

A u f d e n

S t a n d P u n k t

g e b r a c h t

Die Rubrik „Auf den StandPunkt gebracht“ beinhaltet Positionen und ExpertInnenwissen aus der Standesvertretung der Ärzte und Ärztinnen in Österreich und aus weiteren Interessensgruppen zum jeweiligen Schwerpunktthema der Ausgabe.

Medizinalrat Dr. Wolfgang Ziegler

Arzt für Allgemeinmedizin in Kirchdorf, Sektionsobmann Allgemeinmedizin; stellvertretender Kurienobmann der niedergelassenen Ärzte

„Uns stört nicht die Vernetzung, im Gegenteil, die wird von uns ohnehin gelebt – aber wir brauchen kein neues Gesetz für etwas, das es schon gibt.“

Die zahlreichen Stichworte, die in der Gesundheitspolitik im Zusammenhang mit Primärversorgung immer wieder gebetsmühlenartig genannt werden, klingen zwar vielversprechend – bringen aber wenig Neues. Zusammenarbeit, Kommunikation und Multiprofessionalität sind durchaus positiv zu sehen, aber sind bereits jetzt gelebte Realität. Natürlich wird es immer Weiterentwicklungspotential und Verbesserungsbedarf geben, dafür braucht es aber vor allem Ressourcen und kein neues Konzept, bei dem man wieder bei null beginnt.

Wir sind heute schon gezwungen, Ordinationszeiten an Nachbarordinationen zu orientieren, haben eine hausärztliche Rund-um-die-Uhr-Versorgung der Bevölkerung, arbeiten mit anderen Gesundheitsberufen wie z.B. der mobilen Hauskrankenpflege, TherapeutInnen, Sozialeinrichtungen usw. intensiv zusammen. Vieles an Vernetzungsarbeit wird dabei nicht nur unentgeltlich umgesetzt, sondern kostet uns sogar noch etwas. Die Leseberechtigung in ELGA soll – so hört man – jeden Arzt 100.- € pro Monat kosten, die Schreibberechtigung 500.- €. Vernetzung, Kommunikation und Information sind also auch erhebliche Kostenfaktoren, das darf man nicht übersehen.

Das vor kurzem ausgezeichnete Ärztenetzwerk Styriamed.net in der Südsteiermark zeigt auf, was im Rahmen der bestehenden Gesetze möglich ist. Wozu ein neues Gesetz für etwas, das es ja schon gibt? In Wahrheit benützt das geplante PHC-Gesetz „PHC“ nur als kleinkariertes Mascherl. Liest man sich die einzige bisher vorliegende Aussendung des BM durch, stellt man schnell fest, dass es in Wahrheit darum geht, die Standesvertretung der Ärztinnen und Ärzte zu schwächen, die Gesundheitsversorgung zu verstaatlichen und – wie sollte es anders sein – vor allem billiger zu machen. Eine Verbesserung für die Patientinnen und Patienten wird schamlos behauptet. Auch die freie Arztwahl. Klar können Sie in einer PHC-Einrichtung, die vielleicht 60 Stunden die Woche geöffnet ist, zu IHREM Hausarzt gehen. Der ist aber sicher nicht

60 Stunden da, sondern hat fixe Zeiten – so wie jetzt. Außerhalb dieser müssen Sie in dringlichen Angelegenheiten zur Vertretung. So wie jetzt.

Auch der dringend notwendigen Entlastung des Spitalsbereiches stehe ich durchaus kritisch gegenüber. Ohne Anpassungen im extramuralen Bereich fehlen uns schlichtweg die Ressourcen, um diese zusätzlichen Aufgaben zu übernehmen – vor allem pro futuro.

Erstens gibt es im extramuralen Bereich nach wie vor ein Honorarsystem, das Mehrarbeit durch Rabattierungen und Limitierungen bestraft. Zweitens wächst die Anzahl der Kassenstellen nicht mit der Bevölkerung und vor allem nicht mit den Umständen, dass das Durchschnittsalter der Bevölkerung steigt. Ältere Menschen brauchen aus vielen Gründen mehr Zeit, mehr Behandlung, mehr Zuwendung.

Dagegen steht eine völlige Kapitulation der Ärzteausbildung: Eine Zugangsprüfung zum Medizinstudium unmittelbar nach einer Reifeprüfung (!) in einer Sinnhaftigkeit hinsichtlich der späteren Eignung zum Arztberuf, die durch nichts zu argumentieren ist. Eine postpromotionelle Ausbildung im Spital, die zwar eben erst erneuert, allerdings fraglich verbessert wurde, einschließlich einer noch immer nicht geklärten Finanzierung der Lehrpraxis. Und der Umstand, dass Ausbildungsstellen zum Arzt für Allgemeinmedizin zwar in reduzierter und fixer Anzahl pro Bundesland vorgehalten werden müssen, aber auch nicht mehr.

Die Krankenanstalten wiederum drängen junge KollegInnen zur Facharztausbildung, weil sie so zwei Jahre länger als relativ billige Arbeitskraft dienen müssen. Ressourcen wären nur insofern vorhanden, als eine „Entbürokratisierung“ mehr Zeit für Behandlung schaffen würde. Alles muss heute x-mal dokumentiert, bewilligt, begründet werden, sogar Kindergärten verlangen Krankheitsbestätigungen für die Kleinen, Schulen ebenso, und die Eltern akzeptieren diese Entmündigung wortlos, allenfalls mürrisch, wenn die Bestätigung auch etwas kostet.

Ich bin seit 28 Jahren praktischer Arzt. In dieser Zeit hat die „laienmedizinische Kompetenz“ der Bevölkerung und auch die Bereitschaft zur Eigenverantwortung in einem unglaublichen Maß abgenommen, und zwar durch die jahrelang gelebte politische Philosophie: „Wir machen das alles für euch, rund um die Uhr und völlig gratis.“ Die Leute rufen heute mitten in der Nacht an und fragen, wohin das Fieberzäpfchen gehört. Primärversorgung beginnt

für mich bei jeder und jedem Einzelnen. Auch, was Prävention betrifft. Dort müssen wir ansetzen!

Leider gehen die derzeitigen Entwicklungen eher in eine andere Richtung. Ich bin kein Hellseher. Aber ich glaube, die Kraft des Faktischen wird siegen. Es wird die ja schon existierende (wenn auch oft verleugnete) Zweiklassenmedizin blühen. Die Basisversorgung wird eine spürbare Qualitäts- und vor allem Verfügbarkeitseinbuße erleiden. Die Patientinnen und Patienten werden das ganz massiv spüren – zumal sie bisher ja auch reichlich unkompliziert und ohne wesentliche Eigenverantwortung Gesundheitseinrichtungen nutzen konnten. Das wird sich ändern. Klassentickets gibt's ja sogar bei der Bundesbahn – und die dadurch lukrierten Mittel kommen allen zugute – warum also nicht auch im extramuralen Gesundheitswesen?

Dr. Erwin Rebhandl

Arzt für Allgemeinmedizin (Geriatric), Univ.-Lektor für Allgemeinmedizin, Vorstandsmitglied der OBGAM, Präsident von AM plus

„Wir fordern eine rasche Umsetzung eines neuen Primärversorgungskonzeptes „Das Team um den Hausarzt“, in dem die Hausärztinnen und Hausärzte eine zentrale Rolle in der Koordination und Steuerung der Betreuung der Patientinnen und Patienten innehaben. Von diesem Konzept profitieren alle – Ärztinnen und Ärzte, andere Gesundheitsberufe und vor allem die Patientinnen und Patienten.“

Das Konzept Primärversorgung neu – „Das Team um den Hausarzt“ – wurde 2014 als gemeinsames Konzept zur Optimierung der Primärversorgung von allen relevanten Institutionen (auch der ÖÄK) beschlossen. Kern dieses Papiers ist die strukturierte Kooperation der Hausärzte mit anderen anerkannten Berufsgruppen. Die Hausärzte fungieren dabei als erste Ansprechpartner und Koordinatoren. Dies alles soll im Rahmen des Gesamtvertrages abgewi-

ckelt werden. Die bekannte Punktation zu einem Gesetzesentwurf stellt nun jedoch die Funktion der Hausärzte und auch den Gesamtvertrag in Frage und ist daher strikt abzulehnen.

Auch in OÖ bestehen Bestrebungen zur Umsetzung des Konzepts Primärversorgung neu. Die hier geplanten Pilotprojekte verbessern die wirtschaftliche Basis der Hausarztordinationen, da in der Ärzte-GmbH Synergien wesentlich besser genutzt werden können. Durch die Einbeziehung anderer Gesundheitsberufe finden die Patienten wohnortnah ein erweitertes Leistungsangebot vor. Leistungsspektrum, Öffnungszeiten und Vertretungen können optimal an die regionalen Bedürfnisse angepasst werden.

Enns ist ein idealer Standort für das Modell im kleinstädtischen Bereich. Die beteiligten Kolleginnen und Kollegen sind teamorientiert, offen und an neuen zukunftsweisenden Projekten interessiert. Die Gemeinde und die Bevölkerung stehen diesem Projekt sehr positiv gegenüber. Durch den Zusammenschluss von 5 Einzelpraxen entstehen ideale Synergien. Die Bevölkerung profitiert von erweiterten Öffnungszeiten und einem bedarfsgerechten Leistungsangebot. Haslach wird zeigen, dass das PHC-Modell auch in mittelgroßen ländlichen Strukturen mit 2 Ärzten gut funktioniert.

Essentielles Erfordernis für das fortwährende Bestehen einer intakten Primärversorgung ist eine durchdachte Strategie zur Gewinnung des ärztlichen Nachwuchses für die Allgemeinmedizin. In Bezug auf Nachwuchsförderung ist es schon „fünf nach zwölf“. An der medizinischen Fakultät in Linz wird es eine umfangreiche allgemeinmedizinische Lehre geben. Wir brauchen aber auch eine gute postpromotionelle Weiterbildung, die sich von der Zahl der Ausbildungsstellen am zukünftigen Bedarf an Hausärzten orientiert. PHC-Einrichtungen sind sicher ideale Lehrpraxen.

In Wien taucht das SMZ Ost immer wieder in den Medien auf – vor allem weil es schwer fällt, Bewerber dafür zu finden und die geplante Öffnung verzögert wurde. Dabei handelt es sich aber nicht um eine PHC-Einrichtung im eigentlichen Sinn des Konsensuspapiers, sondern um eine dem Krankenhaus vorgeschaltete Filtereinrichtung für die Ambulanzen. Das ist ein klarer Missbrauch des PHC-Konzeptes. Es ist also nicht verwunderlich, dass das kein Interesse findet. Unsere Projekte in OÖ sind für die Bevölkerung und die Hausärzte interessant, weil sie wohnortnah eine noch bessere und bedarfsgerechte Versorgung durch 2 oder mehrere Hausärzte auch in Zukunft ermöglichen. Dieses Angebot wird durch ein Team von anderen Gesundheitsberufen erweitert.

PHC ist an sich ein inzwischen weltweit gut funktionierendes Konzept. Es muss natürlich an die Gegebenheiten in unseren Bundesländern angepasst werden. Es sichert mit Sicherheit in Zukunft die optimale Primärversorgung auf hausärztlicher Basis.

Dr. Christoph Schweighofer

Arzt für Allgemeinmedizin, Styriamed.net – Referent der Ärztekammer für Steiermark

„Ich sehe Primärversorgungszentren in einzelnen Fällen als Sonderform des Netzwerkprinzips, nicht umgekehrt.“

Styriamed.net hat es bereits zu einem Zeitpunkt gegeben, wo von Primärversorgungszentren noch kaum gesprochen wurde. Unser Ansatz ist es, statt eine neue Versorgungsebene einzuziehen, was mit Kosten und Aufwand verbunden ist – und viel Widerstand hervorruft – die bestehenden Strukturen zu nutzen und sie so zu optimieren, dass die Versorgung deutlich verbessert wird.

Gerade im ländlichen Bereich verkürzt ein Primärversorgungszentrum zum Beispiel die Wege nicht. Und man darf die Öffnungszeiten eines Zentrums auch nicht mit denen einer Einzelpraxis vergleichen. Wenn man alle Praxen eines Einzugsgebietes gemeinsam betrachtet, schaut der Vergleich ganz anders aus. Was wir tun: Die Kolleginnen und Kollegen koordinieren die Praxisöffnungszeiten, so dass nicht alle am Montagvormittag offen und am Mittwochnachmittag geschlossen haben. Das gilt auch für die Urlaube. Ganz wichtig ist, dass die Informationen, Diagnosen, Therapievorschläge etc. jeweils mit Einverständnis der Patientin bzw. des Patienten bei deren Hausärztin oder Hausarzt zusammenlaufen. Dort gibt es die „Gesundheitsakte“. Ebenso wichtig ist eine gut funktionierende Steuerung, die den Patientinnen und Patienten Orientierung gibt. Wenn jemand zum Beispiel akut einen Facharzttermin braucht, bekommt er ihn auch, ohne dass er sich selbst darum kümmern muss.

Das, was die Ärztinnen und Ärzte wollen, nämlich sich austauschen und sich als Team begreifen, geht im Netzwerk auch wunderbar. Aber niemand wird gezwungen.

Das Konzept funktioniert auch im urbanen Bereich. Dort ist der örtliche Zusammenschluss in einem Zentrum aber eine mögliche Alternative – wenn die Kolleginnen und Kollegen es wollen. Ich sehe also Primärversorgungszentren in einzelnen Fällen als Sonderform des Netzwerkprinzips, nicht umgekehrt.

Styriamed.net gibt es bereits in 10 steirischen Regionen. Drei und zwei „halbe Bezirke“ fehlen noch, aber auch dort gibt es starkes Interesse. Außerdem hat das Burgenland das Styriamed.net-Konzept übernommen. In der Steiermark nehmen mehr als 350 Ordinationen teil – sowohl Allgemeinmediziner als auch Fachärzte. In den bereits teilnehmenden Regionen sind es 30 bis 40 Prozent der Praxen. Dazu kommen 15 Krankenhaus-Standorte. Im Einzugsgebiet leben mehr als 740.000 Menschen, das heißt, wir versorgen rechnerisch bereits mehr als 60 Prozent der steirischen Bevölkerung. Das ist etwas mehr als das eine Prozent, das die Gesundheitspolitik bis Ende nächsten Jahres über Primärversorgungszentren abdecken will.

Mein Ziel ist eine Vollversorgung.

Im Grunde geht es darum, dass sich in der Region ein paar Entschlossene finden, die Styriamed.net umsetzen wollen und die anderen mitziehen. Die zu finden, ist bereits vielfach gelungen, und es wird uns auch in den verbleibenden Regionen gelingen.

Natürlich macht es keinen Sinn, komplett unabhängig voneinander ähnliche Konzepte in unterschiedlichen Regionen und Bundesländern aufzubauen. Beim burgenländischen Netzwerk etwa haben wir von Anfang an mitgeholfen. Und auch den anderen Netzwerkprojekten stehen wir mit Rat und Tat zu Seite. Unser Prinzip ist: Alles, was lokal und regional organisierbar ist, soll auch dort organisiert werden. Aber damit die Netzwerke von den Erfahrungen anderer profitieren und lernen können, ist eine zentrale Koordination sehr hilfreich. Und es gibt natürlich auch Herausforderungen, die zentral besser und günstiger gelöst werden können. Das tun wir.

Auch in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen wird Styriamed.net richtungsweisend sein. Unser Ziel ist es, die anderen Gesundheitsprofessionen partnerschaftlich einzubinden. In zwei Regionen stehen wir kurz vor der Verwirklichung. Ich rechne da mit einer starken Vorbildwirkung.

Die regionalen Netzwerke werden von Anfang auch wissenschaftlich begleitet, hier gibt es eine sehr gute Zusammenarbeit mit der Medizinischen Universität Graz. Eine Befragung von mehr als 2.000 Patientinnen und Patienten hat ergeben, dass 75 Prozent ein verbessertes Service erkennen, bei den Ärztinnen und Ärzten sehen bereits jetzt 60 Prozent ein verbessertes Patientenmanagement und 50 Prozent eine verbesserte Kommunikation.

Ganz wichtig ist mir eines: PHC heißt Primary Health Care. Dafür stehen Ärztinnen und Ärzte immer, egal ob in Einzelpraxen oder lokalen Zentren. Durch die Vernetzung gibt es aber großen Qualitätszuwachs. Ob die Vernetzung an einem Ort stattfindet oder virtuell in einer Region, ist zweitrangig.

Dr. Michael Heinisch

Vorsitzender der Geschäftsleitung und Geschäftsführer der Vinzenz Gruppe Krankenhausbeteiligungs- und Management GmbH

„Gesundheitsparks sollen uns dabei unterstützen, unserem Auftrag einer „Medizin mit Qualität und Seele“ auch in Zeiten immer kürzer werdender Verweildauern im Krankenhaus weiterhin gerecht werden zu können.“

Kooperation ist eine Basis für die Leistungen der Vinzenz Gruppe. Unter dem Dach unserer Gruppe arbeiten seit 20 Jahren verschiedene Ordenskrankenhäuser zusammen. Wir kooperieren mit öffentlichen Einrichtungen und sind immer bestrebt, mit Hilfe von Kooperation Vorteile für die Patienten zu erzielen. Aus diesen Erfahrungen heraus entwickelten wir das Konzept von sogenannten „Gesundheitsparks“.

Wir ergänzen an den Standorten unserer Krankenhäuser die akut-medizinische Kernkompetenz um ganzheitliche und innovative Angebote in den Bereichen der Prävention, im Bereich ambulanter Angebote, Rehabilitation und Pflege. Wir orientieren uns dabei klar an den Bedürfnissen, die Patientinnen und Patienten zukünftig im Krankenhaus und im Grätzl rund um das Kranken-

haus haben. Genau diese Lücken wollen wir schließen. Zum Teil können wir bereits auf vorhandene Angebote aufbauen. So haben wir beispielsweise in Wien-Gumpendorf bereits einige Gesundheits- und Sozialangebote (Krankenhaus, Pflegehaus, Krankenpflegeschule, Kindergarten) am Standort vereint. Diesen Weg wollen wir sukzessive weitergehen und die Angebote an allen Standorten noch verstärkt auf- und ausbauen. Ziel ist es, in den Gesundheitsparks zu beraten und zu begleiten, Gesundheit zu fördern und mit unseren Angeboten rund um Gesundheit, Medizin bis hin zur Pflege und zu rehabilitativen Angeboten zu beantworten.

Uns ist wichtig, die Angebote an den Gesundheitsparks der gesamten Bevölkerung zur Verfügung stellen zu können. Vor diesem Hintergrund bemühen wir uns, auch Ärzte mit bestehenden Kassenverträgen für unsere Gesundheitsparks zu gewinnen. In einzelnen Bereichen wie der ambulanten Rehabilitation verfügen wir an manchen Standorten bereits jetzt in den Indikationen Orthopädie und Onkologie über Verträge mit der Pensionsversicherung. Auch für Privat-Versicherte und Selbstzahler werden entsprechende Angebote vorgehalten.

Und auch in den Gesundheitsparks setzen wir auf Kooperation. Wir laden dafür unterschiedliche Anbieter aus dem Gesundheits- und Sozialwesen ein, unsere Angebote im Gesundheitspark zu ergänzen und sich bei uns am Standort einzumieten. Überzeugen wollen wir sie mit den Vorteilen einer Zusammenarbeit mit uns: Wir bieten unseren künftigen Kooperationspartnern in den Gesundheitsparks Top-Service und Dienstleistungen, wir stellen das bestehende Netzwerk und Know-how der Vinzenz Gruppe zur Verfügung, wir bieten unsere Unterstützung bei der Sicherstellung der Qualitätssicherung an und einiges mehr.

Sämtliche Einrichtungen der Vinzenz Gruppe sind gemeinnützig und gehören wiederum einer gemeinnützigen Stiftung. Vor diesem Hintergrund ist unser gesamtes Handeln nicht auf Gewinnmaximierung ausgerichtet, sondern richtet sich nach den Bedürfnissen der Bevölkerung und insbesondere der Patientinnen und Patienten. Nachdem das Gewinninteresse entfällt, können wir die Dienstleistungen für unsere Partner in den Gesundheitsparks zu höchst attraktiven Preisen anbieten. Die Entwicklung des Konzeptes unserer Gesundheitsparks war nicht von ökonomischen Interessen bestimmt, sondern richtete sich an dem wahrgenommenen Behandlungs- und Betreuungsbedarf unserer Patientinnen und Patienten aus.

Mit den Gesundheitsparks werden wir unseren Patientinnen und Patienten rund um unsere Krankenhäuser zusätzliche Angebote – sowohl im vor- als auch nachgelagerten Bereich – machen. Kern dieser Anstrengungen ist unsere Überzeugung, den Menschen bei ihren Bemühungen, gesund zu bleiben, genauso unser Wissen zur Verfügung zu stellen wie in der kurativen Medizin.

Mit den Gesundheitsparks werden wir dort Verbesserungen erzielen, wo es auch eine enge Abstimmung in der täglichen Praxis zwischen dem niedergelassenen Bereich, dem Krankenhaus und anderen Gesundheitsanbietern ankommt. Kurze Wege, eine direkte Kommunikation und somit eine Vernetzung der verschiedensten medizinischen Fachrichtungen und Therapeutinnen und Therapeuten – das werden die wesentlichen Vorteile für unsere Patientinnen und Patienten und Betroffene sowie unsere Partner im Gesundheitspark sein.

Gesundheitsparks sollen uns dabei unterstützen, unserem Auftrag einer „Medizin mit Qualität und Seele“ auch in Zeiten immer kürzer werdender Verweildauern im Krankenhaus weiterhin gerecht werden zu können. Denn viele Patienten brauchen oder wünschen sich auch nach einem Krankenhausaufenthalt medizinische Beratung und Betreuung. Zudem werden wir mit den Partnern in den Gesundheitsparks an unseren Standorten auch chronisch kranken Patienten ein kontinuierliches und durchgängiges Angebot machen können. Auch komplementärmedizinische Angebote sollen fixer Bestandteil der Angebote in den Gesundheitsparks sein.

Wir sind davon überzeugt, dass es neue Standortkonzepte für Angebote des extramuralen Bereichs braucht, um den geänderten Bedürfnissen und auch den neuen Krankheitsbildern von Patientinnen und Patienten optimal entsprechen zu können. Aus unserer Sicht kommt auch einer wirkungsvollen Integration zwischen extramuralen Angeboten und den Krankenhäusern im Sinne einer durchgängigen qualitätsvollen Behandlung höchste Bedeutung zu. Es ist damit zu hoffen, dass auch seitens der Gesundheitspolitik derartigen innovativen Modellen entsprechende Unterstützung zuteilwird, um den Bedürfnissen unserer Patientinnen und Patienten auch in Zukunft optimal gerecht werden zu können.

Dr. Christoph Dachs

Präsident der ÖGAM (Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin), Lehrbeauftragter an der PMU Salzburg

„Die Investition in eine gute Primärversorgung macht nachweislich Sinn, dafür müssen wir – Ärzte, Sozialversicherung und Politik – gemeinsam konstruktiv arbeiten und Partialinteressen zurückstellen.“

Die Begriffe Primärversorgung und PHC sind derzeit in aller Munde, tatsächlich geht es jedoch um eine Strukturanpassung im niedergelassenen Bereich. Dafür gibt es mehrere Gründe. Einer liegt im Wunsch der Sozialversicherung nach Versorgungssicherheit der Bevölkerung durch lange Öffnungszeiten und einer damit einhergehenden Entlastung der Spitalsambulanzen – vor allem zu den Randzeiten. Ein weiterer wichtiger Grund liegt bei uns Ärzten selbst. Vor allem junge Kolleginnen und Kollegen wollen heute keine Einzelkämpfer im Dauereinsatz mehr sein, sondern hegen den Wunsch nach geregelten Arbeitszeiten, Teilzeitarbeit und Zusammenarbeit im Team. Auch die Herausforderungen der modernen Allgemeinmedizin bedürfen neuer Strukturen.

PHC (Primary Health Care) heißt dabei aber nicht, dass es zu Gesundheitsfabriken oder Fließbandmedizin kommt. In den von uns angedachten Systemen gibt es für jeden Patienten zu jeweils ausgewiesenen Zeiten seinen „Hausarzt“, der ihn im Sinne einer gesamten bio-psycho-sozialen Sichtweise über lange Zeit betreut. Das ist uns ganz wichtig, weil die kontinuierliche Betreuung durch den Vertrauensarzt die wesentliche Qualität der Hausarzt- und Familienmedizin ausmacht. Bei akuten Situationen außerhalb der Sprechzeiten seines Hausarztes muss der Patient aber dennoch die Gewissheit haben, dass er einen Arzt als Ansprechpartner zu Verfügung hat, der auf seine Gesundheitsdaten zurückgreifen kann. Integrierte Gesundheitsversorgung durch bessere und strukturiertere Vernetzung der Anbieter im Gesundheitsbereich führt zu einer Entlastung unserer ärztlichen Tätigkeit und würde die Qualität der Versorgung verbessern. Ich persönlich bin trotz momentaner Uneinigkeit auf politischer Ebene (noch) durchaus optimistisch, dass die Systemverantwortlichen sich in diesem Sinne einigen werden.

Kopfzerbrechen bereitet mir vor allem ein anderer Aspekt. Die Entwicklung um den Nachwuchs in der Allgemeinmedizin ist im Moment besorgniserregend, da wir aus vielen verschiedenen Gründen nicht genug Nachwuchs generieren können. Das sollte schon während des Studiums beginnen, da gibt es gute Konzepte von Seiten der ÖGAM. Die Errichtung von Primärversorgungseinheiten halten wir in diesem Zusammenhang beispielsweise für essentiell, da dies den Wünschen der jungen Kolleginnen und Kollegen entspricht. Die Lehrpraxisfinanzierung ist natürlich auch ein wesentlicher Baustein.

Für mich steht fest: Ohne eine gute Primärversorgung wird das Gesundheitssystem teuer und qualitativ deutlich schlechter, wie wir aus internationalen Vergleichen wissen. Gerade in finanziell angespannten Zeiten macht es Sinn, in eine gute Primärversorgung zu investieren, da es sich nachweislich in den Gesamtkosten rechnet. Dafür müssen wir – Ärzte, Sozialversicherung und Politik – gemeinsam konstruktiv arbeiten und Partialinteressen zurückstellen.