatzes. Wesentliche Barrieren auf der Systemebene sind zu adressieren wie etwa ein unattraktives Honorierungssystem, eine fehlende klare Reformstrategie, eine undefinierte Rolle der Primärversorgung im Gesundheitssystem sowie insuffiziente Informationen zu PVE. Ein Weg dorthin ist etwa die aktive Information zu PVE als neues Versorgungsmodell, insbesondere die Bewerbung der attraktiven Arbeitsbedingungen von PVE. Auch bekannte Motivatoren für die hausärztliche Tätigkeit wie die starke Arzt-Patient-Beziehung sind zu bestärken, und der Umgang mit den steigenden Anforderungen von Patientinnen und Patienten sollte geklärt werden. Steuerungsmechanismen wie Gatekeeping und ein Honorierungsmodell, orientiert an Gesundheit und teambasierter Versorgung, können die Arbeitsbedingungen in der Versorgungspraxis optimieren und attraktivieren. Interprofessionelle Zusammenarbeit und gut strukturierte Behandlungsprozesse in PVE werden als wesentliche und attraktive Schlüssel zur Entlastung gesehen. Klarheit zu und Anerkennung der Kompetenzen und Rollen der vertretenen Berufsgruppen ist dafür Voraussetzung. Die junge Generation von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern verschiebt Prioritäten von der beruflichen Tätigkeit hin zu einer ausgeglichenen Work-Life-Balance und flexibler Arbeitszeit. Um die Veränderungen in der Versorgungspraxis im Sinne eines Kulturwandels zu unterstützen und Sorgen sowie Risiken bezüglich der Gründung und Führung einer PVE zu reduzieren, sind Beratungsleistungen, Fort- und Weiterbildungsprogramme zu Entrepreneur- und Leadership sowie finanzielle Unterstützung vonnöten.

Um die attraktiven Arbeitsbedingungen der PVE zur Realität zu machen, bedarf es des Engagements aller beteiligten Stakeholder:innen, um hinderliche Strukturen oder Regulatorien auf der Systemebene zu verändern. Flankierende proaktiven Kommunikationsmaßnahmen würden veränderte Rahmenbedingungen für die Praxis übersetzen. Ein moderierter Diskurs zwischen den Akteurinnen und Akteuren auf der Makro-, Meso- und Mikroebene könnte Wissen transferieren, Verständnis schaffen und so den Veränderungsprozess unterstützend begleiten.

5.1 Implikationen

Aus den Erkenntnissen dieser Dissertation ergeben sich folgende Implikationen für die Primärversorgungsreform:

1. Maßnahmen des Capacity-Buildings sind essenziell, um die Workforce für die Anforderungen einer teambasierten Primärversorgung in PVE vorzubereiten. Hier inbegriffen ist zum einen der Austausch innerhalb der Community, um starke und nachhaltige Netzwerke zu bilden, die sich gegenseitig unterstützen. Zum anderen betrifft Capacity-Building vor allem die Ausbildung in der Primärversorgungspraxis für alle Gesundheits- und Sozialberufe, um die Tätigkeit im neuen Setting frühzeitig kennenzulernen. Eine adäquate und umfassende Ausbildung in der Primärversorgungspraxis ist für Medizinstudierende als Kernelement des klinisch-praktischen Jahres und für Ärztinnen/Ärzte in der Ausbildung zum:zur Allgemeinmediziner:in zu etablieren. Medizinstudierende müssen frühzeitig für die Tätigkeit in PVE gewonnen und angemessen auf die dortige Arbeit vorbereitet werden, bevor sie einen alternativen Karriereweg einschlagen und den Anschluss zur Primärversorgung verlieren.
2. Die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses zum Versorgungskonzept Primary Health Care unter den Angehörigen aller Gesundheits- und Sozialberufe in PVE ist erforderlich, um das Potenzial der Primärversorgung entlang des Konzepts in der Praxis zum Vorteil der Patientinnen/Patienten, Praktiker:innen und des Systems auszuschöpfen. Kompetenzen zu Public Health können hierbei unterstützend sein. Für die Erweiterung der Kompetenzen in Betreff der interprofessionellen Tätigkeit im Team, einer an Gesundheit orientierten Versorgung und eines holistischen Ansatzes sowie der langfristigen Betreuung und der Koordination des Versorgungsprozesses für alle Gesundheits- und Sozialberufe können Tools zur Gründung von PVE herangezogen werden. Fachliche Begleitung im Rahmen des Innovationsprozesses, Fort- und Weiterbildungen sowie öffentlicher Diskurs können diesen Kulturwandel fördern.
3. Um teambasierte Primärversorgung zu realisieren, bedarf es klarer Kompetenzen, Rollen und Aufgaben der unterschiedlichen Gesundheits- und Sozialberufe in PVE. Diese sind klar zu kommunizieren, und ihr Mehrwert sowie Best-Practice-Beispiele sind aufzuzeigen, um Barrieren in der Umsetzung zu reduzieren und Akzeptanz zu unterstützen.
4. Auch der personelle und infrastrukturelle Ausbau universitärer Institute für Allgemeinmedizin in Österreich würde die Forschung zu Allgemeinmedizin und Primärversorgung sowie die Rolle der Allgemeinmedizin im Studium stärken. Diese Maßnahme kann das Ansehen

- der Allgemeinmedizin heben, die Rolle der Primärversorgung weiterentwickeln und zu allgemeinmedizinischem Capacity-Building beitragen.
5. Mit einer Informationskampagne könnten Allgemeinmediziner:innen und Vertreter:innen weiterer Gesundheits- und Sozialberufe zielgerichtet über PVE allgemein sowie die attraktiven Arbeitsbedingungen dort (z. B. Teamarbeit) informiert werden, um ihr Interesse zu wecken. PVE-Pionierinnen und -Pioniere sollten in ihrer Rolle als Advokatinnen und Advokaten in der Community bestärkt werden. Maßnahmen zur Vernetzung und zum Wissenstransfer würden den Erfahrungsaustausch zwischen Pionierinnen/Pionieren und Interessierten ermöglichen. So könnten Fehlinformationen vermieden und Barrieren für Neugründungen durch Allgemeinmediziner:innen bzw. für berufliche Neueinstiege weiterer Angehöriger der Gesundheits- und Sozialberufe in PVE reduziert werden.
 6. PVE-Gründer:innen sind als „Early Adopters“ besonders belastet. Beratungsmaßnahmen können sie unterstützen, und die öffentliche Wertschätzung von Erfolgen kann sie motivieren. Ein adäquates Maß an Autonomie und Flexibilität, vor allem eine Balance zwischen Regulatorien und flexibler Umsetzung der neuen Strukturen in der Region ist zu erhalten, um Überlastung zu verhindern, ihre Verbundenheit mit dem Beruf zu stärken und ein attraktives Arbeitsfeld für Neugründer:innen zu schaffen. Unterstützungsstrukturen, die Allgemeinmediziner:innen mit grundlegenden Fähigkeiten (z. B. Fortbildungen zu Leadership nach dem Vorbild des National Health Service in England und zu teambasierter Versorgung) und Kompetenzen zur Unternehmensführung (z. B. Budgetierung, Arbeitsrecht) ausstatten, könnten die Risiken und die Belastung im Rahmen der Gründung einer PVE verringern.
 7. Es ist notwendig, Maßnahmen zum Abbau von Systembarrieren zu setzen, die hauptsächlich für die mangelnde Attraktivität von PVE und deren herausfordernde Implementierung verantwortlich sind. Eine klare Definition der Rolle der Primärversorgung im Allgemeinen und der Hausärztinnen/-ärzte im Besonderen könnte ihren Stellenwert im Gesundheitssystem steigern. Die Einnahme ihrer zentralen Funktion als erster Ansprechstelle für gesundheitliche Bedarfe würde damit assoziierte Motivatoren wie etwa Vorteile für die Patientinnen/Patienten und die Kontinuität der Beziehung zwischen Patient:in und Ärztin/Arzt weiter stärken. Damit PVE, wie auch allgemeinmedizinische Einzel- und Gruppenpraxen als weitere Organisationsformen in der Primärversorgung, diese zentrale Funktion erfüllen können, ist jedoch die Implementierung von Systemstrukturen wie Gatekeeping und einem Einschreibemodell für Patientinnen/Patienten erforderlich. Auch der Aspekt der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, sich im Gesundheitssystem zurecht zu finden, sollte dabei berücksichtigt werden.

8. Ein modernisiertes Vergütungssystem, das einer multiprofessionellen Teamarbeit und den steigenden Anforderungen der Bevölkerung Rechnung trägt, könnte einerseits eine teambasierte, holistische und patientenorientierte Versorgung ermöglichen und andererseits die unattraktive Arbeitsbelastung und -intensität reduzieren.
9. Ein Assessment des Fortschritts im Rahmen der Reform beispielsweise anhand von wissenschaftlichen Studien könnte den Zusammenhang zwischen den Maßnahmen, Adaptationen und den Ergebnissen in der Versorgungspraxis zeigen und ein positives Bewusstsein der Innovatorinnen/Innovatoren für den langfristigen Reformprozess gewährleisten. Ein solches Assessment brächte ein hohes Level an Transparenz, würde die Sichtbarkeit sowohl in Österreich als auch international erhöhen und gleichzeitig die Primärversorgung als Forschungsfeld stärken. Zudem würde ein gemeinsamer Diskurs unter den Akteurinnen und Akteuren zu den Ergebnissen eine gemeinsame Sprache der Versorgungsdienstleister:innen fördern. Um Mehrwert zu schaffen, müssen die Ergebnisse als Service aufbereitet und an die Praxis rückgespielt werden. Als Serviceleistung könnten die Ergebnisse in Informations- und Diskussionsveranstaltungen sowie Qualitätszirkeln anwendungsorientiert vermittelt werden. Die transparente Darstellung von Fortschritt, Mehrwert und Risiken liefert zudem Grundlagen für (politische) Entscheidungen im Rahmen der Reform.
10. Um dies zu erreichen, ist die Formulierung einer Primärversorgungsstrategie mit klaren Zielen, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten erforderlich. Das Commitment aller relevanten Akteurinnen und Akteure für die definierten Maßnahmen und Ziele ist für den Erfolg essenziell.

5.2 Ausblick

Weiterführende Studien sollten die Bedarfe erheben, um regulatorische Anforderungen und Strukturvorgaben an PVE in Prozesse in der Versorgungspraxis übersetzen zu können. Vor allem für die neue Form der interprofessionellen Zusammenarbeit in den PVE-Teams bestehen Informationslücken, wie erfolgreich diese in der Praxis umgesetzt werden und welche förderlichen und hemmenden Faktoren darauf wirken. Zudem sollten Schulungskonzepte für Fortbildungen erstellt werden, und ihre Anwendung sollte evaluiert werden. Diesbezüglich könnte eine Disziplinübergreifende Forschungskooperation mit den Sozial- und Bildungswissenschaften gewinnbringend sein.

Um weitere für die Primärversorgungsreform relevante Ziele zu erheben, könnten, aufbauend auf der Fragebogenerhebung, Fokusgruppen mit den in der Stichprobe vertretenen Populationen durchgeführt werden. Zur Darstellung der Entwicklung und der Anpassung von Prioritäten wäre eine Folgerhebung nach fünf bis zehn Jahren erstrebenswert.

Anschließend an die qualitative Erhebung förderlicher und hemmender Faktoren bezüglich der Tätigkeit in PVE würde eine quantitative Erhebung Aufschluss über ihre jeweilige Relevanz geben. Die Fragestellung in Hinblick auf die Tätigkeit in PVE könnte auch auf andere in PVE vertretene Berufsgruppen umgelegt werden.

6 Exekutive Summary

Hintergrund: Im Jahr 2013 wurde mit der Zielsteuerung-Gesundheit die Umsetzung einer Primärversorgungsreform in Österreich beschlossen. In Primärversorgungseinheiten (PVE) – organisiert als Zentren und Netzwerke – sollen interprofessionelle Teamarbeit, attraktive Arbeitsbedingungen, erweiterte Öffnungszeiten sowie eine koordinierte, kontinuierliche und an Gesundheit orientierte Versorgung umgesetzt werden. Nationale Gesetze und Regulatorien stellen hohe strukturelle Anforderungen an Allgemeinmediziner:innen als Gründer:innen von Primärversorgungseinheiten in Österreich. Herausforderungen der Reform sind zudem ein Mangel an Hausärztinnen/Hausärzten und zu wenige Allgemeinmediziner:innen, die sich für die Gründung von bzw. Tätigkeit in Primärversorgungseinheiten entscheiden. Reformziele sind wenig detailliert formuliert. Die Einstellung der Stakeholder:innen und Betroffenen zu diesen Zielen ist unbekannt. Dementsprechend sollen in dieser Dissertation erstens Tools als Unterstützung für Gründer:innen von Primärversorgungseinheiten entwickelt werden, um im Gründungsprozess die essenziellen regulatorischen und organisationalen Aspekte zu adressieren. Zweitens sollen prioritäre Ziele für die Primärversorgungsreform entsprechend der eingeschätzten Relevanz und Umsetzbarkeit von Stakeholderinnen/Stakeholdern und von der Reform Betroffenen identifiziert werden. Drittens werden förderliche und hemmende Faktoren von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern ohne Kassenvertrag für die Tätigkeit in PVE erhoben. Daraus können Ansatzpunkte für weitere Maßnahmen der Primärversorgungsreform identifiziert werden, um unter anderem diese Personalresource für Primärversorgungseinheiten zu mobilisieren.

Methode: Auf Basis einer Dokumentenanalyse nationaler Gesetze und Regulatorien sowie von Konzepten zu Best-Practice-Kriterien wurden anwendungsorientierte Tools für Gründer:innen von Primärversorgungseinheiten entwickelt. Die Tools wurden pilotisiert, um ihre Praktikabilität zu erhöhen.

Zwölf Ziele wurden durch einen Konsensusprozess basierend auf nationalen und internationalen Dokumenten definiert. Prioritäre Ziele wurden anhand einer Fragebogenerhebung zu deren Relevanz und Umsetzbarkeit unter Stakeholderinnen/ Stakeholdern und von der Primärversorgungsreform Betroffenen als Querschnittstudie identifiziert. Es erfolgten die Auswertung der Antworten in Bezug auf Häufigkeiten sowie ein Gruppenvergleich (Kontingenzanalyse). Die Anmerkungen wurden inhaltsanalytisch ausgewertet, und Kategorien wurden gebildet.

Um förderliche und hemmende Faktoren bezüglich der Tätigkeit in Primärversorgungseinheiten von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern ohne Kassenvertrag zu explorieren, wurden leitfadengestützte problemzentrierte Interviews mit diesen geführt und die Transkripte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Ergebnisse: Es wurden drei anwendungsorientierte Tools als Unterstützung für Gründer:innen von Primärversorgungseinheiten entwickelt. Eine Vorlage für ein Versorgungskonzept sowie eine Checkliste dazu ermöglichen es den Gründerinnen und Gründern, ein gesetzlich vorgegebenes Versorgungskonzept entlang von Best-Practice-Kriterien sowie von Anforderungen nationaler Regularien zu erstellen. Eine Readiness-Checkliste, aufbauend auf dem Versorgungskonzept, dient als Selbstassessment-Tool für Primärversorgungseinheiten im Entwicklungsprozess zur Bewertung des Erfüllungsgrades ihres Leistungsspektrums und ihrer organisationalen Ausgestaltung. Die entwickelte Excel-Vorlage erstellt automatisiert Netzdiagramme, um die Ergebnisse zu veranschaulichen.

Für die Primärversorgungsreform prioritäre und als umsetzbar zu erachtende Ziele sind die Verankerung adäquater Pflichtpraktika in der Primärversorgungspraxis während des klinisch-praktischen Jahres und der Ausbildung zum:zur Allgemeinmediziner:in sowie der Ausbau universitärer Institute für Allgemeinmedizin. Ebenfalls hochrelevant, jedoch schwieriger umzusetzen sind die Etablierung eines attraktiven Honorierungsmodells, der vermehrte Einsatz von Pflegeexpertinnen und -experten wie Advanced Practice Nurses in der Primärversorgung sowie eine umfassende und transparente Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität.

Aus den Interviews mit zwölf Allgemeinmedizinerinnen/-medizinern ohne Kassenvertrag wurden insgesamt 41 Kategorien, davon 21 förderliche und 20 hemmende Faktoren, identifiziert. Die meisten förderlichen Faktoren waren auf der Mikroebene zu finden, während sich die meisten hemmenden Faktoren auf der Makroebene befanden. Förderliche Faktoren für die Tätigkeit in Primärversorgungseinheiten stellen vorrangig die erwarteten Arbeitsbedingungen in der Praxis (Mikroebene) dar wie etwa inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit im Team sowie eine gute Work-Life-Balance. Diese sollen Entlastung, patientenzentrierte Versorgung und einen Fokus auf die ärztlichen Kernkompetenzen im Versorgungsalltag ermöglichen. Hindernisse finden sich häufiger in den Anforderungen rund um den Gründungsprozess von Primärversorgungseinheiten und die Unternehmensführung sowie in den Rahmenbedingungen wie z. B. unattraktiven Vergütungsmechanismen (Systemebene). Eine hohe Arbeitsbelastung und kurze Konsultationszeiten pro Patient:in werden als Schlüsselprobleme für die generelle hausärztliche Tätigkeit auch auf Primärversorgungseinheiten projiziert.

Fazit: Gemäß Reform Erfahrungen anderer Länder ist ein multidimensionaler Ansatz notwendig, der gemeinsam durch die relevanten Stakeholder:innen entlang einer Strategie umgesetzt wird. Um die attraktiven Arbeitsbedingungen und Vorteile der Primärversorgungseinheit zu realisieren, bedarf es des Engagements aller beteiligten Stakeholder:innen zur Veränderung hinderlicher Strukturen und Regulatorien auf der Systemebene. Flankierende proaktive Kommunikation im Veränderungsprozess ist ebenso wesentlich. Steuerungsmechanismen wie Gatekeeping und ein Honorierungsmodell, orientiert an Gesundheit und teambasierter Versorgung, können die Arbeitsbedingungen in der Versorgungspraxis optimieren und attraktivieren. Um die Veränderungen in der Versorgungspraxis im Sinne eines Kulturwandels zu unterstützen und Sorgen sowie Risiken bezüglich der Gründung und Führung einer Primärversorgungseinheit zu reduzieren, braucht es zudem Maßnahmen der Kompetenzentwicklung und des Capacity-Building, um die Workforce für die Anforderungen in Primärversorgungseinheiten auszustatten. Beratungsleistungen, öffentlicher Diskurs und Maßnahmen zum Informations- und Wissenstransfer können Barrieren und Fehlinformationen reduzieren, Akzeptanz fördern und die Realisierung der Vorteile von Primärversorgungseinheiten für alle Beteiligten unterstützen.

7 Literaturverzeichnis

- 15A B-VG Landesrecht konsolidiert Vorarlberg: Gesamte Rechtsvorschrift für Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. in der geltenden Fassung ed.: LGBl.Nr. 49/2017.
- AHMED, K., HASHIM, S., KHANKHARA, M., SAID, I., SHANDAKUMAR, A. T., ZAMAN, S. & VEIGA, A. 2021. What drives general practitioners in the UK to improve the quality of care? A systematic literature review. *BMJ open quality*, 10, e001127.
- ÄK NÖ & DACHVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER 2019. Gesamtvertragliche Honorarvereinbarung für Primärversorgungseinheiten in Niederösterreich mit Wirksamkeit ab 01.01.2020.
- ÄK VORARLBERG. 2022. *Primärversorgungseinheiten* [Online]. Dornbirn: Ärztekammer Vorarlberg. Available: <https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/primaerversorgung> [Accessed 06.06.2022].
- ÄK WIEN. 2019. *Gesamtvertrag für Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungs-Gesamtvertrag)* [Online]. Ärztekammer für Wien. Available: <https://www.aekwien.at/documents/263869/421502/Gesamtvertrag+f%C3%BCr+Prim%C3%A4rversorgungseinheiten+%28Prim%C3%A4rversorgungs-Gesamtvertrag%29.pdf/bc9e2564-d4f9-4b71-42e7-ab48e08a8744> [Accessed 10.03.2021].
- ÄK WIEN. 2022. *GO2ORDI – Das Ärztekammer Gründerservice* [Online]. Ärztekammer für Wien. Available: <https://www.aekwien.at/go2ordi> [Accessed 25.05.2022].
- ÄK WIEN & HVSV. 2019. *Gesamtvertragliche Vereinbarung gemäß § 342b Abs 4 und 5 ASVG "Regionaler Primärversorgungsvertrag Wien"* [Online]. Ärztekammer Wien, Hauptverband der Sozialversicherungen. Available: <https://www.aekwien.at/documents/263869/421502/Gesamtvertragliche+Vereinbarung+Regionaler+Prim%C3%A4rversorgungsvertrag+Wien.pdf/3d192966-2bda-196e-7ba4-30960aa71886> [Accessed 22.02.2022].
- AMA. 2022. *AMA STEPS Forward™: Transform Your Practice* [Online]. American Medical Association. Available: <https://edhub.ama-assn.org/steps-forward> [Accessed 19.03.2022].
- ANSCHÖBER, R. 2021. Anfragebeantwortung durch den Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz Rudolf Anschöber zu der schriftlichen Anfrage (5293/J) der Abgeordneten Mag. Christian Drobits, Kolleginnen und Kollegen an den Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz betreffend WahlärztInnen: Beilage_Frage 1_ÖGK. *Excel*. Wien: Republik Österreich - Parlamentsdirektion, https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVII/AB/AB_05260/index.shtml.
- ARIANI, N. N., NOPIYANI, N. M. S. & WIJAYA, I. P. G. 2017. Implementation of quality function deployment to identify priority needs of customers and health providers of child-friendly community health centre. *Public Health and Preventive Medicine Archive*, 5, 12-17.
- ÄRZTINNEN-/ÄRZTE-AUSBILDUNGSORDNUNG 2015 – ÄAO 2015 2015. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt (Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 – ÄAO 2015) StF: BGBl. II Nr. 147/2015. *BGBl. II Nr. 147/2015*. Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort.
- ATUN, R. A., MENABDE, N., SALUVERE, K., JESSE, M. & HABICHT, J. 2006. Introducing a complex health innovation—Primary health care reforms in Estonia (multimethods evaluation). *Health Policy*, 79, 79-91.
- AVIAN, A., POGGENBURG, S., SCHAFFLER-SCHADEN, D., HOFFMANN, K., SANFTENBERG, L., LOUKANOVA, S., BACHLER, H., GEHRKE-BECK, S., PETEK STER, M., BECKER, A., HERRMANN, M., FRESE, T., GERLACH, F., ZELKO, E., FLAMM, M., ROOS, M.,

- FREITAG, M., SCHIRGI, J., RIEDER, A. & SIEBENHOFER, A. 2020. Attitudes of medical students to general practice: a multinational cross-sectional survey. *Family Practice*, 38, 265-271, <https://doi.org/10.1093/fampra/cmaa126>.
- BACHNER, F., BOBEK, J., HABIMANA, K., LADURNER, J., LEPUSCHÜTZ, L., OSTERMANN, H., RAINER, L., SCHMIDT, A. E., ZUBA, M., QUENTIN, W. & WINKELMANN, J. 2018. *Austria: Health system review 2018*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- BARBAZZA, E., KRINGOS, D., KRUSE, I., KLAZINGA, N. S. & TELLO, J. E. 2019. Creating performance intelligence for primary health care strengthening in Europe. *BMC health services research*, 19:1006, <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4853-z>.
- BARNETT, J., VASILEIOU, K., DJEMIL, F., BROOKS, L. & YOUNG, T. 2011. Understanding innovators' experiences of barriers and facilitators in implementation and diffusion of healthcare service innovations: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 11, 12.
- BARTH, N., LINDE, K. & SCHNEIDER, A. 2017. Niederlassungsmotive–Die Bereitschaft zur Niederlassung in eigener Praxis von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. *Das Gesundheitswesen*, 79, 644.
- BKA. 2020. *Aus Verantwortung für Österreich. Regierungsprogramm 2020–2024* [Online]. Wien: Bundeskanzleramt Österreich. Available: <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/bundeskanzleramt/die-bundesregierung/regierungsdokumente.html> [Accessed 15.05.2020].
- BMG 2013. Bundes-Zielsteuerungsvertrag. Zielsteuerung-Gesundheit für die Jahre 2013 bis 2016. in der geltenden Fassung. ed. https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/III/III_00038/imfname_336346.pdf: Republik Österreich, Parlament.
- BMG 2014. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. *Das Team rund um den Hausarzt*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit
- BMG 2017. Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene. Zielsteuerung-Gesundheit abgeschlossen zwischen dem Bund, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Bundesländern für die Jahre 2017 bis 2021 Bundesministerin für Gesundheit und Frauen.
- BMSGPK. *Der Österreichische Strukturplan Gesundheit – ÖSG 2017* [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Available: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Der-%C3%96sterreichische-Strukturplan-Gesundheit-%E2%80%93-%C3%96SG-2017.html> [Accessed 08.03.2021].
- BMSGPK. 2022. *Mehr Gesundheit durch eine gestärkte Primärversorgung* [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Available: [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primaerversorgung.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primaerversorgung.html) [Accessed 25.05.2022].
- BORKAN, J., EATON, C. B., NOVILLO-ORTIZ, D., RIVERO CORTE, P. & JADAD, A. R. 2010. Renewing primary care: lessons learned from the Spanish health care system. *Health Aff (Millwood)*, 29, 1441.
- BOURGUEIL, Y., CLÉMENT, M. C., COURALET, P. E., MOUSQUÈS, J. & PIERRE, A. 2009. An exploratory evaluation of multidisciplinary primary care group practices in Franche-Comté and Bourgogne. *Issues in health Economics*, 147, <https://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/IrdesPublications/QES147.pdf>.
- BURGMANN, S., HUTER, S., MAYERL, H., PAIER-ABUZHARA, M. & SIEBENHOFER, A. 2022a. Facilitators and barriers affecting trained general practitioners' choice to work in primary care units in Austria – a qualitative study. *Das Gesundheitswesen*, [in press].

- BURGMANN, S., PAIER-ABUZHARA, M., SPRENGER, M., AVIAN, A. & SIEBENHOFER, A. 2022b. Identifying key policy objectives for strong primary care -a cross-sectional study. *Primary Health Care and Research Development* [Manuscript under revision].
- BURGMANN, S., PETSCHK, K. & SPRENGER, M. 2018. *Versorgungskonzept* [Online]. Graz: Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung,. Available: https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/frontend/user_upload/OEs/institute/allgemeinmedizin/pdf/berichte/2018/Versorgungskonzept_fuer_PVE_2.3.pdf [Accessed 10.01.2022].
- CALDWELL, S. E. M. & MAYS, N. 2012. Studying policy implementation using a macro, meso and micro frame analysis: the case of the Collaboration for Leadership in Applied Health Research & Care (CLAHRC) programme nationally and in North West London. *Health Research Policy and Systems*, 10, 32, <http://www.health-policy-systems.com/content/10/1/32>.
- CAMPBELL, J., CALITRI, R. & SANSOM, A. 2015. Retaining the experienced GP workforce in Direct Patient Care (ReGROUP). Exeter: University of Exeter.
- CHAUHAN, B. F., JEYARAMAN, M. M., MANN, A. S., LYS, J., SKIDMORE, B., SIBLEY, K. M., ABOU-SETTA, A. M. & ZARYCHANSKI, R. 2017. Behavior change interventions and policies influencing primary healthcare professionals' practice-an overview of reviews. *Implement Sci*, 12, 3, DOI 10.1186/s13012-016-0538-8.
- CRAMPTON, P., DAVIS, P. & LAY-YEE, R. 2005. Primary care teams: New Zealand's experience with community-governed non-profit primary care. *Health Policy*, 72, 233-243, doi:10.1016/j.healthpol.2004.08.003.
- CURRIE, G., LOCKETT, A., FINN, R., MARTIN, G. & WARING, J. 2012. Institutional work to maintain professional power: Recreating the model of medical professionalism. *Organization studies*, 33, 937-962, DOI: 10.1177/0170840612445116.
- CZYPIONKA, T., KRAUS, M. & KRONEMANN, F. 2015. Bezahlungssysteme in der Primärversorgung. Studie im Auftrag von Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Wien: Institut für Höhere Studien (IHS).
- DEUTSCH, T., WINTER, M., LIPPMANN, S., GEIER, A.-K., BRAUN, K. & FRESE, T. 2019. Willingness, concerns, incentives and acceptable remuneration regarding an involvement in teaching undergraduates - a cross-sectional questionnaire survey among German GPs. *BMC medical education*, 19, 33, <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1445-2>.
- EL KOUSSA, M., ATUN, R., BOWSER, D. & KRUK, M. E. 2016. Factors influencing physicians' choice of workplace: systematic review of drivers of attrition and policy interventions to address them. *Journal of global health*, 6, 020403-020403.
- ESPINOSA-GONZÁLEZ, A. B., DELANEY, B. C., MARTI, J. & DARZI, A. 2019. The impact of governance in primary health care delivery: a systems thinking approach with a European panel. *Health research policy and systems*, 17, 65, <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0456-8>.
- ESPINOSA-GONZÁLEZ, A. B. & NORMAND, C. 2019. Challenges in the implementation of primary health care reforms: a qualitative analysis of stakeholders' views in Turkey. *BMJ Open*, 9, e027492.
- ETIKAN, I. 2016. Comparison of Convenience Sampling and Purposive Sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5, 1-4, doi: 10.11648/j.ajtas.20160501.11.
- EUROPEAN COMMISSION 2014. *Expert Panel on effective ways of investing in health (EXPH). Report of a Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems*, Brussels, European Commission.
- FERLIE, E., FITZGERALD, L., WOOD, M. & HAWKINS, C. 2005. The nonspread of innovations: the mediating role of professionals. *Academy of management journal*, 48, 117-134.
- FRANCZUKOWSKA, A., KRCZAL, E. & BRAUN, A. 2020. Primärversorgung in Österreich – Quo vadis? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 96 467-471.
- FREUND, T., EVERETT, C., GRIFFITHS, P., HUDON, C., NACCARELLA, L. & LAURANT, M. 2015. Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: who are the

- healthcare professionals in the primary care teams across the world? *International journal of nursing studies*, 52, 727-743.
- FRIEDBERG, M. W., CHEN, P. G., VAN BUSUM, K. R., AUNON, F., PHAM, C., CALOYERAS, J. P., MATTKE, S., PITCHFORTH, E., QUIGLEY, D. D., BROOK, R. H., CROSSON, F. J. & TUTTY, M. 2013. *Factors Affecting Physician Professional Satisfaction and Their Implications for Patient Care, Health Systems, and Health Policy*, Santa Monica, CA, RAND Corporation.
- FRIEDBERG, M. W., HUSSEY, P. S. & SCHNEIDER, E. C. 2010. Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care. *Health Aff (Millwood)*, 29, 766-72.
- GEDROSE, B., WONNEBERGER, C., JÜNGER, J., ROBRA, B.-P., SCHMIDT, A., STOSCH, C., WAGNER, R., SCHERER, M., PÖGE, K. & ROTHE, K. 2012. Haben Frauen am Ende des Medizinstudiums andere Vorstellungen über Berufstätigkeit und Arbeitszeit als ihre männlichen Kollegen? *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 137, 1242-1247.
- GESUNDHEITS-ZIELSTEUERUNGSGESETZ 2017. Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG) erlassen wird. in der geltenden Fassung. ed.: BGBl. I Nr. 26/2017.
- GHEBREHIWET, T. 2013. Effectiveness of team approach in health care: some research evidence. *International Journal of Person Centered Medicine*, 3, 137-139.
- GIBIS, B., HEINZ, A., JACOB, R. & MÜLLER, C.-H. 2012. The Career Expectations of Medical Students. *Dtsch Arztebl International*, 109, 327-32.
- GÖG. 2022a. *PVE Standorte* [Online]. Wien: Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). Available: https://primaerversorgung.gv.at/standorte_pve [Accessed 09.04.2022].
- GÖG. 2022b. *Wir stärken die Primärversorgung* [Online]. Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). Available: <https://primaerversorgung.gv.at> [Accessed 09.04.2022].
- GROENEWEGEN, P., HEINEMANN, S., GREß, S. & SCHÄFER, W. 2015. Primary care practice composition in 34 countries. *Health Policy*, 119, 1576-83.
- GRUG 2017 Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017. BGBl. I - Ausgegeben am 2. August 2017 - Nr. 131.
- GUBRIUM, J. F. & HOLSTEIN, J. A. 2002. From the Individual Interview to the Interview Society. In: JABER F. GUBRIUM, J. A. H. (ed.) *Handbook of Interview Research: Context and Method*. Thousand Oaks | London | New Delhi SAGE Publications.
- HAINDL, A., GREDINGER, G., BOBEK, J., RAINER, L., ZUBA, M. & BACHNER, F. 2021. Monitoringbericht Zielsteuerung-Gesundheit. Monitoring nach Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und Zielsteuerungsvertrag. Wien Gesundheit Österreich GmbH.
- HÄMEL, K. & VÖSSING, C. 2017. The collaboration of general practitioners and nurses in primary care: a comparative analysis of concepts and practices in Slovenia and Spain. *Primary health care research & development*, 18, 492-506.
- HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER, Ä. F. S. 2019. Gesamtvertragliche Vereinbarung gemäß § 342b Abs 4 und 5 ASVG zur Primärversorgung im Bundesland Salzburg. In: ÄRZTEKAMMER FÜR SALZBURG, K. D. N. Ä., HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER (ed.). <https://www.aeksbg.at/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=927&token=516c3244136b3b9313043b0b530b4359d0331293>.
- HOFFMANN, K., GEORGE, A., DORNER, T. E., SUESS, K., SCHAEFER, W. L. A. & MAIER, M. 2015. Primary health care teams put to the test a cross-sectional study from Austria within the QUALICOPC project. *BMC Family Practice*, 16, <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0384-9>.
- HUDSON, B., HUNTER, D. & PECKHAM, S. 2019. Policy failure and the policy-implementation gap: can policy support programs help? *Policy Design and Practice*, 2, 1-14.

- JACKSON, E. F., SIDDIQUI, A., GUTIERREZ, H., KANTÉ, A. M., AUSTIN, J. & PHILLIPS, J. F. 2015. Estimation of indices of health service readiness with a principal component analysis of the Tanzania Service Provision Assessment Survey. *BMC Health Services Research*, 15, 536.
- JAGSCHITZ, S. 2016. *Primärversorgung Chancen und Grenzen einer multiprofessionellen und interdisziplinären PatientInnenversorgung*. Fachhochschule Burgenland.
- JANUS, K. 2014. Gutachten zur Gestaltung nicht-monetärer Anreize für Ärztinnen und Ärzte. Hamburg: HCM Institute for Healthcare Management GmbH erstellt für den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- JOHANNES KEPLER UNIVERSITÄT LINZ. 2022. *Institut für Allgemeinmedizin* [Online]. Linz: Johannes Kepler Universität Linz. Available: <https://www.jku.at/institut-fuer-allgemeinmedizin/> [Accessed 20.02.2022].
- KAISER, A., DIEPLINGER, A. M. & SERGLHUBER, A. 2015. Fördernde und hemmende Motivatoren von niedergelassenen MedizinerInnen in der beruflichen Praxis. Linz: Johannes Kepler Universität Linz.
- KARL LANDSTEINER PRIVATUNIVERSITÄT FÜR GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN GMBH. 2022. *Kompetenzzentrum Allgemein- und Familienmedizin* [Online]. Krems: Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften GmbH. Available: <https://www.kl.ac.at/allgemeine-gesundheitsstudien/allgemein-und-familienmedizin/team> [Accessed 25.03.2022].
- KORSATKO, S. 2015. Allgemeinmedizin in der Steiermark: Netzwerke niedergelassener Hausärzte. Evaluierung zur Primärversorgung 2014. München: RIN Verlag.
- KOTTER, J. P. 2009. Leading change: Why transformation efforts fail. *IEEE Engineering Management Review*, 37, 42 - 48.
- KRALJ, B. & KANTAREVIC, J. 2013. Quality and quantity in primary care mixed-payment models: evidence from family health organizations in Ontario. *Canadian Journal of Economics/Revue canadienne d'économique*, 46, 208-238.
- KRIEGEL, J., REBHANDL, E., RECKWITZ, N. & HOCKL, W. 2016. Stellschrauben in der Hausarztversorgung–Identifizierung strategischer Erfolgsfaktoren für eine verbesserte hausärztliche Versorgung in Oberösterreich. *Das Gesundheitswesen*, 78, 835-843.
- KRINGOS, D., BOERMA, W., BOURGUEIL, Y., CARTIER, T., DEDEU, T., HASVOLD, T., HUTCHINSON, A., LEMBER, M., OLESZCZYK, M. & PAVLIC, D. R. 2013. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal of General Practice*, 63, e742-e750.
- KRINGOS, D. S., BOERMA, W. G., BOURGUEIL, Y., CARTIER, T., HASVOLD, T., HUTCHINSON, A., LEMBER, M., OLESZCZYK, M., PAVLIC, D. R., SVAB, I., TEDESCHI, P., WILSON, A., WINDAK, A., DEDEU, T. & WILM, S. 2010a. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract*, 11, 81, <https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-81>.
- KRINGOS, D. S., BOERMA, W. G., HUTCHINSON, A., VAN DER ZEE, J. & GROENEWEGEN, P. P. 2010b. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*, 10, 65, <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-65>.
- KRINGOS, D. S., BOERMA, W. G. W., HUTCHINSON, A. & SALTMAN, R. B. 2015. *Building primary care in a changing Europe*, Copenhagen, World Health Organization.
- LAURANT, M., VAN DER BIEZEN, M., WIJERS, N., WATANANIRUN, K., KONTOPANTELIS, E. & VAN VUGHT, A. J. 2018. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*, 7, Cd001271.
- LE FLOCH, B., BASTIAENS, H., LE RESTE, J. Y., LINGNER, H., HOFFMAN, R., CZACHOWSKI, S., ASSENOVA, R., KOSKELA, T. H., KLEMENC-KETIS, Z., NABBE, P., SOWINSKA, A., MONTIER, T. & PEREMANS, L. 2019. Which positive factors give general practitioners job satisfaction and make general practice a rewarding career? A European multicentric

- qualitative research by the European general practice research network. *BMC Fam Pract*, 20, 96, <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0985-9>.
- LEADERSHIP ACADEMY. 2019. *Developing outstanding leadership in primary care* [Online]. NHS. Available: <https://www.leadershipacademy.nhs.uk/download/25022/> [Accessed 16.05.2021].
- LEE, P., PHAM, L., OAKLEY, S., ENG, K., FREYDIN, E., ROSE, T., RUIZ, A., REEN, J., SULEYMAN, D., ALTMAN, V., KEATING BENCH, K., LEE, A. & MAHANIAH, K. 2019. Using lean thinking to improve hypertension in a community health centre: a quality improvement report. *BMJ Open Quality*, 8, e000373, doi:10.1136/bmjopen-2018-000373.
- LINDE, K., HUBER, C. M., BARTH, N. & SCHNEIDER, A. 2020. How do young general practitioners experience the transition to general practice? A qualitative study. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 150, 96-102.
- MATTHYS, E., REMMEN, R. & VAN BOGAERT, P. 2017. An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes: what can we learn in primary care? *BMC Family Practice*, 18, 110, DOI 10.1186/s12875-017-0698-x.
- MAYRING, P. 2015. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*, Weinheim, Beltz.
- MAYRING, P. 2019. *Qualitative content analysis: Demarcation, varieties, developments* [Online]. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research. Available: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/download/3343/4557?inline=1> [Accessed 19.08.2021].
- MAYRING, P. & FENZL, T. 2014. Qualitative Inhaltsanalyse. In: NINA, B. & JÖRG, B. (eds.) *Handbuch Methoden der Empirischen Sozialforschung* Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- MAYRING, P. & FENZL, T. Qualitative content analysis program qcamap—an open access text analysis software. 15th Biennial EARLI Conference for Research on Learning and Instruction, 2016 Munich.
- MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT GRAZ. 2022. *Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung* [Online]. Graz: Medizinische Universität Graz,. Available: <https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/das-sind-wir> [Accessed 25.03.2022].
- MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT INNSBRUCK. 2022. *Das Institut für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Universität Innsbruck* [Online]. Medizinische Universität Innsbruck. Available: <https://www.i-med.ac.at/allgemeinmedizin/team.html> [Accessed 25.23.2022].
- MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN. 2022. *Abteilung Allgemein- und Familienmedizin* [Online]. Wien: Medizinische Universität Wien. Available: <https://allgmed.meduniwien.ac.at/> [Accessed 25.03.2022].
- MEY, G. & MRUCK, K. 2010. *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- MILES, M. B., HUBERMAN, A. M. & SALDAÑA, J. 2018. *Qualitative data analysis: A methods sourcebook*, California, Sage publications.
- MINANG, P. A., VAN NOORDWIJK, M., DUGUMA, L. A., ALEMAGI, D., DO, T. H., BERNARD, F., AGUNG, P., ROBIGLIO, V., CATA CUTAN, D., SUYANTO, S., ARMAS, A., SILVA AGUAD, C., FEUDJIO, M., GALUDRA, G., MARYANI, R., WHITE, D., WIDAYATI, A., KAHURANI, E., NAMIREMBE, S. & LEIMONA, B. 2014. REDD+ Readiness progress across countries: time for reconsideration. *Climate Policy*, 14, 685-708.
- MUGAMBWA, J., NABETA, N., NGOMA, M., RUDAHERANWA, N., KABERUKA, W. & MUNENE, J. C. 2018. Policy Implementation: Conceptual Foundations, Accumulated Wisdom and New Directions. *Journal of Public Administration and Governance*, 8 (3), 211-212.
- MULDOON, L. K., HOGG, W. E. & LEVITT, M. 2006. Primary Care (PC) and Primary Health Care (PHC). What is the Difference? *Canadian Journal of Public Health*, 97, 409-411.
- MULVALE, G., EMBRETT, M. & RAZAVI, S. D. 2016. 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC Fam Pract*, 17, 83, DOI 10.1186/s12875-016-0492-1.

- NATANZON, I., OSE, D., SZECSENYI, J., CAMPBELL, S., ROOS, M. & JOOS, S. 2010. Does GPs' self-perception of their professional role correspond to their social self-image?-A qualitative study from Germany. *BMC family practice*, 11, 1-6.
- NHS ENGLAND AND NHS IMPROVEMENT. 2022/23. *Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN)* [Online]. London: NHS England and NHS Improvement. Available: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/01/B1477-i-cquin-22-23-march-2022.pdf> [Accessed 16.04.2022].
- NICHOLSON, S., HASTINGS, A. M. & MCKINLEY, R. K. 2016. Influences on students' career decisions concerning general practice: a focus group study. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 66, e768-e775.
- NILSEN, P. 2015. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, 10, 53.
- OECD 2016. OECD Health Policy Studies Health Workforce Policies in OECD Countries. Right Jobs, Right Skills, Right Places: Right Jobs, Right Skills, Right Places. *OECD Health Policy Studies*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. 2020a. *Health Care Resources* [Online]. Organisation for economic co-operation and development. Available: https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH_REAC&lang=en [Accessed 15.05.2020].
- OECD 2020b. *Realising the Full Potential of Primary Health Care*, Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).
- OECD 2021. *Health at a Glance 2021*, Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).
- OECD & EUROPEAN UNION 2018. *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle* Paris, OECD Publishing.
- OECD & EUROPEAN UNION 2020. *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, Paris, OECD Publishing.
- OECD & POLICIES, E. O. O. H. S. A. 2019. *State of Health in the EU. Austria. Country Health Profile 2019*, Paris, Brussels, OECD Publishing, European Observatory on Health Systems and Policies.
- OECD & POLICIES, E. O. O. H. S. A. 2021. *State of Health in the EU. Austria. Country Health Profile 2021*, Paris, Brussels, OECD Publishing, European Observatory on Health Systems and Policies.
- OECD/EU 2016. Strengthening primary care systems. In: OECD (ed.) *Health at a Glance: Europe 2016*. Paris: OECD.
- ÖQMED – ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR QUALITÄTSSICHERUNG & QUALITÄTSMANAGEMENT IN DER MEDIZIN GMBH. *Selbstevaluierung ihrer Ordination* [Online]. ÖQMED – Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH. Available: <https://www.oegmed.at/selbstevaluierung> [Accessed 25.03.2022].
- ÖSTERREICHISCHE ÄRZTEKAMMER 2020. *Ärztstatistik für Österreich zum 31.12.2020*. Wien: Österreichische Ärztekammer.
- OWEN, K., HOPKINS, T., SHORTLAND, T. & DALE, J. 2019. GP retention in the UK: a worsening crisis. Findings from a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 9, e026048.
- PALINKAS, L. A., HORWITZ, S. M., GREEN, C. A., WISDOM, J. P., DUAN, N. & HOAGWOOD, K. 2015. Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research. *Administration and policy in mental health*, 42, 544.
- PAPP, M., KÖRÖSI, L., SÁNDOR, J., NAGY, C., JUHÁSZ, A. & ÁDÁNY, R. 2019. Workforce crisis in primary healthcare worldwide: Hungarian example in a longitudinal follow-up study. *BMJ Open*, 9, e024957.

- PARACELSUS MEDIZINISCHE PRIVATUNIVERSITÄT. 2022. *Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin* [Online]. Salzburg: Paracelsus Medizinische Privatuniversität,. Available: <https://www.pmu.ac.at/allgemeinmedizin.html> [Accessed 25.03.2022].
- PASSMORE, S. R., TOTH, A., KANOVSKY, J. & OLIN, G. 2015. Initial integration of chiropractic services into a provincially funded inner city community health centre: a program description. *The Journal of the Canadian Chiropractic Association*, 59, 363-372.
- PATTON, M. Q. 2005. Qualitative research. *Encyclopedia of statistics in behavioral science*. Weinheim und Basel: Wiley Online Library.
- PEDERSEN, L. B., HVIDT, E. A., WALDORFF, F. B. & ANDERSEN, M. K. 2021. Burnout of intrinsically motivated GPs when exposed to external regulation: A combined panel data survey and cluster randomized field experiment. *Health Policy*, 125, 459-466.
- POPE, C. & MAYS, N. 2020. *Qualitative Research in Health Care*, Oxford, Wiley Blackwell.
- PRIMÄRVERSORGUNGSGESETZ – PRIMVG 2017. Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten. BGBl. I Nr. 131/2017, in der geltenden Fassung.
- RABADY, S., POGGENBURG, S., WENDLER, M., HUTER, S. & FÜRTHAUER, C. 2018. Masterplan Allgemeinmedizin. In: ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR ALLGEMEIN- UND FAMILIENMEDIZIN (ed.). Wien.
- RAPPOLD, E. & JURASZOVICH, B. 2019. Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- REDAËLLI, M., WILM, S., SIMIC, D. & SPRENGER, M. 2015. *Austria* [Online]. World Health Organization. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459015/> [Accessed 10.01.2022].
- RUSSELL, G. M., MILLER, W. L., GUNN, J. M., LEVESQUE, J.-F., HARRIS, M. F., HOGG, W. E., SCOTT, C. M., ADVOCAT, J. R., HALMA, L., CHASE, S. M. & CRABTREE, B. F. 2018. Contextual levers for team-based primary care: lessons from reform interventions in five jurisdictions in three countries. *Family practice*, 35, 276-284.
- SANCHEZ-PIEDRA, C. A., JARUSEVICIENE, L., PRADO-GALBARRO, F. J., LISECKIENE, I., SÁNCHEZ-ALONSO, F., GARCÍA-PÉREZ, S. & SARRIA SANTAMERA, A. 2017. Factors associated with professional satisfaction in primary care: Results from EUprimecare project. *European Journal of General Practice*, 23, 114-120.
- SCHÄFER, W. L., BOERMA, W. G., KRINGOS, D. S., DE MAESENEER, J., GRESS, S., HEINEMANN, S., ROTAR-PAVLIC, D., SEGHIERI, C., SVAB, I., VAN DEN BERG, M. J., VAINIERI, M., WESTERT, G. P., WILLEMS, S. & GROENEWEGEN, P. P. 2011. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Fam Pract*, 12, 115.
- SCHARER, S. & FREITAG, A. 2015. Physicians' exodus: why medical graduates leave Austria or do not work in clinical practice. *Wiener klinische Wochenschrift*, 127, 323-329.
- SCOTT, W. R. 2008. Lords of the dance: Professionals as institutional agents. *Organization studies*, 29, 219-238.
- SHIH, Y. C. & LIANG, S. F. M. 2014. Bridging Research and Good Practices towards Patients Welfare: Proceedings of the 4th International Conference on Healthcare Ergonomics and Patient Safety (HEPS), Taipei, Taiwan, 23-26 June 2014. Taylor & Francis.
- SIEBENHOFER-KROITZSCH, A., ABUZHARA, M., DOMKE, A., JEITLER, K., KORSATKO, S., POSCH, N., SEMLITSCH, T. & SPARY-KAINZ, U. 2016. *Innovative (hausarztzentrierte) Primärversorgungsmodelle in der Steiermark: Identifikation und Analyse* [Online]. Graz: Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung. Available: https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/fileadmin/institute-oes/allgemeinmedizin/Publikationen/Berichte/2016/IAMEV_InPrimo-Stmk_final.pdf [Accessed 19.05.2020].
- SIMON, C., FORDE, E., FRASER, A., WEDDERBURN, C. & AYLWIN, S. 2018. What is the root cause of the GP workforce crisis? *British Journal of General Practice*, 68, 589-590.

- SMITH, T., MCNEIL, K., MITCHELL, R., BOYLE, B. & RIES, N. 2019. A study of macro-, meso- and micro-barriers and enablers affecting extended scopes of practice: the case of rural nurse practitioners in Australia. *BMC Nursing*, 18, 14, <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0337-z>.
- SÖNNICHSEN, A. & DE LA CRUZ GOMEZ PELLIN, M. 2020. Österreichische Qualitätsinitiative Allgemeinmedizin (ÖQAM). *Ein Konzept zur Verbesserung der allgemeinmedizinischen Ausbildung*. Wien: Abteilung für Allgemein- und Familienmedizin, Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien.
- SØRENSEN, M., STENBERG, U. & GARNWEIDNER-HOLME, L. 2018. A Scoping Review of Facilitators of Multi-Professional Collaboration in Primary Care. *Int J Integr Care*, 18, 13.
- SRIVASTAVA, D., MUELLER, M. & HEWLETT, E. 2016. *Better Ways to Pay for Health Care*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).
- STARFIELD, B. 1998. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*, Oxford, Oxford University Press.
- STARFIELD, B., SHI, L. & MACINKO, J. 2005. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, 83, 457-502.
- STATISTIK AUSTRIA. 2019. *Ärzte und Ärztinnen seit 1960 absolut und auf 100.000 Einwohner* [Online]. Available: https://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_NATIVE_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=022350 [Accessed 14.06.2020].
- STATISTIK AUSTRIA 2021. *Bevölkerung zu Quartalsbeginn 2002-2021 nach Bundesland*. Excel. Wien: Bundesanstalt Statistik Österreich
- STIGLER, F. 2020. *Preventing a Shortage of General Practitioners in Austria*. London School of Hygiene & Tropical Medicine.
- STIGLER F, JEITLER K, SCHIRGI J, SEMLITSCH T, SIEBENHOFER-KROITZSCH A & C., Z. 2017. *Prävention eines allgemeinmedizinischen Landärztemangels*. Graz: Medizinische Universität Graz.
- STIGLER, F., MAYS, N. & GOSLING, J. 2018. *Diabetes care in Austria and England: what can Austria learn from England's experience?* London: London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- STIGLER, F. L., STARFIELD, B., SPRENGER, M., SALZER, H. J. & CAMPBELL, S. M. 2013. Assessing primary care in Austria: room for improvement. *Family Practice*, 30, 185-189.
- THE HEALTH FOUNDATION. 2019. *Changes to the general practice workforce* [Online]. The Health Foundation,. Available: <https://www.health.org.uk/news-and-comment/charts-and-infographics/change-to-the-general-practice-workforce> [Accessed 30.04.2022].
- TIERNEY, E., O'SULLIVAN, M., HICKEY, L., HANNIGAN, A., MAY, C., CULLEN, W., KENNEDY, N., KINEEN, L. & MACFARLANE, A. 2016. Do primary care professionals agree about progress with implementation of primary care teams: results from a cross sectional study. *BMC Fam Pract*, 17, 163, DOI 10.1186/s12875-016-0541-9.
- UY, J., MACARAYAN, E. K., RATCLIFFE, H. L., MILLER, K., OTUPIRI, E., AWOONOR-WILLIAMS, J. K., HIRSCHHORN, L. R., LIPSITZ, S. R., SCHWARZ, D. & BITTON, A. 2019. Preliminary validation of the PRImary care facility Management Evaluation tool (PRIME-Tool), a national facility management survey implemented in Ghana. *BMC Health Services Research*, 19, 937, <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4768-8>.
- VALAITIS, R., MEAGHER-STEWART, D., MARTIN-MISENER, R., WONG, S. T., MACDONALD, M., O'MARA, L., STRENGTHENING PRIMARY HEALTH CARE THROUGH PRIMARY, C. & PUBLIC HEALTH COLLABORATION, T. 2018. Organizational factors influencing successful primary care and public health collaboration. *BMC health services research*, 18, 420, <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3194-7>.
- VAN DEN BUSSCHE, H., BOCZOR, S., SIEGERT, S., NEHLS, S., SELCH, S., KOCALEVENT, R.-D. & SCHERER, M. 2019. *Die Resultate von sechs Jahren Weiterbildung für die*

- hausärztliche Versorgung in Deutschland–Ergebnisse der KarMed-Studie (Teil 2). *Z Allg Med*, 95, 9-13.
- VAN DEN BUSSCHE, H., WONNEBERGER, C., BIRCK, S., SCHULTZ, J.-H., ROBBA, B.-P., SCHMIDT, A., STOSCH, C., WAGNER, R., SCHERER, M. & PÖGE, K. 2014. Die berufliche und private Situation von Ärztinnen und Ärzten zu Beginn der fachärztlichen Weiterbildung. *Das Gesundheitswesen*, 76, e1-e6.
- VAN DEN BUSSCHE, H., ZIEGLER, S., RAKEBRANDT, A., KEIM, R., PIETSCH, B. & SCHERER, M. 2016. Ändert sich die Einstellung zur hausärztlichen Tätigkeit im Laufe der Weiterbildung im Krankenhaus. *Z Allg Med*, 92, 314-319.
- VAN WEEL, C., ALNASIR, F., FARAHAT, T., USTA, J., OSMAN, M., ABDULMALIK, M., NASHAT, N., ALSHARIEF, W. M., SANOUSI, S., SALEH, H., TARAWNEH, M., GOODYEAR-SMITH, F., HOWE, A. & KASSAI, R. 2018. Primary healthcare policy implementation in the Eastern Mediterranean region: Experiences of six countries. *The European journal of general practice*, 24, 39-44.
- VELASCO GARRIDO, M., ZENTNER, A. & BUSSE, R. 2011. The effects of gatekeeping: a systematic review of the literature. *Scandinavian journal of primary health care*, 29, 28-38.
- VELEZ LAPÃO, L. & DUSSAULT, G. 2011. PACES: a national leadership program in support of primary-care reform in Portugal. *Leadership in Health Services*, 24, 295-307.
- VEREINBARUNG GEMÄß ART. 15A Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit. in der geltenden Fassung ed.: BGBl. I Nr. 97/2017.
- VEREINBARUNGSMSETZUNGSGESETZ 2017 – VUG 2017 Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG) erlassen wird sowie das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Ärztegesetz 1998, das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH und das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen geändert werden (Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2017 – VUG 2017). BGBl. I Nr. 26/2017. <https://www.ris.bka.gv.at/eli/bqbl/I/2017/26>.
- WALDORFF, F. B., NICOLAISDÓTTIR, D. R., KOUSGAARD, M. B., REVENTLOW, S., SONDERGAARD, J., THORSEN, T., ANDERSEN, M. K., PEDERSEN, L. B., BISGAARD, L. & HUTTERS, C. L. 2016. Almost half of the Danish general practitioners have negative a priori attitudes towards a mandatory accreditation programme. *Dan Med J*, 63, A5266.
- WHO. 2018. *Quality in primary health care* [Online]. World Health Organization. Available: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/quality.pdf> [Accessed 15.05.2020].
- WHO 2019a. *Creating 21st century primary care in Flanders and beyond*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- WHO 2019b. *Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018*. Geneva: World Health Organization.
- WHO 2020. *Hospital readiness checklist for COVID-19 interim version February 24 2020*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- WHO EUROPA 1978. *Erklärung von Alma-Ata*. Internationale Konferenz über primäre Gesundheitsversorgung 12.09.1978. Almaty (Kasachstan): Weltgesundheitsorganisation Europa.
- WITZEL, A. & REITER, H. 2012. *The problem-centred interview*, London, Sage Publications.
- WONCA. 2013. *WONCA Global standards for postgraduate family medicine education* [Online]. World Organization of Family Doctors. Available: <http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Education/WONCA%20ME%20stds%20edit%20for%20web%20250714.pdf> [Accessed 14.05.2020].

8 Anhang

Anhang 1

Kriterienkatalog für Versorgungskonzepte

Nr.	Nr. (adaptiert/neu)	Nr. (original)	PHC-Merkmal (original)	PHC-Merkmal (adaptiert/neu)	Kriterien (original)	Kriterien (adaptiert/neu)
1. Team						
1	1a	1a	Hausärztin/-arzt	<i>gleich</i>	Es ist mindestens eine Hausärztin / ein Hausarzt in der Einrichtung tätig.	Es sind mind. 2 Hausärztinnen/-ärzte in der PVE tätig. <i>Adaption: Anzahl</i>
2	1b	1b	DGKP	<i>gleich</i>	Es ist mindestens eine DGKP in der Einrichtung tätig und ihr Tätigkeitsfeld geht über die Tätigkeit einer Ordinationsassistentin / eines Ordinationsassistenten hinaus.	Es ist mindestens eine DGKP in der PVE tätig und während der gesamten Öffnungszeit anwesend. Diese ist aktiv in die integrierte kontinuierliche Versorgung chronisch kranker Personen eingebunden. <i>Adaption: Anwesenheit während der gesamten Öffnungszeit, Betreuung chronisch kranker Personen</i>
3	1c	1c	Ordinationsassistentenz	<i>gleich</i>	Es ist mindestens ein:e Ordinationsassistent:in in der Einrichtung tätig.	<i>gleich</i>
4	1d	1d	weitere Berufsgruppen	<i>gleich</i>	Es ist mindestens eine weitere Berufsgruppe aus dem erweiterten PHC-Team lt. Konzept „Das Team rund um den Hausarzt“ in die Versorgung der Patientinnen/Patienten eingebunden (verbindliche Kooperation in einem organisatorischen Verbund oder „unter einem Dach“).	<i>gleich</i>
2. Zugang (Öffnungszeiten und Webdienste)						
5	2a	2a	erweiterte Öffnungszeiten	offizielle Öffnungszeiten (<i>adaptiert</i>)	Die offiziellen Öffnungszeiten gehen über ein Mindestmaß von 25 Wochenstunden hinaus.	Die offiziellen Öffnungszeiten umfassen die Werktage Montag bis Freitag und mindestens 40 Stunden. Es gibt keine Schließtage an Werktagen. <i>Adaption: Werktage Montag bis Freitag</i> <i>Mindestöffnungszeit von 40 Stunden (2 VZÄ Allgemeinmediziner:in)</i>

Nr.	Nr. (adaptiert/neu)	Nr. (original)	PHC-Merkmal (original)	PHC-Merkmal (adaptiert/neu)	Kriterien (original)	Kriterien (adaptiert/neu)
6	2b	2b	Öffnungszeiten am Tagesrand	<i>gleich</i>	Die Einrichtung hat laut offiziellen Öffnungszeiten auch an Tagesrandzeiten (vor 9.00 Uhr am Vormittag und nach 17.00 Uhr am Nachmittag) geöffnet.	<i>gleich</i>
7	2c	2c	Öffnungszeiten am Wochenende	Versorgung am Wochenende und an Feiertagen (<i>adaptiert</i>)	Die Einrichtung hat laut offiziellen Öffnungszeiten auch am Wochenende (Samstag) geöffnet.	Für Akutfälle außerhalb der Öffnungszeiten wird durch die PVE eine ständige Erreichbarkeit durch Absprache mit anderen Gesundheitsdienstleistern sichergestellt. So die PVE nicht am Wochenende und an Feiertagen geöffnet hat, wirken die Hausärztinnen/-ärzte verbindlich am Bereitschaftsdienst mit. <i>Adaption: Sicherstellung einer Erreichbarkeit außerhalb der Öffnungszeiten und Teilnahme am Bereitschaftsdienst</i>
8	2d	2d	Webdienste	<i>gleich</i>	Die Einrichtung verfügt über mind. einen der drei folgenden Webdienste: Onlinebestellung eines Dauerrezepts, Onlinekommunikation (E-Mail-Adresse angegeben oder Kontaktformular), Onlineterminreservierungen.	<i>gleich</i>
9	2e			örtliche Erreichbarkeit		Die örtliche Erreichbarkeit ist gesichert durch: 1. Barrierefreiheit des Zugangs bzw. der Räumlichkeiten und 2. gute verkehrsmäßige Erreichbarkeit durch öffentliche Anbindung und/oder 3. Parkplätze
10	2f			Öffentlichkeitsarbeit (<i>neu</i>)		Die PVE tritt als Einheit nach außen auf durch gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit und transparente Information durch Erfüllung von mind. drei der folgenden sechs Kategorien: 1. Vorhandensein einer Homepage 2. schriftliche Information zur PVE 3. einheitliche E-Mail-Adressen 4. Informationen zu Öffnungszeiten 5. Informationen zum Versorgungsangebot 6. Informationen zu Vertretungen und Urlaubszeiten

Nr.	Nr. (adaptiert/neu)	Nr. (original)	PHC-Merkmal (original)	PHC-Merkmal (adaptiert/neu)	Kriterien (original)	Kriterien (adaptiert/neu)
3. Umfassende, niederschwellige Versorgung						
11	3a	3a	Hausbesuche / aufsuchende Dienste	<i>gleich</i>	Hausbesuche durch die Hausärztin / den Hausarzt (oder eine Vertreterin / einen Vertreter einer anderen Berufsgruppe) und/ oder aufsuchende Dienste durch Vertreter:innen einer anderen Berufsgruppe (z. B. Sozialarbeiter:in) werden angeboten.	Hausbesuche durch die Hausärztin / den Hausarzt und bei Bedarf durch Vertreter:innen einer anderen Gesundheits-/Sozialprofession (z. B. DGKP, Sozialarbeiter:in) werden angeboten. <i>Adaption: verpflichtende Hausbesuche durch Allgemeinmediziner:in</i>
12	3b	3b	Gesundheitsförderung/ Prävention	<i>gleich</i>	Angebote aus Gesundheitsförderung/Prävention sind vorhanden. Bei Hausarztpraxen sind die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung und Mutter-Kind-Pass-Untersuchung sowie mindestens ein weiteres Angebot aus Gesundheitsförderung oder Primärprävention erforderlich. Bei anderen Primärversorgungsmodellen ist mind. ein Angebot aus Gesundheitsförderung oder Primärprävention erforderlich.	Die PVE erbringt Vorsorgeuntersuchung und Mutter-Kind-Pass-Untersuchung sowie mindestens ein weiteres Angebot zur populationsbezogenen Gesundheitsförderung oder Primärprävention. <i>Adaption: verpflichtende Erbringung von mind. drei Angeboten der Gesundheitsförderung oder Primärprävention</i>
13	3c	3c	Versorgung spezieller Zielgruppen	Versorgung von Populationen (<i>adaptiert</i>)	Es gibt in dem Primärversorgungsmodell mind. ein spezielles Angebot für mind. eine spezielle Zielgruppe (z. B. Kinder und Jugendliche, psychisch Kranke, ältere und multimorbide Personen, Obdachlose oder andere soziale Randgruppen), <u>und</u> eine spezifische Aus-, Fort- oder Weiterbildung wurde von mindestens einem Teammitglied absolviert, wodurch eine Versorgung angeboten wird, die in anderen Hausarztpraxen nicht vorhanden ist oder wodurch die Versorgung verbessert wird.	Das Leistungsspektrum der PVE umfasst für alle der folgenden Zielgruppen mindestens ein populationspezifisches Angebot und adressiert somit gezielt: 1. Personen mit akuten Gesundheitsanliegen 2. chronisch kranke und multimorbide Personen 3. Personen mit psychischen Erkrankungen und/oder psychosozialen Versorgungsbedarfen 4. geriatrische Personen 5. Personen mit palliativem Versorgungsbedarf 6. Personen mit rehabilitativem Versorgungsbedarf 7. Säuglinge, Kinder- und Jugendliche 8. gesunde Menschen 9. Schwangere und Personen mit Familienplänen <i>Adaption: Auflistung der obligat zu versorgenden Populationen</i>
14	3d	3d	Berücksichtigung	Berücksichtigung	Mindestens ein Teammitglied verfügt über mindestens eine weitere Sprache	<i>Adaption: Ergänzung der Eigenschaft „mündlich“ im PHC-Merkmal</i>

Nr.	Nr. (adaptiert/neu)	Nr. (original)	PHC-Merkmal (original)	PHC-Merkmal (adaptiert/neu)	Kriterien (original)	Kriterien (adaptiert/neu)
			unterschiedlicher Kulturen: Sprachkenntnisse	unterschiedlicher Kulturen: Sprachkenntnisse (mündlich) <i>(adaptiert)</i>	zusätzlich zu Deutsch und Englisch, <u>und</u> diese werden öffentlich (z. B. auf der Homepage) bekanntgemacht.	
15	3e			Berücksichtigung unterschiedlicher Kulturen: Sprachkenntnisse (schriftlich) <i>(neu)</i>		Die wichtigsten Informationsmaterialien sind zusätzlich mind. in englischer Sprache vorhanden.
		3e	Berücksichtigung unterschiedlicher Kulturen: Schulung oder anderer Kulturhintergrund eines Teammitglieds		Mind. ein Teammitglied verfügt über eine absolvierte Schulung zu Diversity, internationaler Kommunikation oder eine vergleichbare Schulung oder stammt selbst aus einem anderen (nichtdeutschsprachigen) Kulturkreis oder hat für mehrere Monate im Ausland gearbeitet und gelebt.	Streichen des Merkmals, da die Originalkriterien nicht in diesem Detailgrad im Versorgungskonzept beschrieben werden.
16	3f			Berücksichtigung unterschiedlicher Kulturen: Versorgungsangebot <i>(neu)</i>		Es besteht ein Versorgungsangebot, das direkt an Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlichen sozialen und kulturellen Hintergründen innerhalb der betreuten Region adressiert ist, und es gibt Information über die Angebote und Zuständigkeiten in entsprechender Sprache.

Nr.	Nr. (adaptiert/neu)	Nr. (original)	PHC-Merkmal (original)	PHC-Merkmal (adaptiert/neu)	Kriterien (original)	Kriterien (adaptiert/neu)
17	3g			öffentliche Gesundheitsaufgaben (neu)		Die PVE erfüllt mind. eine der fünf folgenden öffentlichen Gesundheitsdienstleistungen: 1. Totenbeschau 2. Beurteilung der Fahrtauglichkeit gemäß § 5 StVO 3. Untersuchungen nach dem Unterbringungsgesetz 4. Impfungen 5. Infektionsschutzmaßnahmen
4. Koordinierte, kontinuierliche Versorgung						
18	4a			Terminorganisation (intern) (neu)		Die PVE bietet eine gemeinsame Administration und Terminkoordination für alle in der Einheit tätigen Gesundheits- und Sozialberufe.
19	4b	4a	Terminorganisation	Terminorganisation (extern) (adaptiert)	Das Primärversorgungsmodell bietet der Patientin / dem Patienten <u>nicht nur bei Bedarf</u> (z. B. Sprachbarrieren, akute Fälle, eigene Terminorganisation unzumutbar) aktiv die Terminorganisation bei Überweisung in eine andere Einrichtung an.	Das Leistungsspektrum der PVE umfasst für alle Patientinnen/Patienten (<u>nicht nur bei Bedarf</u> , z. B. Sprachbarrieren, akute Fälle, eigene Terminorganisation unzumutbar) eine Terminorganisation bei Überweisung zu externen Versorgungspartner:innen. <i>Adaption: Ergänzung der Eigenschaft „extern“ im PHC-Merkmal.</i> <i>Umformulierung zum Bestehen des Angebots im Leistungsspektrum der PVE.</i>
20	4c			strukturierter Informationsaustausch (intern) (neu)		Es findet ein regelmäßiger Wissenstransfer und Informationsaustausch innerhalb der PVE statt. Dieser wird mind. gewährleistet durch 1. regelmäßig stattfindende interdisziplinäre Teamsitzungen und/oder 2. regelmäßig stattfindende interdisziplinäre Fallbesprechungen und/oder 3. einen regelmäßigen elektronischen Informationsaustausch zwischen allen Teammitgliedern (z. B. Informationsplattform)
21	4d			strukturierter Informationsaustausch (extern) (neu)		Es findet ein strukturierter Informations-/Befundaustausch mit externen (intra- und extramuralen) Versorgungspartnerinnen/-partnern durch standardisierte und festgelegte Prozesse statt.

Nr.	Nr. (adaptiert/neu)	Nr. (original)	PHC-Merkmal (original)	PHC-Merkmal (adaptiert/neu)	Kriterien (original)	Kriterien (adaptiert/neu)
		4b	Aufnahme- und Entlassungsmanagement		<p>Die Übermittlung der aktuellen Medikationsliste bei Einweisung (geplant) und bei Überweisungen (ungeplant) an das Krankenhaus sowie die Aktualisierung der Medikationsliste nach Entlassung auf Basis des Arztbriefes erfolgt in einem standardisierten Prozess.</p> <p>Anmerkung: Die Aktualisierung der Medikation, wenn die Patientin / der Patient mit dem Arztbrief in die Ordination kommt, ist nicht ausreichend.</p>	<p><i>Streichen des Merkmals, da die Originalkriterien nicht in diesem Detailgrad im Versorgungskonzept beschrieben werden.</i></p>
22	4e	4c	Therapie aktiv und Begleitung chronisch Kranker	gleich	<p>Die Hausärztin / Der Hausarzt nimmt an dem Disease-Management-Programm „Therapie aktiv – Diabetes im Griff“ teil und begleitet mind. eine weitere chronisch kranke Patientengruppe (z. B. Patientinnen/Patienten mit Herzinsuffizienz) standardisiert in regelmäßigen Abständen (= Kontrolltermine mind. alle 6 Monate, die durch das Team aktiv angeboten werden).</p>	gleich
23	4f	4d	Förderung des Selbstmanagements	Förderung des Selbstmanagements und Stärkung der Gesundheitskompetenz (adaptiert)	<p>Mind. drei der folgenden Schulungen bzw. Beratungsangebote werden den Patientinnen/Patienten aktiv empfohlen (eigene Durchführung nicht erforderlich): Herz.leben, Diabeteschulung, Orale Antikoagulantien-Selbstmanagementschulung, gezielte Information über Selbsthilfegruppen (inkl. schriftl. Informationsmaterials) oder ähnliches Beratungsangebot.</p>	<p>Die PVE bietet mindestens innerhalb der strukturierten Versorgungsprogramme für die zwei chronisch kranken Patientengruppen Schulungen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und Förderung des Selbstmanagements an.</p> <p>Anmerkung: Die Begriffe Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement müssen mind. einmal genannt werden.</p> <p><i>Adaption: Umformulierung zur obligaten Nennung der Begriffe „Gesundheitskompetenz“ und „Selbstmanagement“, da die Originalkriterien nicht in diesem Detailgrad im Versorgungskonzept beschrieben werden.</i></p>
24	4g			Register- und Wiederbestellsysteme (neu)		<p>Die PVE führt Register- und Wiederbestellsysteme für mindestens zwei (chronisch kranke) Patientengruppen (Diabetes mellitus und eine weitere).</p>

Nr.	Nr. (adaptiert/neu)	Nr. (original)	PHC-Merkmal (original)	PHC-Merkmal (adaptiert/neu)	Kriterien (original)	Kriterien (adaptiert/neu)
25	4h			Impfregister (neu)		Die PVE führt ein Impfregister und Erinnerungssystem.
5. Dokumentation, Qualität, Ausbildung und Forschung						
26	5a	5a	umfassende EDV-Nutzung	gleich und adaptiert	Es sind folgende drei Kriterien erfüllt: Die Patientendaten werden in einer elektronischen Patientenakte erfasst. Ein Erinnerungssystem der genutzten Ordinationssoftware wird von der Hausärztin / vom Hausarzt bzw. den Teammitgliedern aktiv genutzt (z. B. Erinnerung, wenn ein:e Diabetiker:in länger als 6 Monate nicht in der Ordination war). Ein Notizfeld, wenn die Patientenakte geöffnet wird, ist nicht ausreichend. Es erfolgt eine elektronische Befundübermittlung (z. B. DaMe).	Es sind folgende zwei Kriterien zu nennen: 1. Die Patientendaten werden in einer gemeinsamen elektronischen Patientenakte für alle in der PVE tätigen Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe erfasst. 2. Es erfolgt eine elektronische Befundübermittlung (z. B. DaMe). <i>Reduktion der Kriterien, da die Originalkriterien nicht in diesem Detailgrad im Versorgungskonzept beschrieben werden.</i>
27	5b			ICPC-2 (neu)		Es erfolgt eine einheitliche Diagnoseerfassung mittels ICPC-2.
28	5c			Qualitätsmanagement und -sicherung (neu)		Die PVE verfügt über Regelungen zu Qualitätsmanagement und -sicherung. Mindestens drei der folgenden sieben Kriterien werden genannt: 1. die Organisation von oder Teilnahme an Qualitätszirkeln 2. die Durchführung von Fallbesprechungen 3. der Einsatz evidenzbasierter Leitlinien 4. Beschreibungen der Kernprozesse 5. ein strukturiertes Beschwerdemanagement 6. regelmäßige Fort- und Weiterbildungen der Teammitglieder 7. Supervision
29	5d			Forschung (neu)		Die PVE trägt durch 1. Teilnahme an Forschungsnetzwerken und/oder 2. Projekten von Forschungseinrichtungen zur Wissensgenerierung und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und -prozesse bei.

Nr.	Nr. (adaptiert/neu)	Nr. (original)	PHC-Merkmal (original)	PHC-Merkmal (adaptiert/neu)	Kriterien (original)	Kriterien (adaptiert/neu)
30	5e	5b	Lehrpraxis bzw. Ausbildungsstätte	<i>gleich und adaptiert</i>	Das Primärversorgungsmodell beruht auf einer zertifizierten Lehrpraxis und/oder Ausbildungsstätte für Vertreter:innen anderer Gesundheitsberufe.	Die PVE ist eine Ausbildungsstätte für Mediziner:innen und Vertreter:innen anderer Gesundheitsberufe oder strebt dies an. <i>Adaption: Obligate Ausbildungsstätte für Mediziner:innen und Vertreter:innen anderer Gesundheits- und Sozialberufe. Nennung der „Lehrpraxis“ ist nicht zwingend notwendig.</i> <i>Ergänzung des Vorhabens, da die Zertifizierung zur Lehrpraxis dem Kriterium unterliegt, dass eine mindestens vierjährige Berufserfahrung als niedergelassene Ärztin / niedergelassener Arzt für Allgemeinmedizin oder als sonst freiberuflich tätige Ärztin / tätiger Arzt für Allgemeinmedizin vorliegt.</i>
6. Organisationskonzept						
31	6a			Ablauf-/ Aufbauorganisation <i>(neu)</i>		Das Versorgungskonzept verfügt über eine Beschreibung der Ablauforganisation (Prozesse) sowie Aufbauorganisation (z. B. in Form eines Organigramms).
32	6b			Versorgungsziele <i>(neu)</i>		Die PVE definiert jeweils mind. ein Versorgungsziel für die drei Zielgruppen: 1. Patientinnen/Patienten 2. Gesundheits- und Sozialberufe 3. Gesundheitssystem
33	6c			Organisationsform <i>(neu)</i>		Die Angabe der Organisationsform (Zentrum/Netzwerk) sowie des Standorts bzw. der Standorte ist vorhanden.
34	6d			Rechtsform <i>(neu)</i>		Die Angabe der Rechtsform ist vorhanden.

Anhang 2

Ergebnisse zur Beurteilung der Versorgungskonzepte inklusive Anmerkungen zur Begründung

Beurteilungsschema		Versorgungskonzepte			
		PVE Enns „Die Hausärzte“		PVE „Medizin Mariahilf“	
PHC-Merkmal	Kriterium	Check	Anmerkung	Check	Anmerkung
1. Team	Hausärztin/-arzt	✓	6 Köpfe auf 4,5 VZÄ	✓	Gesellschafter:innen: 3 VZÄ Allgemeinmediziner:innen und ein Pool an Vertretungsärztinnen/-ärzten mind. 1 Gesellschafter:in ist während der Öffnungszeiten anwesend
	DGKP	✓	2,2 VZÄ DGKP durchgehende Anwesenheit: lückenlose Versorgung Betreuung chronisch Kranker: Diabetesmanagement	✓	2 Köpfe auf 1,5 VZÄ (60 Stunden/Woche) EKG, Blutabnahme, Harnuntersuchung, Schnelltests, Wundpflege, „Diabetes aktiv“-Programm, Infusion
	Ordinationsassistenten	✓	5,2 VZÄ	✓	6 Köpfe auf 3,5 VZÄ (135 Stunden/Woche)
	weitere Berufe	✓	7 weitere Gesundheits- und Sozialberufe: Ergotherapie (10 Stunden/Woche) Physiotherapie (80 Stunden/Woche) Psychotherapie (20 Stunden/Woche), Lipopädie (10 Stunden/Woche), Sozialarbeit (40 Stunden/Woche), Hebammenhilfe (10 Stunden/Woche), Diätologie (10 Stunden/Woche)	✓	2 weitere Gesundheits- und Sozialberufe: 1 Psychotherapeutin auf 0,2 VZÄ (8 Stunden/Woche) 1 Diätologin auf 0,2 VZÄ (8 Stunden/Woche)
2. Zugang	erweiterte Öffnungszeiten	✓	7–19 Uhr, Montag bis Freitag	✓	werktags täglich 10 Stunden, Verfügbarkeit: 50 Stunden/Woche, 52 Wochen/Jahr
	Öffnungszeiten am Tagesrand	✓	7–19 Uhr	✓	Montag/Mittwoch/ Donnerstag/Freitag: 08.00–13.00 Uhr und 14.00–19.00 Uhr Dienstag: 07.00–12.00 Uhr und 14.00–19.00 Uhr
	Versorgung am Wochenende und an Feiertagen	✓	Teilnahme am Hausärztlichen Notdienst (HÄND) im vorgesehenen Ausmaß	x	außerhalb der Öffnungszeiten (19.00–07.00 Uhr, Mittagspause 13.00–14.00 Uhr, Dienstag 12.00–14.00 Uhr) Versorgung durch den Ärztekundendienst 141 und für akute Ereignisse durch die Rettung 144 → Keine Angabe zum Mitwirken beim Ärztekundendienst

	Webdienste	x	keine Angabe zu auf Homepage verfügbaren Services für Patientinnen/Patienten, keine Angabe einer E-Mail-Adresse oder eines Kontaktformulars	x	keine Angabe zu auf Homepage verfügbaren Services für Patientinnen/Patienten; Angabe einer E-Mail-Adresse in der Fußzeile des Versorgungskonzepts, ob diese auch den Patientinnen/Patienten kommuniziert wird, ist nicht angegeben
	örtliche Erreichbarkeit	x		✓	1. barrierefreie Erreichbarkeit (Behindertenlift) 2. verkehrsgünstige Lage (Mariahilfer Straße)
	Öffentlichkeitsarbeit	✓	5/6 Kategorien sind erfüllt (1, 2, 4, 5, 6)	✓	4/6 Kategorien sind erfüllt (1, 2, 4, 5)
3. umfassende, niederschwellige Versorgung	Hausbesuche / aufsuchende Dienste	✓	bei medizinischen Erfordernissen und proaktiv durch Ärztin/Arzt oder DGKP	✓	tägliche Hausbesuche durch Hausärztin/-arzt
	Gesundheitsförderung und Primärprävention	✓	1. Vorsorgeuntersuchung 2. Mutter-Kind-Pass-Sonderleistungen 3. Lebensstilberatung (Rauchen, Übergewicht, Bewegung) 4. Mitwirkung an populationsbezogenen GF-Programmen	x	Mitwirkung an Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen, Prävention bei allgemeinen sowie psychischen und psychosomatischen Gesundheitsrisiken, Vorsorgeuntersuchungen; Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen werden nicht genannt
	Versorgung von Populationen	*	Ad. 3. Personen mit psychischen Erkrankungen und/oder psychosozialen Versorgungsbedarfen: psychosoziale Versorgung wird nicht dezidiert als spezielles Versorgungsangebot genannt, jedoch werden Sozialarbeit und Psychotherapie im erweiterten Team angeführt und wird die Kooperation aller Gesundheits- und Sozialberufe beschrieben. Ad. 7. Säuglinge, Kinder und Jugendliche: Jugendlichenuntersuchung, Ziel der verbesserten Kontinuität und Koordination bei der Betreuung von Kindern und Jugendlichen, Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen Ad. 9. Schwangere und Personen mit Familienplänen:	x	4/9 Kriterien werden erfüllt: Kriterien 1, 2, 3, 6 werden genannt

			Schwangere: Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, Hebammenhilfe		
	öffentliche Gesundheitsaufgaben	✓	4/5 Kriterien werden erfüllt: Kriterien 1–4 werden genannt	x	1/4 Kriterien wird genannt: Kriterium 4
	Berücksichtigung unterschiedlicher Kulturen: Sprachkenntnisse (mündlich)	x		x	Gebärdenssprachprojekt in Kooperation mit der Marienapotheke ist in Entwicklung: kurzfristige Unterstützung durch eine Gebärdensprachdolmetscherin / einen Gebärdensprachdolmetscher bei Bedarf
	Berücksichtigung unterschiedlicher Kulturen: Sprachkenntnisse (schriftlich)	x		x	
	Berücksichtigung unterschiedlicher Kulturen: Versorgungsangebot	x		x	
4. Koordinierte, kontinuierliche Versorgung	Terminorganisation (intern)	✓	gemeinsame Administration für alle dort tätigen Personen, Terminkoordination über gemeinsame Anmeldung (optimiertes Wartezeitenmanagement)	x	variiert nach Berufsgruppe, Konsultationsgrund und Zeitpunkt der Intervention
	Terminorganisation (extern)	x		x	
	strukturierter Informationsaustausch (intern)	✓	2/3 1. Teambesprechungen: 14-Tage-Rhythmus, Kern- und erweitertes Team 2. Fallbesprechungen: täglich, unmittelbar sowie Austausch und Abstimmungen zwischen den Berufsgruppen Es findet eine regelmäßige Rückkoppelung der Fälle mit dem Kernteam statt.	✓	2/3 Kriterien sind erfüllt: 1.+2. Team- und Fallbesprechungen: täglich im Kernteam, zweimal wöchentlich mit Psychotherapeutin und Diätologin (erweitertes Team)
	strukturierter Informationsaustausch (extern)	✓	Die Patientinnen/Patienten werden strukturiert durch Zuweisung bzw. Überweisung weitergeleitet. Es findet ein verlässlicher Befundaustausch zwischen den Versorgungspartnern statt. Bei Bedarf erfolgt ein direkter persönlich Austausch mit dem Kooperationspartner.	✓	SOP Weiterleitung intern/extern

	Therapie aktiv und Begleitung chronisch Kranker	*	Durchführung integrierter Versorgungsprogramme für chronisch Kranke Beteiligung an zwischen Ärztekammer und Kasse vereinbarten Disease-Management-Programmen (DMP) → keine direkte Nennung von „Therapie aktiv – Diabetes im Griff“ sowie weiterer krankheitsspezifischer Angebote	*	1. verpflichtende Teilnahme am Disease-Management-Programm „Therapie aktiv für Diabetes mellitus Typ II“ 2. Einschränkung: Teilnahme an weiteren, gemeinsam entwickelten Disease-Management-Programmen im Einvernehmen zwischen den Vertragspartnern, sofern Kompetenz und finanzielle Deckung gegeben sind
	Register- und Wiederbestellsysteme	*	Serviceanrufe und Recalls für chronisch Kranke, Früherkennung sowie Erfassung chronisch und multimorbid Erkrankter in einer gemeinsamen elektronischen Patientenakte inkl. einheitlicher Diagnoseerfassung → keine direkte Nennung krankheitsspezifischer Angebote	*	1. Therapie aktiv (kein Recall-System genannt) 2. Vorsorgeuntersuchungen (in Entwicklung) 3. Impfungen (in Entwicklung) SMS-Erinnerungssystem ist in Entwicklung
	Förderung des Selbstmanagements und Stärkung der Gesundheitskompetenz	✓	Stärkung der Gesundheitskompetenz und des Selbstmanagements → nicht nur Kuration, sondern aktive GF und Stärkung der Selbstversorgung; gezielte Angebote zur Verbesserung des Krankheitsverständnisses, der Gesundheitskompetenz und des Selbstmanagements durch präventive Hausbesuche, Serviceanrufe, Recalls	x	Keiner der beiden Begriffe wird genannt.
5. Dokumentation, Qualität, Ausbildung und Forschung	umfassende EDV-Nutzung	*	1. gemeinsame elektronische Patientenakte: elektronische, standardisierte und multiprofessionelle Patientendokumentation, kompatible IT-Systeme für ein strukturiertes Management der zu versorgenden Personen 2. elektronische Befundübermittlung per DaMe wird nicht genannt	x	1. Zugänglichkeit für Mitglieder des Kernteams 2. elektronische Befundübermittlung per DaMe wird nicht genannt
	ICPC-2	✓	Diagnosecodierung (ICPC-2)	✓	verpflichtende Diagnosecodierung nach ICPC-2, sobald die österreichische Version EDV-technisch in der Ordinationssoftware abgebildet werden kann, sowie eine einheitliche Diagnosen- und Leistungsdokumentation gem. § 652 Abs. 4 letzter Satz ASVG
	Impfregister	x	lediglich Nennung der durchgängigen und transparenten Durchführung des Impfprogramms	✓	Recall-System für Impfungen

	Lehrpraxis bzw. Ausbildungsstätte	✓	praxisbezogene Ausbildungsstätte für Medizin und alle in der PVE tätigen Vertreter:innen der Gesundheitsberufe	✓	Mediziner:innen: Famulaturen und zertifizierte Lehrpraxis (zwei Ausbildungsplätze) Ordinationsassistenten
	Qualitätsmanagement und -sicherung	✓	1. Abhaltung regelmäßiger Qualitätszirkel, auch interdisziplinär 2. regelmäßige Team- und Fallbesprechungen 3. EbM-Guidelines 4. strukturierte Kommunikation und Vernetzung durch gemeinsam erarbeitetes verbindliches Profil (Arbeitsbeschreibung) und Leitlinien 5. Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen (z. B. regelmäßige Teambesprechungen, strukturiertes Beschwerdemanagement etc.) 6. regelmäßige Fort- und Weiterbildungen 7. Supervision	✓	3/7 Kriterien sind erfüllt: 2. tägliche Fallbesprechungen im Kernteam, zweimal wöchentlich mit Psychotherapeutin und Diätologin 4. Prozessbeschreibungen zu den fünf Kernprozessen 6. individuelle, bedarfsorientierte Fort- und Weiterbildungen Zusatz: Evaluation durch die GÖG
	Forschung	✓	1. Teilnahme an Forschungsnetzwerken 2. Vernetzung mit anderen Forschungseinrichtungen (med. Fakultäten, FH Gesundheit etc.)	x	
6. Organisationskonzept	Versorgungsziele	✓	1. Patientinnen/Patienten 2. Performance 3. Ökonomie	*	2/3 Kriterien sind im Kapitel „Versorgungsaufträge und Versorgungsziele“ erfüllt (1. und 2.). Ziele für 2. werden indirekt in anderen Kapiteln genannt (z. B. Kapitel „Wissenstransfer“: Lehrpraxis – umfassender, praxisnaher Wissenserwerb).
	Organisationsform	✓	Primärversorgungszentrum / 4470 Enns, Kathreinstraße 19	✓	Primärversorgungszentrum, Mariahilfer Straße 95/1/Mezzanin, 1060 Wien
	Rechtsform	✓	Ärzte GmbH / Einbindung erweitertes Team über Anstellungsverhältnis oder Zukauf der Leistung	✓	Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin OG
	Ablauf-/ Aufbauorganisation	✓	Ablauforganisation: Kapitel 2 a) Aufbau- und Ablauforganisation im Primärversorgungsteam und in der Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsbereichen, Kapitel 2 b) Arbeits- und Aufgabenverteilung und Zusammenarbeit im Primärversorgungsteam Aufbauorganisation: Kapitel 2 „Betreffend Organisation“ – Beschreibung der Teamzusammensetzung inklusive der Anwesenheiten	✓	Ablauforganisation: Kapitel 5 „Prozesse“ sowie Integration der SOPs in die Kernprozesse Aufbauorganisation: Kapitel 2 „Das Primärversorgungsteam“

Anhang 3

Vorlage für ein Versorgungskonzept

Die finale Version der [Vorlage zum Versorgungskonzept für PVE inklusive Ausfüllhilfe](#) ist auf der Website des Instituts für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung abzurufen.

Link zur Website: https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/frontend/user_upload/OEs/institute/allgemeinmedizin/pdf/berichte/2018/Versorgungskonzept_fuer_PVE_2.3.pdf

Anhang 4

Fragebogen zur Erhebung der Relevanz und Umsetzbarkeit von Zielen der Primärversorgungsreform

Sehr geehrte Damen und Herren!

Wir, das Team des Instituts für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung der Medizinischen Universität Graz, möchten die geballte Expertise der österreichischen Primärversorgungscommunity nutzen und gemeinsam mit Ihnen ein Stimmungsbild zur zukünftigen Primärversorgung (definiert als allgemeinmedizinische Einzel- und Gruppenpraxen sowie Primärversorgungseinheiten [PVEs]) erstellen.

Es wurden insgesamt 12 Ziele für die Primärversorgung definiert.

Als Zeithorizont wurde das Jahr 2030 (in 10 Jahren) festgelegt.

Tragen Sie bitte im folgenden Fragebogen pro Ziel

- Ihre Einschätzung der Umsetzungswahrscheinlichkeit zur Zielerreichung (Umsetzbarkeit) sowie
- Ihre Einschätzung der Bedeutung der Umsetzung zur Zielerreichung (Relevanz) ein.

Pro Ziel ist es zudem möglich, Anmerkungen in einem Kommentarfeld zu ergänzen (*optional*).

Die Ausfülldauer beträgt zirka 5 bis 15 Minuten und kann je nach Umfang Ihrer Kommentare variieren.

Die Umfrage ist bis 03.02.2020 geöffnet.

Die erhobenen Daten werden ausschließlich dem Projektteam des Instituts für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung der Medizinischen Universität Graz zugänglich sein.

Die Umfrage wird vollständig anonym durchgeführt.

Ziel 1					
2030 gibt es in Österreich an allen öffentlichen Medizinischen Universitäten ein mind. 4-wöchiges Pflichtpraktikum Allgemeinmedizin im klinisch-praktischen-Jahr (KPJ).					
Anmerkung: derzeit nur an der MedUni Graz gegeben					
Wie wichtig ist es für die österreichische Primärversorgung, dass dieses Ziel bis 2030 erreicht wird? (Bedeutung)	sehr wichtig	wichtig	weder noch	eher unwichtig	sehr unwichtig
Wie einfach ist es aus Ihrer Sicht, dass dieses Ziel bis 2030 erreicht wird? (Umsetzbarkeit)	sehr einfach	einfach	teils, teils	schwierig	sehr schwierig

Ziel 2					
2030 finden mind. 12 Monate der Ausbildung zum:zur Allgemeinmediziner:in verpflichtend in der Primärversorgung* statt.					
Anmerkung:					
Wie wichtig ist es für die österreichische Primärversorgung, dass dieses Ziel bis 2030 erreicht wird? (Bedeutung)	sehr wichtig	wichtig	weder noch	eher unwichtig	sehr unwichtig
Wie einfach ist es aus Ihrer Sicht, dass dieses Ziel bis 2030 erreicht wird? (Umsetzbarkeit)	sehr einfach	einfach	teils, teils	schwierig	sehr schwierig
*allgemeinmedizinische Einzel- und Gruppenpraxen sowie Primärversorgungseinheiten [PVEs]					

Ziel 3					
2030 endet die allgemeinmedizinische Ausbildung mit der Fachärztin / dem Facharzt für Allgemeinmedizin.					
Anmerkung: wie in der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 ab 01.06.2027 vorgesehen					
Wie wichtig ist es für die österreichische Primärversorgung, dass dieses Ziel bis 2030 erreicht wird? (Bedeutung)	sehr wichtig	wichtig	weder noch	eher unwichtig	sehr unwichtig
Wie einfach ist es aus Ihrer Sicht, dass dieses Ziel bis 2030 erreicht wird? (Umsetzbarkeit)	sehr einfach	einfach	teils, teils	schwierig	sehr schwierig

Ziel 4					
2030 gibt es in Österreich an allen öffentlichen Medizinischen Universitäten/Fakultäten ein Institut für Allgemeinmedizin mit mind. 1 Vollzeitäquivalent (VZÄ) Professur und mind. 10 VZÄ akademischem Personal.					
Anmerkung: Forderung im Masterplan Allgemeinmedizin und im Regierungsprogramm 2020–2024					
Wie wichtig ist es für die österreichische Primärversorgung, dass dieses Ziel bis 2030 erreicht wird? (Bedeutung)	sehr wichtig	wichtig	weder noch	eher unwichtig	sehr unwichtig
Wie einfach ist es aus Ihrer Sicht, dass dieses Ziel bis 2030 erreicht wird? (Umsetzbarkeit)	sehr einfach	einfach	teils, teils	schwierig	sehr schwierig

Ziel 5					
2030 erfolgt die Finanzierung in der österreichischen Primärversorgung* einheitlich anhand eines attraktiven Honorierungssystems (z. B. Mischform aus Kopf- und/oder Fallpauschalen, Einzelleistungsvergütung und/oder Pay for Performance).					
Anmerkung: derzeit laut Statistik Austria zirka 1 Hausärztin/-arzt pro 2.300 EW					
Wie wichtig ist es für die österreichische Primärversorgung, dass dieses Ziel bis 2030 erreicht wird? (Bedeutung)	sehr wichtig	wichtig	weder noch	eher unwichtig	sehr unwichtig
Wie einfach ist es aus Ihrer Sicht, dass dieses Ziel bis 2030 erreicht wird? (Umsetzbarkeit)	sehr einfach	einfach	teils, teils	schwierig	sehr schwierig
*allgemeinmedizinische Einzel- und Gruppenpraxen sowie Primärversorgungseinheiten [PVEs]					

Ziel 6					
2030 gibt es eine einheitliche Diagnosen- und Leistungserfassung mittels ICPC-2 in der gesamten österreichischen Primärversorgung*.					
Anmerkung: Forderung im Masterplan Allgemeinmedizin und im Regierungsprogramm 2020–2024					
Wie wichtig ist es für die österreichische Primärversorgung, dass dieses Ziel bis 2030 erreicht wird? (Bedeutung)	sehr wichtig	wichtig	weder noch	eher unwichtig	sehr unwichtig
Wie einfach ist es aus Ihrer Sicht, dass dieses Ziel bis 2030 erreicht wird? (Umsetzbarkeit)	sehr einfach	einfach	teils, teils	schwierig	sehr schwierig
*allgemeinmedizinische Einzel- und Gruppenpraxen sowie Primärversorgungseinheiten [PVEs]					

Ziel 7					
2030 existiert eine transparente Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität (z. B. mittels Qualitätsindikatoren) in der Primärversorgung*.					
Anmerkung: internationaler Standard und Forderung im Regierungsprogramm 2020–2024					
Wie wichtig ist es für die österreichische Primärversorgung, dass dieses Ziel bis 2030 erreicht wird? (Bedeutung)	sehr wichtig	wichtig	weder noch	eher unwichtig	sehr unwichtig
Wie einfach ist es aus Ihrer Sicht, dass dieses Ziel bis 2030 erreicht wird? (Umsetzbarkeit)	sehr einfach	einfach	teils, teils	schwierig	sehr schwierig
*allgemeinmedizinische Einzel- und Gruppenpraxen sowie Primärversorgungseinheiten [PVEs]					

Ziel 8					
freiwilliges Einschreibemodell in der Primärversorgung*					
Anmerkung: operatives Ziel 8, Zielsteuerungsvertrag Gesundheit					
Wie wichtig ist es für die österreichische Primärversorgung, dass dieses Ziel bis 2030 erreicht wird? (Bedeutung)	sehr wichtig	wichtig	weder noch	eher unwichtig	sehr unwichtig
Wie einfach ist es aus Ihrer Sicht, dass dieses Ziel bis 2030 erreicht wird? (Umsetzbarkeit)	sehr einfach	einfach	teils, teils	schwierig	sehr schwierig
*allgemeinmedizinische Einzel- und Gruppenpraxen sowie Primärversorgungseinheiten [PVEs]					

Ziel 9					
2030 arbeiten mind. 500 Advanced Nurse Practitioners (ANP) / Pflegeexpertinnen/-experten in der österreichischen Primärversorgung*.					
Anmerkung: gemäß internationalen Standards					
Wie wichtig ist es für die österreichische Primärversorgung, dass dieses Ziel bis 2030 erreicht wird? (Bedeutung)	sehr wichtig	wichtig	weder noch	eher unwichtig	sehr unwichtig
Wie einfach ist es aus Ihrer Sicht, dass dieses Ziel bis 2030 erreicht wird? (Umsetzbarkeit)	sehr einfach	einfach	teils, teils	schwierig	sehr schwierig
*allgemeinmedizinische Einzel- und Gruppenpraxen sowie Primärversorgungseinheiten [PVEs]					

Ziel 10					
2030 arbeiten mindestens 20 % aller Pflegefachkräfte (DGKP, ANP) in der österreichischen Primärversorgung* (inkl. mobiler Pflege).					
Anmerkung: operatives Ziel 1.1: 75 PVE bis 2021, Zielsteuerungsvertrag Gesundheit					
Wie wichtig ist es für die österreichische Primärversorgung, dass dieses Ziel bis 2030 erreicht wird? (Bedeutung)	sehr wichtig	wichtig	weder noch	eher unwichtig	sehr unwichtig
Wie einfach ist es aus Ihrer Sicht, dass dieses Ziel bis 2030 erreicht wird? (Umsetzbarkeit)	sehr einfach	einfach	teils, teils	schwierig	sehr schwierig
*allgemeinmedizinische Einzel- und Gruppenpraxen sowie Primärversorgungseinheiten [PVEs]					

Ziel 11					
2030 gibt es im Durchschnitt in Österreich mindestens eine Hausärztin / einen Hausarzt mit Kassenvertrag pro 2.000 Einwohner:innen.					
Anmerkung: Forderung im Regierungsprogramm 2020–2024: Community Nurses in 500 Gemeinden, internationaler Ausbildungsstandard: Masterlevel, z. B. ANP					
Wie wichtig ist es für die österreichische Primärversorgung, dass dieses Ziel bis 2030 erreicht wird? (Bedeutung)	sehr wichtig	wichtig	weder noch	eher unwichtig	sehr unwichtig
Wie einfach ist es aus Ihrer Sicht, dass dieses Ziel bis 2030 erreicht wird? (Umsetzbarkeit)	sehr einfach	einfach	teils, teils	schwierig	sehr schwierig

Ziel 12					
2030 gibt es in Österreich mindestens 225 Primärversorgungseinheiten (PVE).					
Anmerkung: internationaler Standard > 20 %, Österreich aktuell 8 %					
Wie wichtig ist es für die österreichische Primärversorgung, dass dieses Ziel bis 2030 erreicht wird? (Bedeutung)	sehr wichtig	wichtig	weder noch	eher unwichtig	sehr unwichtig
Wie einfach ist es aus Ihrer Sicht, dass dieses Ziel bis 2030 erreicht wird? (Umsetzbarkeit)	sehr einfach	einfach	teils, teils	schwierig	sehr schwierig

Angaben zu Ihrer Person

Alter in Jahren	< 30 Jahre
	30–39 Jahre
	40–49 Jahre
	50–59 Jahre
	60–69 Jahre
	≥ 70 Jahre
Geschlecht	weiblich
	männlich
berufliche Zuordnung (Bitte wählen Sie die für Sie am	praktische Tätigkeit in Einzel- oder Gruppenpraxis bzw. PVE
	praktische Tätigkeit im extramuralen Bereich außerhalb von Einzel- oder Gruppenpraxen bzw. PVE

ehesten zutreffende Antwortmöglichkeit.)	praktische Tätigkeit in der intramuralen Versorgung (inkl. Ambulanzen, Ambulatorien, Krankenhäusern, Langzeitpflegeeinrichtungen)
	Wissenschaft und Forschung
	Verwaltung/Politik
	Verein / gemeinnützige Organisation
	Sonstiges (bitte angeben)
Berufserfahrung im Gesundheitsbereich	< 5 Jahre
	5–10 Jahre
	11–20 Jahre
	> 20 Jahre
	Tätigkeit außerhalb des Gesundheitsbereichs
Ich bin in folgendem Bundesland beruflich tätig:	Burgenland
	Kärnten
	Oberösterreich
	Niederösterreich
	Salzburg
	Steiermark
	Tirol
	Vorarlberg
	Wien

Herzlichen Dank für die Teilnahme an der Fragebogenerhebung!

Bei Fragen melden Sie sich gern bei sarah.burgmann@medunigraz.at.

Anhang 5

Statistisch signifikante Ergebnisse des Gruppenvergleichs 1

Ziel 02 „Allgemeinmedizinische Lehrpraxis“

Crosstab					
			Geschlecht		Total
			Weiblich	Männlich	
Ziel 02	weder noch/ eher unwichtig / sehr unwichtig	Count	1	6	7
		% Geschlecht	1,1%	9,7%	4,5%
	wichtig / sehr wichtig	Count	94	56	150
		% Geschlecht	98,9%	90,3%	95,5%
Total		Count	95	62	157
		% Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests					
	Value		Exact Sig. (2-sided)		
Fisher's Exact Test			,016		
N of Valid Cases	157				
a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,76.					
b. Computed only for a 2x2 table					
c. The standardized statistic is -2,551.					

Ziel 03 „Fachärztin/-arzt für Allgemeinmedizin“

Crosstab						
			Berufserfahrung im Gesundheitsbereich in Jahren			Total
			> 10 Jahre	11-20 Jahre	>20 Jahre	
Ziel 03	weder noch/ eher unwichtig / sehr unwichtig	Count	4	5	0	9
		% Berufserfahrung im Gesundheitsbereich in Jahren	9,3%	11,9%	0,0%	5,6%
	wichtig / sehr wichtig	Count	39	37	76	152
		% Berufserfahrung im Gesundheitsbereich in Jahren	90,7%	88,1%	100,0%	94,4%
Total		Count	43	42	76	161
		% Berufserfahrung im Gesundheitsbereich in Jahren	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value		Exact Sig. (2-sided)		
Fisher's Exact Test	10,112		,004		
N of Valid Cases	161				
a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,35.					
b. The standardized statistic is 2,394.					

Ziel 05 „Attraktives Honorierungssystem“

Crosstab					
			Geschlecht		Total
			Weiblich	Männlich	
Ziel 05	teils-teils / schwierig / sehr schwierig	Count	93	55	148
		% Geschlecht	97,9%	88,7%	94,3%
	sehr einfach/ einfach	Count	2	7	9
		% Geschlecht	2,1%	11,3%	5,7%
Total		Count	95	62	157
		% Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests					
	Value		Exact Sig. (2-sided)		
Fisher's Exact Test			,029		
N of Valid Cases	157				
a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,55.					
b. Computed only for a 2x2 table					
c. The standardized statistic is 2,412.					

Ziel 07 „Erfassung der Prozess- & Ergebnisqualität in der Primärversorgung“

Crosstab								
			Tätigkeitsfeld					Total
			Extramuraler Bereich	Praktische Tätigkeit in der intramuralen Versorgung	Wissenschaft und Forschung	Verwaltung / Politik	Verein / Gemeinnützige Organisation	
Ziel 07	weder noch/ eher unwichtig / sehr unwichtig	Count	13	2	2	4	3	24
		% Tätigkeitsfeld	28,9%	9,1%	4,7%	12,1%	30,0%	15,7%
	wichtig / sehr wichtig	Count	32	20	41	29	7	129
		% Tätigkeitsfeld	71,1%	90,9%	95,3%	87,9%	70,0%	84,3%
Total		Count	45	22	43	33	10	153

	% Tätigkeitsfeld	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
--	------------------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

Chi-Square Tests							
		Value	df	Exact Sig. (2-sided)			
Fisher's Exact Test		12,059		,012			
N of Valid Cases		153					
a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,57.							
b. The standardized statistic is 1,509.							

Ziel 10 „DGKP in der Primärversorgung“

Tätigkeitsfeld

			Tätigkeitsfeld					Total
			Extramuraler Bereich	Praktische Tätigkeit in der intramuralen Versorgung	Wissenschaft und Forschung	Verwaltung / Politik	Verein / Gemeinnützige Organisation	
Ziel 10	weder noch/ eher unwichtig / sehr unwichtig	Count	19	4	6	7	2	38
		% Tätigkeitsfeld	42,2%	18,2%	14,0%	21,2%	20,0%	24,8%
	wichtig / sehr wichtig	Count	26	18	37	26	8	115
		% Tätigkeitsfeld	57,8%	81,8%	86,0%	78,8%	80,0%	75,2%
Total		Count	45	22	43	33	10	153
		% Tätigkeitsfeld	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests							
		Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)			
Pearson Chi-Square		10,894a	4	,028			
N of Valid Cases		153					
a. 1 cells (10,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,48.							
b. The standardized statistic is 2,374.							

Geschlecht

Crosstab					
			Geschlecht		Total
			Weiblich	Männlich	
Ziel 10	weder noch/ eher unwichtig / sehr unwichtig	Count	15	21	36
		% Geschlecht	15,8%	33,9%	22,9%
	wichtig / sehr wichtig	Count	80	41	121
		% Geschlecht	84,2%	66,1%	77,1%
Total		Count	95	62	157
		% Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)		
Pearson Chi-Square	6,941a	1	,008		
N of Valid Cases	157				
a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,22.					
b. Computed only for a 2x2 table					
c. The standardized statistic is -2,626.					

Anhang 6

Statistisch signifikante Ergebnisse des Gruppenvergleichs 2

Ziel 03 „Fachärztin/-arzt für Allgemeinmedizin“

Crosstab		Berufserfahrung im Gesundheitsbereich in Jahren			Total
		20 Jahre oder weniger	>20 Jahre		
Ziel 03	weder noch/ eher unwichtig / sehr unwichtig	Count	9	0	9
		% Berufserfahrung im Gesundheitsbereich in Jahren	10,6%	0,0%	5,6%
	wichtig / sehr wichtig	Count	76	76	152
		% Berufserfahrung im Gesundheitsbereich in Jahren	89,4%	100,0%	94,4%
Total		Count	85	76	161
		% Berufserfahrung im Gesundheitsbereich in Jahren	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests				
	Value		Exact Sig. (2-sided)	
Fisher's Exact Test			,003	
N of Valid Cases	161			
a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,25.				
b. Computed only for a 2x2 table				
c. The standardized statistic is 2,910.				

Ziel 06 „Einheitliche Diagnosen- und Leistungserfassung mittels ICPC-2“

Crosstab		Tätigkeitsfeld			Total	
		Praktische Tätigkeit	Wissenschaft und Forschung	Verwaltung / Politik		
Ziel 06	weder noch/ eher unwichtig / sehr unwichtig	Count	19	7	14	40
		% Tätigkeitsfeld	28,4%	16,3%	42,4%	28,0%
	wichtig / sehr wichtig	Count	48	36	19	103
		% Tätigkeitsfeld	71,6%	83,7%	57,6%	72,0%
Total		Count	67	43	33	143
		% Tätigkeitsfeld	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)			
Pearson Chi-Square	6,344a	2	,042			
N of Valid Cases	143					
a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,23.						
b. The standardized statistic is -1,044.						

Ziel 07 „Erfassung der Prozess- & Ergebnisqualität in der Primärversorgung“

Crosstab						
			Tätigkeitsfeld			Total
			Praktische Tätigkeit	Wissenschaft und Forschung	Verwaltung / Politik	
Ziel 07	weder noch/ eher unwichtig / sehr unwichtig	Count	15	2	4	21
		% Tätigkeitsfeld	22,4%	4,7%	12,1%	14,7%
	wichtig / sehr wichtig	Count	52	41	29	122
		% Tätigkeitsfeld	77,6%	95,3%	87,9%	85,3%
Total		Count	67	43	33	143
		% Tätigkeitsfeld	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests						
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)			
Pearson Chi-Square	6,802a	2	,033			
N of Valid Cases	143					
a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,85.						
b. The standardized statistic is 1,764.						

Ziel 10 „DGKP in der Primärversorgung“

Crosstab						
			Tätigkeitsfeld			Total
			Praktische Tätigkeit	Wissenschaft und Forschung	Verwaltung / Politik	
Ziel 10	weder noch/ eher unwichtig / sehr unwichtig	Count	23	6	7	36
		% Tätigkeitsfeld	34,3%	14,0%	21,2%	25,2%
	wichtig / sehr wichtig	Count	44	37	26	107
		% Tätigkeitsfeld	65,7%	86,0%	78,8%	74,8%
Total		Count	Count	43	33	143
		% Field of working	% Tätigkeitsfeld	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests						
------------------	--	--	--	--	--	--

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)			
Pearson Chi-Square	6,130a	2	,047			
N of Valid Cases	143					
a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,31.						
b. The standardized statistic is 1,782.						

Anhang 7

Factsheet PVE



Medizinische Universität Graz

PRIMÄRVERSORGUNGSEINHEITEN (PVE) IN ÖSTERREICH



Definition

- **verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit** gemäß dem Versorgungskonzept
- nach außen, vor allem gegenüber der Bevölkerung im Einzugsgebiet, **als Einheit auftretende Erstanlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem für alle gesundheitlichen Anliegen**

Funktionen (beispielhaft)

- Abgestimmte Öffnungszeiten / Erreichbarkeit auch an Tagesrandzeiten
- Register- und Wiederbestellsysteme (z.B. chronisch Kranke, Impfungen)
- Ausbildungsstätte für Ärztinnen/Ärzte sowie Gesundheits- und Sozialberufe
- breite diagnostische, therapeutische und pflegerische Kernkompetenzen
- Teamwork & Work-Life-Balance
- Einheitliche Diagnose- und Leistungscodierung (ICPC-2)
- Entlastung der Ambulanzen & vermehrt abschließende Behandlungen
- Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung
- Arzneimittelmanagement

Organisationsformen

 <p>ZENTRUM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppenpraxis • Ambulatorium • OG • GesmbH 	 <p>NETZWERK</p>	<ul style="list-style-type: none"> • z.B. als Verein
--	---	--	---

Multiprofessionelles Team

Kernteam

- Allgemeinmediziner/-innen (mind. 3)
- Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal
- Ordinationsassistenten
- b.B. Fachärztinnen/ Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde

Erweitertes Team (Orts- und bedarfsabhängig)

- Medizinisch-technische Dienste (z.B. Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie, Diätologie)
- Sozialarbeiter/-innen
- Hebammen
- Psychologinnen/ Psychologen; Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- Medizinische/-r Masseur/-in- und Heilmasseur/-in
- PV-Management



Informationsblatt zu Primärversorgung für Interviewpartner/-innen der Studie zu förderlichen und hemmenden Faktoren bezüglich der Tätigkeit von Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner ohne § 2-Kassenvertrag für Allgemeinmedizin in Primärversorgungseinheiten
Version 1.0, 03.03.2020

- 1 / 1 -

Anhang 8

Interviewleitfaden

INTERVIEWLEITFADEN ALLGEMEINMEDIZINER/IN OHNE KASSENVERTRAG

Vielen Dank, dass Sie/du dich bereit erklärt haben/hast, an diesem Interview teilzunehmen. Wie ich schon telefonisch erzählt habe, führe ich dieses im Rahmen meines Dissertationsprojektes durch. Im Interview möchte ich mich mit Ihnen/dir bezüglich der Tätigkeit als Allgemeinmediziner/-in in der Primärversorgung unterhalten. Im Speziellen über die Gründe, die aus Ihrer/deiner Sicht für oder gegen eine Tätigkeit als Allgemeinmediziner/-in in einer PVE sprechen.

Zu Beginn möchte ich Sie/dich bitten, diesen Fragebogen auszufüllen. Hierbei geht es um allgemeine Informationen zu Ihrer/deiner Person, zur aktuellen beruflichen Tätigkeit und zu Ihrer/ deiner Ausbildung.

Ich werde das Gespräch aufnehmen, um es dann später genauer auswerten zu können. Vielleicht mache ich mir auch ein paar Notizen währenddessen. Falls du/Sie während des Gesprächs Fragen hast/haben, können Sie/ kannst du mir diese gerne jederzeit stellen. Ich werde jetzt das Aufnahmegerät einschalten.

AUFNAHMEGERÄT EINSCHALTEN

Ich werde jetzt das Datum und die Uhrzeit auf das Band sprechen und dann starten wir mit dem Gespräch.

Dann fange ich mal mit meiner ersten Frage an:

Seit einigen Jahren gibt es ja nun die Bestrebungen die Primärversorgungsstrukturen in Österreich zu stärken, indem so genannte PVE etabliert werden sollen.	
1.	Was verbinden Sie/ verbindest du mit dem Begriff Primärversorgung?
1.1.	Wie kommt es zu dieser Meinung?
1.2.	Woher nehmen Sie Ihre/ nimmst du deine Informationen?
2.	Wie nehmen Sie/ nimmst du die Primärversorgungs-Situation und Entwicklungen rund um PVE wahr ?
3.	Ist Ihnen/ dir die Organisationsform der PVE bekannt ?
<i>Korrekt: Sie sind/ du bist ja sehr gut mit PHC und den Entwicklungen in Österreich vertraut.</i>	
3.1.	Wodurch zeichnet sich aus Ihrer/deiner Sicht diese neue Versorgungsform der PVE aus?
4.	Könnten Sie sich/ Könntest du dir vorstellen als Hausärztin/-arzt tätig zu werden ?
Ja	Nein

5. Was wären für Sie/ dich die perfekten Rahmenbedingungen, um als HA tätig zu sein? (Phantasie, darfst dir alles ausmalen)	5. Und wenn Sie sich die Rahmenbedingungen ganz frei wählen könnten - Wie würde Ihr/dein Szenario aussehen, in dem Sie sich/ du dir das vorstellen könnten/könntest?
6. Was hat diese Meinung beeinflusst? 6.1. Z.B. Lehrpraxis 6.2. Eltern	6. Warum ist dies keine Option für Sie/dich? 6.1 Wie kommt es zu dieser Meinung ?
7. Was haben Sie/ hast du aus der Lehrpraxis dabei für Sie/ dich mitgenommen?	7.1. Rückblickend – Welchen Unterschied würde es machen, wenn Sie/ du eine Lehrpraxis gehabt hättest? 7.2 Hätte Sie sich/ du dir diese gewünscht ?
8. Könnten Sie sich/ Könntest du dir vorstellen, dies in einer PVE zu machen?	8. Besteht diese Meinung auch bezüglich einer PVE?
9. Warum könnten Sie sich/ könntest du dir gut vorstellen, als HA in einer PVE tätig zu werden? → Was spricht für Sie/ dich persönlich FÜR eine Tätigkeit in einer PVE? • Welchen Vorteil sehen Sie/ siehst du in deiner aktuellen Tätigkeit im Vergleich zu einer Tätigkeit in einer PVE? • Vorteil im Vergleich zur traditionellen Einzelpraxis? 9.1. Attraktive Rahmenbedingungen? Persönlich: • Persönliche Weiterentwicklung, Fortbildung • Flexibilität Patientinnen-/Patientenversorgung & Organisation • Kontinuität	8.1 Und warum haben Sie/ hast du diese Meinung auch bezüglich PVE? 8.2 Woher nehmen Sie Ihre /nimmst du deine Informationen ? 8.3 Kennen Sie/ Kennst du jemanden , der in einer PVE tätig ist? 8.4 Woher kommt diese Sorge? 9. Gibt es aus Ihrer/ deiner Sicht trotzdem Rahmenbedingungen , die attraktiv sein könnten?

<ul style="list-style-type: none"> • Arbeit im Team • Austausch im Team • Rückfragen & geteilte Verantwortung • Qualität der Versorgung • Fokus in der Versorgung setzen? • Macht der Versorgungsansatz, der sich gezielt an Patientengruppen richtet – also Versorgungsprogramme und -prozesse, die in den Alltag integriert werden sollen, einen Unterschied für Sie? 	
<p>10. Gibt es Faktoren, die eine PVE im Vergleich zu einer klassischen Hausarztordination interessanter/attractiver machen?</p>	
<p>10.1. Was macht den Unterschied aus?</p>	
<p>11. Im Moment ist es ja so, dass die Leistungen in der Einzel-HA-Praxis einzeln abgegolten werden (z.B. für jede Blutabnahme, Infusion, therap. Aussprache, EKG). Für PVE werden ja auch andere <u>Honorierungssysteme</u> wie Grundpauschale (Kontaktunabh. pro VZÄ pro Jahr), Fallpauschalen (Kontaktabh. Quartalspauschale), Pay4Performance (Prämien bei Zielerreichung) etc. eingesetzt. Hat die Form, wie Ihre Leistungen honoriert/abgegolten werden, für Sie persönlich einen Einfluss darauf, ob Sie sich für oder gegen eine Tätigkeit in einer PVE entscheiden würden? (Nimmt das Vorhandensein oder auch nicht Vorhandensein von einem Einschreibemodell einen Einfluss auf Ihre/deine Meinung?)</p>	
<p>12. Was erhoffe Sie sich/ erhoffst du dir von einer Tätigkeit in einer PVE?</p>	
<p>13. Angenommen, du würdest jetzt eine PVE gründen: Wie würden Sie sich's vorstellen, dass es ablaufen soll?</p>	
<p>13.1. Was wären deine nächsten Schritte?</p>	
<p>13.2. Kennen Sie Angebote?</p>	
<p>13.3. Sind diese hilfreich oder mangelt es aus Ihrer/deiner Sicht an etwas?</p>	
<p>13.4. Was würden Sie sich/ würdest du dir erwarten?</p>	
<p>13.5. Und von welcher Seite sollte es diese Angebote geben?</p>	
<p>13.6. In welcher Position könnten Sie sich/ du dir das vorstellen?</p>	
<p>• Gesellschafter oder angestellt?</p>	
<p>13.7. In welchem Entwicklungsstadium der Organisation würden Sie/ würdest du gerne in eine PVE einsteigen?</p>	
<p>14. Wie stellst du dir dein Team vor?</p>	

14.1.	Ausmalen: Welche Gesundheits- und Sozialberufe würden Sie sich/ würdest du dir in Ihrem/ deinem Team wünschen?	
14.2.	Warum genau diese Professionen (Auswirkungen)?	
15.	Was hält Sie/ dich im Moment definitiv davon ab, (jetzt) diesen Schritt in eine PVE zu tun? <ul style="list-style-type: none"> • Faktoren/ Gründe, die dagegensprechen (extern) • besondere Umstände, die dich daran hindern (persönlich) • Hindernisse auf dem Weg dorthin 	
16.	Was bräuchten Sie/ bräuchtest du dafür, dass Sie sich/ du dich jetzt dafür entscheiden würdest, HA in einer PVE zu werden?	12. Was bräuchte es, damit die Tätigkeit als Hausärztin/-arzt in einer PVE eine Option für Sie/ dich wäre? <ul style="list-style-type: none"> • Voraussetzungen • Unterstützung
17.	Welchen Unterschied würde die Organisationsform als Zentrum oder Netzwerk machen?	
18.	Welche persönlichen Eigenschaften braucht es denn aus Ihrer/ deiner Sicht für die Tätigkeit als in einer PVE?	19. Welche persönlichen Eigenschaften braucht es denn aus Ihrer/ deiner Sicht für die Tätigkeit als HA in einer PVE? <ul style="list-style-type: none"> • Sind Sie/ Bist du also eher ein Typ, der gerne allein arbeitet? (Einzelkämpfer) • Wo haben Sie/ hast du das schon mitbekommen?
20.	Fühlen Sie sich/ Fühlst du dich ausreichend vorbereitet für die Tätigkeit als HA in einer PVE?	22. Würden Sie sich/ würdest du dich prinzipiell ausreichend vorbereitet fühlen, für eine Tätigkeit als HA in einer PVE?
21.	Welche Chancen bieten PVE aus Ihrer/ deiner Sicht? <ul style="list-style-type: none"> • Fach Allgemeinmedizin? • Patienten und Bevölkerung? • Wie sehen diese aus? 	
22.	Was glauben Sie/ glaubst du: Wie werden Patientinnen/ Patienten auf Primärversorgungs-/Allgemeinmedizin -Ebene in 10 Jahren vorwiegend versorgt werden?	
23.	Möchten Sie/ Möchtest du noch etwas zu diesem Thema ergänzen ?	
Vielen Dank, dass Sie sich/ du dir die Zeit genommen haben/hast, an diesem Interview teilzunehmen!		

Anhang 9

Einverständniserklärung



Medizinische Universität Graz

Sarah Burgmann, BSc, MA

Information zur Studienteilnahme für Interviewpartner/-innen

Studie zu förderlichen und hemmenden Faktoren bezüglich der Tätigkeit von Allgemeinmediziner/-innen ohne § 2-Kassenvertrag für Allgemeinmedizin in Primärversorgungseinheiten

Sehr geehrte Damen und Herren!

Im Rahmen meines Dissertationsprojektes führe ich Interviews mit Allgemeinmediziner/-innen, die innerhalb der letzten 10 Jahre (2010-2020) ihre Ausbildung zur/zum Allgemeinmediziner/-in abgeschlossen haben, jedoch keine § 2-Vertragsallgemeinmediziner/-innen sind.

Ich möchte die vielseitigen Gründe erfahren, die Allgemeinmediziner/-innen dazu bewegen oder davon abhalten in einer Primärversorgungseinheit (PVE) tätig zu werden.

Daher möchte ich Sie einladen, an dieser Studie teilzunehmen!

Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung einer Studie ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme an dieser Studie schriftlich erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text sorgfältig durch und zögern Sie nicht Fragen zu stellen.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur

- wenn Sie Art und Ablauf der Studie vollständig verstanden haben,
- wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen und
- wenn Sie sich über Ihre Rechte als Teilnehmerin/Teilnehmer an dieser Studie im Klaren sind.

Die Teilnahme an dieser Studie erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit die Einverständniserklärung ohne Angabe von Gründen zurückziehen. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen für Sie.

1. Was ist Zweck der Studie?

Der Zweck der Studie ist es, herauszufinden welche Gründe aus der Perspektive von Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner ohne § 2-Kassenvertrag für Allgemeinmedizin, die potentielle PVE-Ärztinnen/Ärzte darstellen, für oder gegen eine Tätigkeit in einer PVE sprechen. Auf dieser Basis könnten Aussagen zu den zögernden Entwicklungen zur Etablierung von PVE in Österreich getroffen werden.

2. Wie läuft diese Studie ab?

Ich möchte Ihnen vor dem Interview einen kurzen Fragebogen zu allgemeinen Informationen zu Ihrer Person, Ihrer aktuellen beruflichen Situation sowie zu Ihrer Ausbildung vorlegen und Sie anschließend zu den Gründen, die aus Ihrer Sicht für oder gegen eine Tätigkeit als Allgemeinmediziner/-in in einer PVE sprechen, befragen.

Ihre Antworten und die Antworten anderer Teilnehmer/-innen werden qualitativ analysiert sowie auf Basis dessen fördernde und hemmende Faktoren identifiziert. Diese werden in Bezug zu den Entwicklungen zur Stärkung der Primärversorgung durch die Etablierung von PVE gesetzt.

3. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an dieser Studie?

Die Teilnahme an dieser Studie hat keinen unmittelbaren Nutzen für Sie.

Es ist jedoch denkbar, dass die Ergebnisse aus den Interviews künftig in Aktivitäten rund um die Stärkung der Primärversorgung durch die Etablierung von Primärversorgungseinheiten einfließen können. Es könnte Sie betreffen, wenn auch Ihre/Ihr Hausärztin/-arzt in einer PVE tätig ist oder sein wird.

4. In welcher Weise werden die gesammelten Daten verwendet?

Das Interview wird aufgezeichnet und verschriftlicht (transkribiert). Die Verschriftlichung und Auswertung erfolgen anonymisiert. Zugang zu diesen Daten hat die Dissertantin sowie das Betreuersteam (Univ.-Prof. Dr.med.univ. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch, Dr.rer.medic. Muna Abuzahra, BSc MA und Mag. Dr.scient.med. Hannes Mayerl), Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der Medizinischen Universität Graz. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Ergebnisse der Interviews werden im Rahmen der Dissertationsschrift sowie in etwaigen Publikationen verwendet. In diesen Veröffentlichungen werden Sie nicht namentlich genannt.

5. Entstehen für die Teilnehmer/-innen Kosten?

Durch die Teilnahme an dieser Studie entstehen für Sie keine Kosten.

6. Ansprechperson und weitere Fragen

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit dieser Studie steht Ihnen die Dissertantin gerne zur Verfügung. Auch Fragen, die Ihre Rechte als Teilnehmer/-in an dieser Studie betreffen, werden Ihnen gerne beantwortet.

Kontaktdaten:

Frau Sarah BURGMANN, BSc, MA
Medizinische Universität Graz
Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung
Tel. 0316/ 385-73560
Mobil:
Email: sarah.burgmann@medunigraz.at



Einverständniserklärung zum Interview

Name: _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts an einem Interview teilzunehmen.

Ich wurde über das Ziel und den Verlauf des Forschungsprojekts ausreichend informiert. Ich habe darüber hinaus den Text dieser Aufklärung und Einwilligungserklärung gelesen und vollständig verstanden. Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und umfangreich beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich kann das Interview jederzeit abbrechen und meine Einwilligung für eine Aufzeichnung und Analyse des Interviews sowie für die Verwendung meiner Daten zurückziehen, ohne dass mir dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, dass das Interview mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet wird. Die Verschriftlichung und Auswertung des Interviews erfolgen anonymisiert.

Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes beachtet. Eine Kopie dieser Information und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Projektleitung.

Ort, Datum

Unterschrift

Information zur Studienteilnahme für Interviewpartner/-innen

Studie zu förderlichen und hemmenden Faktoren bezüglich der Tätigkeit von Allgemeinmediziner/-innen ohne § 2-Kassenvertrag für Allgemeinmedizin in Primärversorgungseinheiten

Sehr geehrte Damen und Herren!

Im Rahmen meines Dissertationsprojektes führe ich Interviews mit Allgemeinmediziner/-innen, die innerhalb der letzten 10 Jahre (2010-2020) ihre Ausbildung zur/zum Allgemeinmediziner/-in abgeschlossen haben, jedoch keine § 2-Vertragsallgemeinmediziner/-innen sind.

Ich möchte die vielseitigen Gründe erfahren, die Allgemeinmediziner/-innen dazu bewegen oder davon abhalten in einer Primärversorgungseinheit (PVE) tätig zu werden.

Daher möchte ich Sie einladen, an dieser Studie teilzunehmen!

Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung einer Studie ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme an dieser Studie schriftlich erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text sorgfältig durch und zögern Sie nicht Fragen zu stellen.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur

- wenn Sie Art und Ablauf der Studie vollständig verstanden haben,
- wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen und
- wenn Sie sich über Ihre Rechte als Teilnehmerin/Teilnehmer an dieser Studie im Klaren sind.

Die Teilnahme an dieser Studie erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit die Einverständniserklärung ohne Angabe von Gründen zurückziehen. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen für Sie.

1. Was ist Zweck der Studie?

Der Zweck der Studie ist es, herauszufinden welche Gründe aus der Perspektive von Allgemeinmedizinerinnen/-medizinern ohne § 2-Kassenvertrag für Allgemeinmedizin, die potentielle PVE-Ärztinnen/Ärzte darstellen, für oder gegen eine Tätigkeit in einer PVE sprechen. Auf dieser Basis könnten Aussagen zu den zögernden Entwicklungen zur Etablierung von PVE in Österreich getroffen werden.

2. Wie läuft diese Studie ab?

Ich möchte Ihnen vor dem Interview einen kurzen Fragebogen zu allgemeinen Informationen zu Ihrer Person, Ihrer aktuellen beruflichen Situation sowie zu Ihrer Ausbildung vorlegen und Sie anschließend zu den Gründen, die aus Ihrer Sicht für oder gegen eine Tätigkeit als Allgemeinmediziner/-in in einer PVE sprechen, befragen.

Ihre Antworten und die Antworten anderer Teilnehmer/-innen werden qualitativ analysiert sowie auf Basis dessen fördernde und hemmende Faktoren identifiziert. Diese werden in Bezug zu den Entwicklungen zur Stärkung der Primärversorgung durch die Etablierung von PVE gesetzt.

3. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an dieser Studie?

Die Teilnahme an dieser Studie hat keinen unmittelbaren Nutzen für Sie.

Es ist jedoch denkbar, dass die Ergebnisse aus den Interviews künftig in Aktivitäten rund um die Stärkung der Primärversorgung durch die Etablierung von Primärversorgungseinheiten einfließen können. Es könnte Sie betreffen, wenn auch Ihre/Ihr Hausärztin/-arzt in einer PVE tätig ist oder sein wird.

4. In welcher Weise werden die gesammelten Daten verwendet?

Das Interview wird aufgezeichnet und verschriftlicht (transkribiert). Die Verschriftlichung und Auswertung erfolgen anonymisiert. Zugang zu diesen Daten hat die Dissertantin sowie das Betreuersteam (Univ.-Prof. Dr.med.univ. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch, Dr.rer.med. Muna Abuzahra, BSc MA und Mag. Dr.scient.med. Hannes Mayerl), Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der Medizinischen Universität Graz. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Ergebnisse der Interviews werden im Rahmen der Dissertationsschrift sowie in etwaigen Publikationen verwendet. In diesen Veröffentlichungen werden Sie nicht namentlich genannt.

5. Entstehen für die Teilnehmer/-innen Kosten?

Durch die Teilnahme an dieser Studie entstehen für Sie keine Kosten.

6. Ansprechperson und weitere Fragen

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit dieser Studie steht Ihnen die Dissertantin gerne zur Verfügung. Auch Fragen, die Ihre Rechte als Teilnehmer/-in an dieser Studie betreffen, werden Ihnen gerne beantwortet.

Kontaktdaten:

Frau Sarah BURGMANN, BSc, MA
Medizinische Universität Graz
Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung
Tel. 0316/ 385-73560
Mobil: 0676/848563310
Email: sarah.burgmann@medunigraz.at



Einverständniserklärung zum Interview

Name: _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts an einem Interview teilzunehmen.

Ich wurde über das Ziel und den Verlauf des Forschungsprojekts ausreichend informiert. Ich habe darüber hinaus den Text dieser Aufklärung und Einwilligungserklärung gelesen und vollständig verstanden. Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und umfangreich beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich kann das Interview jederzeit abbrechen und meine Einwilligung für eine Aufzeichnung und Analyse des Interviews sowie für die Verwendung meiner Daten zurückziehen, ohne dass mir dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, dass das Interview mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet wird. Die Verschriftlichung und Auswertung des Interviews erfolgen anonymisiert.

Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes beachtet. Eine Kopie dieser Information und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Projektleitung.

Ort, Datum

Unterschrift

Anhang 10

Fragebogen



Medizinische Universität Graz

Fragebogen für Interviewpartner/-innen

Studie zu förderlichen und hemmenden Faktoren bezüglich der Tätigkeit von Allgemeinmediziner/-innen ohne § 2-Kassenvertrag für Allgemeinmedizin in Primärversorgungseinheiten

Sehr geehrte Damen und Herren!

Im Rahmen meines Dissertationsprojektes führe ich Interviews mit Allgemeinmedizinerinnen/-medizinern, die innerhalb der letzten 10 Jahre (2010-2020) ihre Ausbildung zur/zum Allgemeinmediziner/-in abgeschlossen haben, jedoch keine § 2-Vertragsallgemeinmediziner/-innen sind.

Herzlichen Dank, dass Sie sich für die Teilnahme am Interview bereit erklärt haben!

Ich bitte Sie vor Beginn des Interviews den beiliegenden Fragebogen auszufüllen.

Die Bearbeitung des Fragebogens dauert ca. 3 Minuten.

Ihre Antworten werden für die Auswertung der Ergebnisse selbstverständlich anonymisiert.

Allgemeine Informationen zu Ihrer Person		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Geburtsjahr		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> geschieden
	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet
Anzahl der Kinder		
Geburtsjahr/-e des/der Kindes/-r		
Bundesland, in dem Sie wohnhaft sind	<input type="checkbox"/> Burgenland	<input type="checkbox"/> Steiermark
	<input type="checkbox"/> Kärnten	<input type="checkbox"/> Tirol
	<input type="checkbox"/> Niederösterreich	<input type="checkbox"/> Vorarlberg
	<input type="checkbox"/> Oberösterreich	<input type="checkbox"/> Wien
	<input type="checkbox"/> Salzburg	
Ausbildung zur/zum Allgemeinmediziner/-in		
Startjahr		
Abschlussjahr		
Lehrpraxis		
Lehrpraxis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Fragebogen für Interviewpartner/-innen der Studie zu förderlichen und hemmenden Faktoren bezüglich der Tätigkeit von Allgemeinmedizinerinnen/-medizinern ohne § 2-Kassenvertrag für Allgemeinmedizin in Primärversorgungseinheiten
Version 1.1, 26.03.2020

- 1 / 2 -

Daten (MM/JJJJ)	Von	Bis				
Standort der absolvierten Lehrpraxis						
Lage der absolvierten Lehrpraxis	<input type="checkbox"/> Stadt	<input type="checkbox"/> Land				
Berufliche Situation						
Aktuelle berufliche Tätigkeit/en <small>(wenn möglich bitte inkl. Wochenstunden)</small>						
Beschäftigungsstatus <small>(vorwiegend)</small>	<input type="checkbox"/> angestellt	<input type="checkbox"/> selbstständig				
Bundesland/-länder, in dem/denen Sie beruflich Tätigkeit sind	<input type="checkbox"/> Burgenland	<input type="checkbox"/> Steiermark				
	<input type="checkbox"/> Kärnten	<input type="checkbox"/> Tirol				
	<input type="checkbox"/> Niederösterreich	<input type="checkbox"/> Vorarlberg				
	<input type="checkbox"/> Oberösterreich	<input type="checkbox"/> Wien				
	<input type="checkbox"/> Salzburg					
Anzahl Ihrer Berufsjahre <small>(exkl. Karenzzeiten, inkl. Turnus)</small>						
Diplome, zusätzliche Aus-/Fort-/Weiterbildungen	<input type="checkbox"/>	Notärztin/-arzt				
	<input type="checkbox"/>	Schulärztin/-arzt				
	<input type="checkbox"/>	Arbeitsmedizin				
	<input type="checkbox"/>	TCM				
	<input type="checkbox"/>	TEM				
	<input type="checkbox"/>	Akupunktur				
	<input type="checkbox"/>	Geriatric				
	<input type="checkbox"/>	Akupunktur				
	<input type="checkbox"/>	Psy I	<input type="checkbox"/>	Psy II	<input type="checkbox"/>	Psy III
	Weitere:					

Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Anhang 11

Bestätigung Ethikkommission

AW: Anfrage bez. Notwendigkeit eines Ethikvotums



omethkmail.ethikkommission

An: Burgmann, Sarah

[Antworten](#) [Allen antworten](#) [Weiterleiten](#) [...](#)

Fr. 13.03.2020 21:52

[i](#) Zur Nachverfolgung kennzeichnen. Beginn am Sonntag, 15. März 2020. Fällig am Sonntag, 15. März 2020. Sie haben am 16.03.2020 21:10 auf diese Nachricht geantwortet.

Sehr geehrte Frau Burgmann

Aus der Interpretation der beigelegten Unterlagen sehe ich keinen gesetzlichen Grund für die Notwendigkeit eines Ethikvotums; in der Studie werden Mediziner befragt, aber „angewandte medizinische Forschung am Menschen“ ist nicht wirklich zutreffend; auch die Good Scientific Practice verpflichtet Sie nicht zu einem Ethikantrag bei dieser Forschung (zumindest nach meiner Interpretation). Worauf Sie achten sollen: bei einer Publikation wird häufig ein ethical review verlangt, und der kann nicht ex-post erfolgen.

Mit freundlichen Grüßen

Josef Haas

Prof. DI.Dr. Josef Haas, Vorsitzender
Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz
Auenbruggerplatz 2, 8036 Graz / Austria
Tel.: +43/316/385-83477,
Tel-Büro: +43/316/385-13928, -17407
FAX: +43/316/385-14348