

Thomas Bergmair

Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung

Primärversorgung in Österreich

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird in diesem Beitrag die männliche oder weibliche Form verwendet, auch wenn alle Geschlechter gemeint sind.

1. Einleitung	90
2. Gegenwärtige Situation der Primärversorgung	98
3. Styriamed.net	103
4. Umsetzung der Stärkung der Primärversorgung in Österreich	106

Primärversorgung (PV) beschreibt kein neues Konzept, es handelt sich dabei um eine Versorgungsebene, die nicht nur in Österreich, sondern in ganz Europa zunehmend als Kernelement einer funktionierenden Gesundheitsversorgung angesehen wird. In Österreich wurde die großflächige primäre Versorgung der Bevölkerung stets durch ein funktionierendes Hausarztssystem gewährleistet. Ein neues Konzept sieht nun einen Ausbau der Primärversorgung vor. Glaubt man den Versprechen der Gesundheitspolitik, so handelt es sich dabei um ein Allheilmittel für sämtliche Probleme des Gesundheitswesens. Der vorliegende Beitrag betrachtet die angestrebten Reformen kritisch und erörtert bereits vorhandene Konzepte und Kooperationsformen als Alternativen zu möglicherweise überzogenen Wunschkonzeptionen der Politik.

1. Einleitung

1.1. Begriffsbestimmung

Im englischen Sprachgebrauch unterscheidet man zwischen primary care (PC) und primary healthcare (PHC), mit deren Unterscheidung sich Muldoon et al. (2006) explizit beschäftigen. Sie kommen zu dem Schluss, dass die Begriffe PC und PHC zwar oft synonym verwendet werden, doch eigentlich unterschiedliche Konzepte beschreiben. PC beschreiben sie als engeres Konzept einer hausärztlichen Versorgung auf individueller Ebene.³³ Als Eintrittspunkt ins medizinische Versorgungssystem handelt es sich dabei um einen Schlüsselprozess im Gesundheitssystem. Dort werden alltägliche Gesundheitsprobleme von einem Gesundheitsdienstleister (Arzt, Krankenpflegepersonal o.Ä.) untersucht und/oder behandelt, und im Bedarfsfall an eine weitere Versorgungsebene weitergeleitet.³⁴ PC beschreibt aber auch eine fortwährende Gesundheitsversorgung, die über die Dauer der temporären Erkrankung hinausgeht, etwa bei chronischen Erkrankungen oder als lebenslange Begleitung. Es bezeichnet die umfassende Versorgung mit einer großen Breite an Behandlungsmaßnahmen und erfolgt koordinierend, so dass Patienten im Bedarfsfall an Spezialisten weitergeleitet werden können. PC versteht sich als Teil von PHC.³⁵

PHC entstammt Muldoon et al. (2006) zufolge als weiter gefasster Begriff der Alma-Ata-Deklaration der WHO von 1978 und beschreibt den Zugang zur Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung, sowohl für individuelle Personen als auch aus einer Public-Health-Perspektive.³⁶ Dabei steht die flächendeckende Versorgung durch wissenschaftlich fundierte und sozial anerkannte Methoden und Technologien für alle Teile der Bevölkerung im Mittelpunkt. Der Fokus von PHC liegt auf Gesundheits-Gleichheit-produzierender Sozialpolitik.³⁷

Die Kern-Dimensionen der PV und deren Einfluss auf Gesundheitsdeterminanten untersuchen Kringos et al. (2010) anhand einer Metastudie. Sie unterscheiden zwischen System-Komponenten (Verwaltung, ökonomische Umstände, Entwicklung des Arbeitskräfteangebots), Prozess-Komponenten (Zugang, Kontinuität der

33 Muldoon et al. (2006)

34 Wikipedia https://en.wikipedia.org/wiki/Primary_care

35 WHO/Europe, (2004)

36 Muldoon et al. (2006)

37 Wikipedia https://en.wikipedia.org/wiki/Primary_healthcare

Behandlung, Koordination der Behandlung, Umfang der Behandlung) und Ergebnis-Komponenten (Qualität der Behandlung, Effizienz der Behandlung, Gleichheit der Behandlung). All diese Komponenten haben einen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems. Es gibt auch Wechselbeziehungen untereinander.³⁸

Uneinigkeit über die eigentliche Definition von Primärversorgung (PV) herrscht auch unter österreichischen Experten. In einem Artikel der Ärzte Steiermark werden die unterschiedlichen Ansichten zu den Erfordernissen und Vorzügen einer ausgeprägten Primärversorgung gegenübergestellt. Korsatko hebt darin vorwiegend die Zusammenarbeit, die Abstimmung von Behandlungen und die Filterfunktion hervor, die eine Überversorgung verhindern und somit die sekundäre Versorgungsebene entlasten. Außerdem gehen wichtige Versorgungsaufgaben von PV über die medizinische Grundversorgung hinaus, etwa die kontinuierliche Betreuung von Patienten mit chronischen Erkrankungen, die Versorgungscoordination nach einer stationären Entlassung und Präventivmaßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit. Pichlbauer versteht unter Primärversorgung jede erste Ansprechperson im Falle einer gesundheitlichen Beeinträchtigung. So trete neben dem Arzt oder einer Spitalsambulanz oft ein Apotheker oder beispielsweise ein Physiotherapeut aus dem Freundeskreis als erste, oft willkürlich gewählte Versorgungsebene in Erscheinung. Wichtig sei es, Primärversorgung als bio-psycho-soziales Aufgabengebiet zu betrachten und den Patienten nicht auf seine biologischen Krankheiten zu reduzieren.³⁹

In Österreich soll gegenwärtig das weitläufigere Konzept von PHC gestärkt werden, um so das Gesundheitswesen effizienter zu gestalten. Dabei reicht es nicht aus, an den Stellschrauben einzelner Komponenten zu drehen. Wie Kringos et al. Darlegen, sind die Elemente der PV gezeichnet von Wechselbeziehungen und wirken gemeinsam auf die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems.

38 Kringos et al. (2010)

39 Ärzte Steiermark (2015)

1.2. Starke Primärversorgung

Die Vorteile einer starken PV werden seit der Deklaration von Alma Ata, die im Zuge einer WHO-Konferenz in der UdSSR 1978 entstand, immer wieder hervorgehoben. Primärversorgung vermag den Großteil aller gesundheitlichen Probleme wohnortnah und effizient zu lösen. Diese Betreuung soll sich nicht allein auf medizinische Versorgung beschränken, sondern auch therapeutische und pflegerische Aufgaben übernehmen sowie die Bereiche der Krankheitsvermeidung und der Gesundheitsförderung abdecken. Außerdem ist ein besonderes Augenmerk auf psychische und soziale Komponenten zu legen. Kern und unverzichtbarer Bestandteil einer solch umfassenden Betreuung könne nur die Allgemeinmedizin sein, proklamieren zum Beispiel Maier und Rebhandl (2014).⁴⁰

Nachgewiesen positive Effekte einer ausgeprägten PV sind höhere Compliance, längere Lebenserwartung, bessere Lebensqualität für chronisch Kranke, Verringerung der Überweisungen an höhere Versorgungsebenen, Reduktion vermeidbarer Krankenhausaufenthalte und insgesamt eine Dämpfung der Gesamtbehandlungskosten.⁴¹ Rebhandl und Maier (2014) sehen in der Stärkung der PV einen gesamtgesellschaftlichen Beitrag zur Qualitätssteigerung und Ökonomisierung des Gesundheitssystems.⁴²

Zunehmend verdichtet sich die Evidenz, dass Länder, deren Gesundheitssysteme stärker auf Primärversorgung ausgelegt sind, bessere Gesundheitsindikatoren bei gleichzeitig niedrigeren Kosten aufweisen.⁴³ Diese Meinung unterlegen Kringos et al. (2013) anhand einer Datenanalyse im Zuge des Primary Health Care Activity Monitor for Europe. Sie assoziieren starke Primärversorgung mit Attributen wie bessere Gesundheit in der Bevölkerung, niedrigere Raten potentiell vermeidbarer Hospitalisierungen und geringere sozioökonomische Ungleichheit. Darüber hinaus messen die Autoren in Ländern mit starken PV-Systemen aber auch höhere Gesundheitsausgaben, trotz Berücksichtigung der individuellen Wirtschaftsleistungen. Als Ursache dafür werden die notwendige Installation dezentraler Strukturen sowie hohe Aufrechterhaltungskosten einer umfassenden PV angegeben.⁴⁴ Der Aufbau einer starken PV ist die eine Sache, aber einen leistungsfähigen PV-Sektor aufrechtzuerhalten und gleichzeitig auf zukünftige Erfordernisse einzugehen, ist noch einmal eine ganz andere Herausforderung, warnen de Bakker und Groe-

40 Rebhandl, Maier (2014)

41 Rebhandl, Maier (2014) zitieren Starfield (1994)

42 Rebhandl, Maier (2014)

43 Stigler et al. (2012) zitieren Starfield, Shi und Macinko(2005) und Starfield(2012)

44 Kringos et al. (2013)

newegen (2009).⁴⁵ Gleichzeitig erweisen sich die pro Kopf-Gesundheitskosten in diesen Ländern aber auch als stabiler und stiegen weniger stark an. Die Ursache für den geringeren Kostenanstieg sehen Kringos et al. (2013) darin, dass durch das verbreiterte Behandlungsspektrum in der Primärversorgung kostenintensive Behandlungen in höheren Versorgungsebenen vermieden werden.⁴⁶

Studien aus den USA belegen, dass Regionen mit höherer Allgemeinmedizinerdichte in der Primärversorgung einen besseren Gesundheitszustand aufweisen als Regionen mit einer höheren Dichte an Fachärzten und geringeren Dichte an Allgemeinmedizinerinnen.⁴⁷ Diese Ergebnisse replizieren Kringos et al. (2013) anhand verlorener Lebensjahre durch chronische Krankheiten. Sie erklären die Erkenntnis, dass starke Primärversorgung sich positiv auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirkt, zur Schlüsselaussage ihrer Studie.

Die gesammelte Evidenz begründet die fortwährenden Bemühungen der WHO, Primärversorgung als Kernelement eines erfolgreichen Gesundheitswesens zu etablieren, wie sie in der Deklaration von Alma-Ata im Jahr 1978 ihren Ursprung⁴⁸ nahmen und 2008 vom World Health Report „Primary Care – now more than ever“ genährt wurden⁴⁹, bevor alle WHO-Mitgliedsstaaten 2009 der „Resolution on primary health care“ zustimmten⁵⁰ und sich somit zur Umsetzung verpflichteten.

Auch in Österreich hat man sich damit zur Stärkung der PV verpflichtet. Wie so oft im Zuge derartiger Reformvorhaben ist die Liste der Erwartungen lang, es entsteht der Eindruck, als könnten sämtliche Probleme des Gesundheitswesens durch die Stärkung der PV behoben werden.

45 de Bakker und Groenewegen (2009)

46 Kringos et al. (2013)

47 Kringos et al. (2013) zitieren Friedberg et al. (2007); Sans-Corrales et al. (2006) und Starfield et al. (2005)

48 WHO (1978): Declaration of Alma-Ata

49 WHO (2008): The World Health Report 2008: Primary Health Care – Now more than ever

50 WHO (2009): Resolution WHA62.12: Primary health care, including health system strengthening

1.3. Probleme im Gesundheitswesen

Eine Betrachtung der Schwachpunkte des Gesundheitswesens erfolgt unter zu meist sehr subjektiven Standpunkten. Im Folgenden werde Probleme beschrieben, wie sie in der Literatur und in Papieren der Gesundheitsverwaltung aufgegriffen werden.

1.3.1. Gesundheitsausgaben

Immer wieder werden am österreichischen Gesundheitswesen die vermeintlich hohen Ausgaben kritisiert. So nimmt Österreich mit Gesundheitsausgaben im Ausmaß von 10,1 Prozent des BIP einen der Spitzenwerte im OECD-Vergleich ein, während der OECD-Durchschnitt bei 8,9 Prozent liegt.⁵¹

Stigler et al. (2012) sehen vor allem die Kombination aus relativ hohen Ausgaben und vergleichsweise schwachen Gesundheitsindikatoren in Österreich als Zeichen zur Beunruhigung und sehen gar Parallelen zu Diskussionen im US-Gesundheitswesen.⁵² Den Grund für die hohen Ausgaben sehen viele im hohen Stellenwert der intramuralen Versorgung.

1.3.2. Spitalslastigkeit

Trotz ausgeprägter hausärztlicher Versorgung attestiert man dem österreichischen Gesundheitswesen zu hohe Spitalslastigkeit. Die zunehmende Ärzteknappeit verstärkt dieses Phänomen. Besonders im internationalen Vergleich zeigt sich, dass Österreich bei Parametern wie Bettendichte oder Krankenhausaufenthalte führend ist.⁵³ Die Ursache dafür liegt nicht zuletzt in der Bequemlichkeit vieler Patienten, kombiniert mit dem beinahe grenzenlosen Zugang zu sämtlichen Ebenen der medizinischen Versorgung – eben auch in die hochspezialisierten Spitäler des Landes. „Bereits seit mehr als zwei Jahrzehnten arbeitet man an Konzepten zur räumlichen und personellen Verlagerung von Gesundheitsleistungen. Weg von Spitälern, in den ambulanten Bereich, und weg von hochqualifizierten Ärzten, hin zu weniger, aber ausreichend ausgebildeten Gesundheitsberufen“, wie es Hasenhündl auf den Punkt bringt.⁵⁴ Der Bevölkerung fehlt das entsprechende Angebot im niedergelassenen Bereich, daher führt der Weg oftmals direkt und ungehindert in die Spitalsambulanz. Während das Personal lange im Stande war, durch heraus-

51 OECD (2015)

52 Stigler et al. (2012)

53 Vgl. z.B.: Hasenhündl (2014)

54 Hasenhündl (2014), 13

ragenden Einsatz den enormen Patientenansturm zu bewältigen, überschreiten Ärzte und andere Gesundheitsberufe zunehmend ihre Leistungsgrenze.

1.3.3. Freier Zugang

Dieser ungesteuerte Zugang zum Gesundheitswesen wird besonders häufig als Kritikpunkt vorgebracht. Die freie Arztwahl ermöglicht es den Patienten, faktisch ohne vorherige Zuweisung eine Spitalsambulanz aufzusuchen. Somit stehen den Patienten in Österreich höhere Versorgungsebenen beinahe barrierefrei offen. Zwar stellt dieses Attribut eine große Freiheit für die Bevölkerung dar, doch bindet der ungelentke Patientenansturm knappe medizinische Ressourcen in hochspezialisierten Sektoren und verursacht ineffiziente Behandlungsabläufe.

Hockl bezeichnet diesen „ungesteuerten Zugang der Patienten zu allen Versorgungsebenen“ als „ein wesentliches Problem unseres aktuellen Gesundheitssystems“⁵⁵, Pichlhöfer und Maier (2014) interpretieren die freie Arztwahl als unregulierten Zugang. Dadurch komme es zu einer Situation, in der Patienten sich selbst überall dorthin überweisen können, wo es ihnen beliebt.⁵⁶ Die Autoren demonstrieren, dass unregulierter Zugang mit zahlreichen unliebsamen Entwicklungen im gesamten Gesundheitswesen – und speziell in der Primärversorgung – einhergeht.⁵⁷

55 Hockl, Podiumsdiskussion ANP-Kongress 2015

56 Pichlhöfer und Maier (2014) zitieren Hofmarcher, Rack (2006) und Hoffmann, Stein, Maier et al. (2013)

57 Pichlhöfer, Maier (2014)

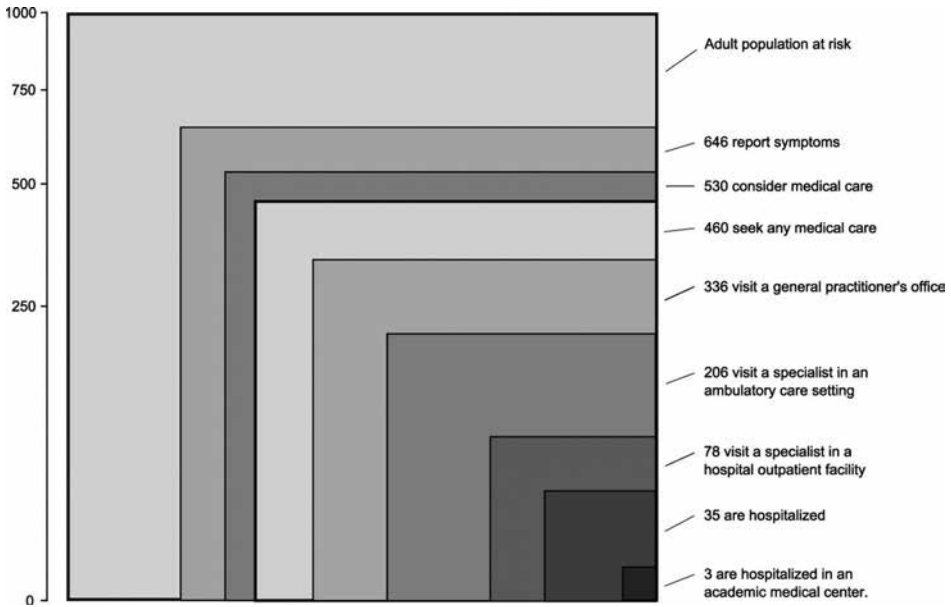


Abbildung 1: Freier Zugang zum Gesundheitswesen⁵⁸

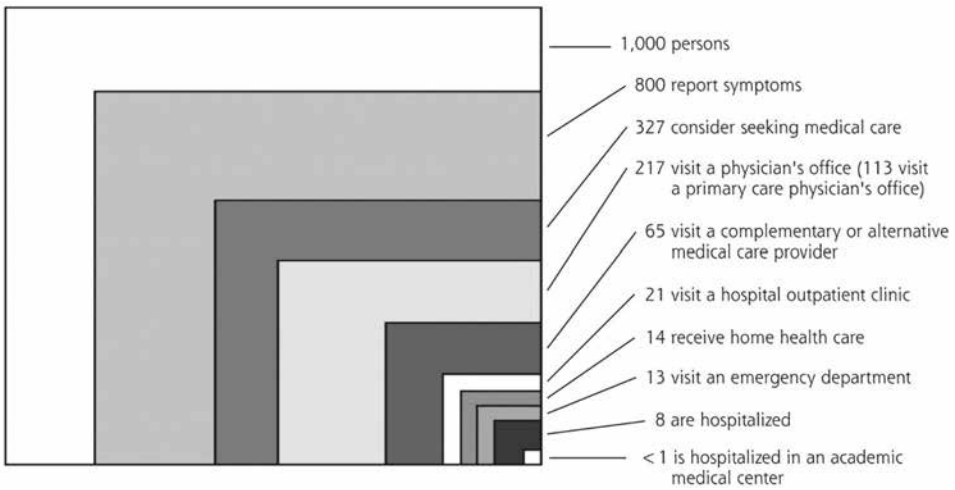


Abbildung 2: Zugang in den USA⁵⁹

58 Grafik: Pichlhöfer, Maier (2014)

59 Grafik: Green (2001)

Abbildung 1 zeigt die Ergebnisse der Arbeit von Pichlhöfer und Maier, sie vergleichen diese mit Ergebnissen aus den USA (Green (2001)) in Abbildung 2.

Durch den uneingeschränkten Zugang zu allen Versorgungsebenen des österreichischen Gesundheitswesens kommt es zu ungebremschter Nachfrage. Besonders in der sekundären und tertiären Versorgungsebene kommt es zu einer Beanspruchungsrate, die dem Vierfachen des amerikanischen Wertes entspricht (35/1000 im Vergleich zu 8/1000 Hospitalisierungen). Besonders problematisch beurteilen die Autoren auch die Überbeanspruchung im intramuralen Bereich aufgrund des hohen Risikos spitalsinduzierter Morbidität (78 im Vergleich zu 21 Besuchen in der Spitalsambulanz).⁶⁰ Wie Pichlhöfer und Maier (2014) berechnen, würde eine Reduktion der Spitalskosten um die Hälfte des Überschusses im Vergleich zum OECD-Durchschnitt die anteiligen Gesundheitsausgaben am BIP um 2 Prozentpunkte senken.⁶¹ Fenton et al. (2012) zeigen einen Zusammenhang zwischen höheren Gesundheitsausgaben, hoher Patientenzufriedenheit und stärkerer Nutzung des intramuralen Sektors, weisen aber auch auf eine höhere Morbiditätsrate hin.⁶²

1.3.4. Schnittstellenproblematik

An den Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Gesundheitsdienstleistern und Sektoren der Gesundheitsversorgung kommt es durch mangelnde Verbindlichkeit und Abgrenzungsunschärfen in der Leistungserbringung immer wieder zu Problemen wie Doppelgleisigkeiten oder unzureichende Behandlungsförderungen.

Auch mangelnde Präventivmaßnahmen sowie Defizite bei Gesundheitsberufen im extramuralen Bereich sind Faktoren, die das österreichische Gesundheitswesen schwächen.⁶³

Durch die Stärkung einer Primärversorgung sollen die bevorstehenden Herausforderungen im Gesundheitswesen gemeistert werden. Im Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz wird eine Stärkung der Primärversorgung nach internationalem Vorbild als zentrales Anliegen der Gesundheitsreform definiert.⁶⁴ Der folgende Abschnitt skizziert die gegenwärtige Situation der Primärversorgung in Österreich.

60 Pichlhöfer, Maier (2014); EU weit liege die Rate der hospital-care associated morbidity zwischen 8 und 12 Prozent.

61 Pichlhöfer, Maier (2014)

62 Fenton et al. (2012)

63 Rebahndl; Maier (2014)

64 Hasenhündl (2014); Bundes-Zielsteuerungskommission (2014)

2. Gegenwärtige Situation der Primärversorgung

In ihrer derzeitigen Form wird PV in Österreich vorwiegend durch die flächendeckende hausärztliche Versorgung bereitgestellt. Niedergelassene Ärzte bewältigen dabei mehr als 90 Millionen Patientenkontakte jährlich. Jedoch verringert sich die Zahl der Ärzte (mit Kassenvertrag) stetig. Im Zeitraum 2000 bis 2014 sank die Zahl der niedergelassenen Ärzte mit Kassenvertrag um 17 Prozent von 8.491 auf 7.041. Gleichzeitig kam es aber zu einem Bevölkerungswachstum, das gemeinsam mit der demografischen Veränderung der Bevölkerung die Nachfrage nach ärztlicher Versorgung ansteigen ließ. Während im Jahr 2000 943 Einwohner auf einen Kassenarzt kamen, waren es 2014 schon 1.208.⁶⁵

Dieses bewährte Konzept weist zunehmend Lücken auf – vor allem am Land können Stellen nur schwer nachbesetzt werden, die Zahl der Wahlärzte steigt, die Attraktivität des Arztberufs und der Allgemeinmedizin leidet. Vor allem im Vergleich mit anderen Ländern mit ähnlichen sozioökonomischen Voraussetzungen sticht die schwache Primärversorgung heraus.⁶⁶

2.1. „Das Team rund um den Hausarzt“⁶⁷

Im Juni 2014 wurde von der Bundes-Zielsteuerungskommission das Konzept zur Stärkung der PV präsentiert: „Das Team rund um den Hausarzt“-Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären PV in Österreich“

Darin wird PV folgendermaßen 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.“⁶⁸

65 ÖÄZ 10.4.2014

66 Pichlhöfer, Maier (2014)

67 Bundes-Zielsteuerungskommission (2014)

68 §3 Z7 Gesundheits-Zielsetzungsgesetz

Man spricht im Konzept von einer evolutionären Weiterentwicklung der bestehenden ambulanten Gesundheitsversorgung mit dem Ziel, eine stark versorgungswirksame erste, leicht und jederzeit zugängliche Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Anliegen und Problemen zu schaffen.

Für Patienten soll in erster Linie die Zugänglichkeit verbessert werden – vor allem an den Tagesrandzeiten und an Wochenenden. Eine verbesserte Koordination soll Patienten vor unnötigen Wegen bewahren und Orientierungshilfe im Gesundheitssystem geben. Maßnahmen zur Prävention und Krankheitsvorbeugung sollen fixer Bestandteil der Primärversorgung werden. Neben der Verbesserung der Gesundheit und der potentiellen Einsparung von Kosten geht es dabei in erster Linie um Lenkung im komplexen Gesundheitswesen.

Für Ärzte sollen eine Attraktivierung der Tätigkeitsfelder und eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen erreicht werden – außerdem eine Erleichterung und Unterstützung in Zusammenarbeit und Kommunikation. Darüber hinaus sieht das Konzept eine Weiterentwicklung der Ausbildung in Lehrpraxen vor.

Auf Seiten der Systemsteuerung wünscht man sich eine Stärkung der Allgemeinmedizin, eine Neugestaltung der Honorierungsmodelle mit entsprechenden Anreizen, Versorgungsforschung und Versorgung auf der entsprechenden Versorgungsstufe – und somit eine Entlastung der Spitäler und Spitalsambulanzen. Modellprojekte werden derzeit aus den herkömmlichen Finanzinstrumenten gespeist, erfahren aber im Zuge der Pilotprojekte eine Förderung, beispielsweise in Form von 2,4 Mio. Euro über den Zeitraum von fünf Jahren für das Pilotprojekt PHC Medizin Mariahilf.

2.2. PHC Wien

Die Stadt Wien, die Wiener Gebietskrankenkasse mit den bundesweiten Versicherungsträgern und die Wiener Ärztekammer haben sich Ende 2014 auf die Grundsätze für zwei konkrete Pilotprojekte zur Umsetzung des Primärversorgungskonzepts in Wien verständigt.⁶⁹

Unter finanzieller Unterstützung der Stadt Wien und der Wiener Gebietskrankenkasse wurde das erste davon im Mai 2015 als Pilotprojekt PHC Medizin Mariahilf umgesetzt. Wie im Zuge der Gesundheitsreform vereinbart, soll dadurch eine Stärkung der Primärversorgung erfolgen und der niedergelassene Bereich ausgebaut werden. Im PHC Medizin Mariahilf können somit neue Services geboten werden,

⁶⁹ Doktor in Wien (2015)

während gleichzeitig die Vorteile des Hausarztssystems bewahrt werden. Die Ordination in Mariahilf entstand aus einer Einzelpraxis, die 2009 in eine Gruppenpraxis umgewandelt wurde und nun als Pilotprojekt mit Gruppenpraxen-Einzelvertrag fungiert. Damit integriert sich das Modell in die bisherige Systematik der kollektiven Vertragsverhandlungen und ist in die bestehenden Versorgungsstrukturen eingebettet. Für zusätzliche Leistungen, wie etwa längere Ordinationszeiten, Fortbildungsverpflichtungen und zusätzliches Ordinationspersonal, werden entgegen der in Österreich üblichen Finanzierungspraxis im niedergelassenen Bereich jährlich 210.000 Euro vom Land bereitgestellt. Diese Förderung sehen Gegner des PHC-Zentrums als Wettbewerbsverzerrung.

Als PHC-Zentrum bietet die Gruppenpraxisordination erweiterte Öffnungszeiten auch an Tagesrandzeiten und arbeitet intensiv mit anderen Gesundheitsberufen zusammen. Trotzdem stehen die Ärzte zu bestimmten Ordinationszeiten auch als persönliche Hausärzte für die Patienten zur Verfügung.

Auch für Ärzte und andere Mitarbeiter ergeben sich in der neuartigen Ordinationsform klare Vorteile. Durch Teamarbeit lassen sich die Arbeitszeiten familienfreundlicher gestalten. Es kommt nicht zu einer Urlaubssperre, und die Versorgung ist ganzjährig durchgehend gewährleistet. Das Kernteam besteht dabei aus drei Allgemeinmedizinerinnen, diplomiertem Pflegepersonal sowie medizinischen Ordinationsassistenten. Zusätzlich sind eine Sozialarbeiterin und ein Psychotherapeut eingebunden. Leistungen wie beispielsweise Labor oder Röntgen werden dezentral in enger Kooperation mit dem 100 Meter entfernten WGKK-Gesundheitszentrum Mariahilf angeboten. Die abschließende Verantwortung unterliegt dabei immer dem ärztlichen Personal.

Wichtige Voraussetzung für eine Fortführung des Projekts nach der fünfjährigen Pilotphase ist der gesamtvertragliche Kündigungsschutz, der Planungssicherheit bringt und somit größere Investitionen erst ermöglicht. Im Falle des PHC Medizin Mariahilf waren Investitionen von ungefähr 300.000 Euro erforderlich.

Das PHC-Projekt Medizin Mariahilf wurde von der Ärztekammer von der ersten Stunde an unterstützt. Es entstand auf Basis des Stellenplanes aus einer gewachsenen Gruppenpraxis-Struktur. Dadurch wurden zahlreiche Punkte, die am neuen Konzept kritisiert werden, ausgehebelt. Befürchtungen, wie die Abschaffung des traditionellen niedergelassenen Bereichs, die Aushebelung des verpflichtenden Arztkontaktes oder die Übernahme von PHC-Zentren durch profitorientierte Ketten und Großkonzerne, wird auf diese Weise entgegnetreten.⁷⁰ Als problematisch wird immer wieder die Entstehungsweise weiterer PHC-Zentren angese-

70 Wiener Zeitung 10.12.2015

hen. Derartige große Zusammenschlüsse von Ärzten und anderen Berufsgruppen sind nur sehr schwer per Dekret umsetzbar. Verbünde wie diese müssen nach dem Vorbild des PHC Medizin Mariahilf aus der Ärzteschaft heraus entstehen und über die Zeit wachsen. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Beteiligten als Vertragspartner optimal zusammenarbeiten. Aus diesem Grund wird bereits laut darüber nachgedacht, für Gruppenpraxen eine Möglichkeit zur Umwandlung in Primärversorgungszentren zu schaffen.⁷¹ Mittlerweile liegen erste Erfahrungen aus dem PHC Medizin Mariahilf in Wien vor. Die verlängerten Öffnungszeiten von 50 Stunden pro Woche ließen die Patientenzahl um 20 Prozent steigen, man betreut rund 200 bis 250 Personen täglich.⁷² Befragungen brachten die Einstellung verschiedener Interessensgruppen zum PV-Konzept oder zum PHC Zentrum Wien Mariahilf zutage.

2.2.1. Studie im Auftrag der Wiener Gebietskrankenkasse

Im Zuge einer Befragung von 203 Patienten des PHC-Zentrums in Wien Mariahilf zeigen sich 93 Prozent sehr zufrieden. In erster Linie wird das PHC-Zentrum jedoch als erweiterte Arztpraxis wahrgenommen, 62 Prozent der Befragten wissen nicht über das vorhandene Zusatzangebot Bescheid. Besonders zufrieden sind die Patienten mit den erweiterten Öffnungszeiten (94 Prozent). Als Alternative zur PHC-Praxis geben 13 Prozent an, sie hätten ohne PHC-Zentrum eine Spitalsambulanz aufgesucht.⁷³

2.2.2. Studie im Auftrag der Ärztekammer

Im Auftrag der Ärztekammer für Wien wurde vom Meinungsforschungsinstitut Peter Hajec Public Opinion Strategies eine Umfrage zur primären Gesundheitsversorgung durchgeführt. Befragt wurden im September 2015 500 Österreicher über 16 Jahren. Demnach ist die freie Hausarztwahl für 98 Prozent der Bevölkerung wichtig. Besonders geschätzt werden ein enges Vertrauensverhältnis zum Hausarzt und die räumliche Wohnortnähe. Auf große Ablehnung stößt die Idee von unternehmensgeführten PHC-Zentren. Auch der Vorschlag, eine ausgebildete Krankenpflegeperson würde entscheiden, ob überhaupt ein Arztbesuch notwendig sei, missfällt einer großen Mehrheit der Bevölkerung. 50 Prozent der Umfrageteilnehmer wünschen sich von den praktischen Ärzten längere Öffnungszeiten, 50 Prozent sind der Meinung, es fehle an einem adäquaten Angebot an Öffnungszeiten zu den Tagesrandzeiten. Über die Aufgaben von Primärversorgungszentren herrscht in der Bevölkerung große Unwissenheit. Nur 17 Prozent der Befragten

71 Ärztemagazin 19.11.2015

72 Wiener Zeitung 10.12.2015

73 Wiener Zeitung 1.10.2015

geben an, zu wissen, was ein PHC-Center sei. Die meisten assoziierten mit dem Begriff ein Ärztezentrum, eine Gemeinschaftspraxis mit Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen oder eine Notfallambulanz.⁷⁴

2.2.3. Sicht der Medizinstudenten⁷⁵

In einer 2014 durchgeführten Erhebung wurde in einer Gruppendiskussion mit Medizinstudenten die Einstellung zum derzeitigen Primärversorgungssystem von Sensor Marktforschung im Auftrag des Hauptverbandes erhoben.

Schon mit dem Begriff Primärmedizin werden dabei Probleme assoziiert – das System wird als undurchsichtig und unklar für Patient und Arzt empfunden. Hauptkritikpunkt der angehenden Mediziner ist der unregelmäßige Zugang zum medizinischen Angebot. Probleme sehen sie auch in eingeschränkten Öffnungszeiten beim AM, im mangelnden Bewusstsein in der Bevölkerung über Ärztenotdienste und in dem verzerrten Bild der Allgemeinmedizin. Auch das Verrechnungssystem und veraltete Leistungskataloge sind den Jungmediziner ein Dorn im Auge.

Als Lösungsansätze wurden von den Medizinstudenten folgende Punkte gefordert:

- Verbesserung der Ausbildung – Aufwertung der Allgemeinmedizin,
- klar geregeltes Gate-Keeping – Arzt in der Primärversorgung als Anlaufstelle,
- geregelte Öffnungszeiten in AM-Praxen, z.B. durch bessere Gemeinschaftspraxis-Rahmenbedingungen,
- Förderung von Zusammenarbeit und Kommunikation mit anderen ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen sowie Einbindung nicht ärztlicher Berufsgruppen in die Praxis,
- Adaption des Vergütungs-Verfahrens und des Leistungskataloges,
- Erhöhung des Ansehens für AM.

74 Presseaussendung Ärztekammer Wien 15.9.2015

75 Sensor Marktforschung (2014)

3. Styriamed.net⁷⁶

Das bestehende Hausarztssystem hat sich in der Vergangenheit als äußerst leistungsfähige Variante der PV erwiesen. Anstelle einer Reformierung dieses funktionierenden Konzepts plädieren die Vertreter der österreichischen Ärzteschaft für „[] sinnvolle und konstruktive Vorschläge zur Verbesserung in der medizinischen Versorgung“⁷⁷. Als sinnvolle Alternative schlagen die Interessensvertreter ein System vor, in dem klassische Hausärzte und hausarztgeführte PHC-Zentren im Netzwerk die PV bereitstellen. Als Beispiel für ein bereits bestehendes derartiges, dezentrales Netzwerk wird Styriamed.net angeführt, das als regionenübergreifende virtuelle Gruppenpraxis Allgemeinmediziner und Fachärzte mit und ohne Kassenvertrag sowie Spitalsärzte verbindet.⁷⁸ Das steirische Ärztenetzwerk Styriamed.net wurde von der Österreichischen Ärztekammer am 7. Oktober 2015 als Modell einer Primärversorgung für ganz Österreich vorgestellt, das im Rahmen der bestehenden Gesetzeslage operieren kann.⁷⁹

3.1. Die Idee

Derartige Ärzte-Netzwerke ermöglichen eine sinnvolle Integration von Sekundär- und Primärversorgung und steigern dadurch die Effektivität und Effizienz in der medizinischen Versorgung. Mangelnde Vernetzung von Gesundheitsanbietern führt zu Kommunikationsmängeln und Doppelgleisigkeiten, die sich besonders an den Nahtstellen zwischen den Gesundheitssektoren auswirken. Darunter leidet vor allem die Kontinuität der Betreuung der Patienten.⁸⁰

Bei Styriamed.net handelt es sich um eine neue Kooperationsform, eine virtuelle Gruppenpraxis, die den niedergelassenen Bereich besser und nachhaltiger vernetzt, aber auch über sektorale Grenzen hinaus die Kommunikation und Zusammenarbeit unterstützt. Durch die Vernetzung bestehender Strukturen können Patientenströme besser gesteuert werden, und so kann die Koordination, beispielsweise beim Zugang zur Versorgung im Tertiärbereich (CT, MRT, Spezialambulanzen), verbessert werden.⁸¹

⁷⁶ Schweighofer (2015)

⁷⁷ Hausarzt 2.11.2015; Zitat Steinhart, Szekeres

⁷⁸ Hausarzt 2.11.2015

⁷⁹ Hausarzt 2.11.2015

⁸⁰ Schweighofer (2015)

⁸¹ Schweighofer (2015)

Im Zentrum der virtuellen Gruppenpraxis von Styriamed.net steht der Hausarzt. Er ist über alle Behandlungsschritte seiner Patienten informiert, koordiniert deren Behandlungsweg und sammelt alle Arztberichte und Befunde. Bei jedem Facharzt- bzw. Ambulanzbesuch wird eine Kopie des Befundes an den Allgemeinmediziner geschickt. Anhand einer einheitlichen Überweisungstriage wird die Dringlichkeit für eine Untersuchung oder Behandlung systemimmanent signalisiert und so ein individuelles, bedarfsorientiertes Terminmanagement erleichtert.⁸² Die rasche und unbürokratische Abklärung freier Facharztkapazitäten verhindert so unnötig lange Wartezeiten auf Facharzttermine.⁸³ Auch von der Zusammenarbeit mit dem Spitalssektor profitieren alle Seiten. Durch den intensiven Austausch aller beteiligten Mediziner wissen einerseits die Allgemeinmediziner besser Bescheid, welche Vorbefunde vom Spital oder von den Fachärzten tatsächlich gebraucht werden, andererseits können von Spitalsärzten nun konkretere Behandlungsempfehlungen an die Hausärzte weitergegeben werden, was die Kontinuität der Behandlung erhöht.⁸⁴

Eine verpflichtende Teilnahme am Netzwerk, beispielsweise als Voraussetzungsbedingung bei der Neuvergabe von Kassenstellen, lehnen die Verantwortlichen bei Styriamed.net ab, da derartige Regelungen gegen die Philosophie der Freiwilligkeit verstoßen würden.⁸⁵

3.2. Die Umsetzung

Im Jahr 2009 wurde die Netzwerkidee in der Steiermark erstmals unter der Schirmherrschaft der Ärztekammer für Steiermark umgesetzt. Der Start erfolgte im Februar 2009 im Bezirk Hartberg, weitere Bezirke folgten schnell. In bestehenden regionalen Qualitätszirkeln oder „Ärztstammtischen“ wird die Idee zur Teilnahme an Styriamed.net präsentiert und es werden alle Unklarheiten beseitigt. Aufgrund des mittlerweile sehr hohen Bekanntheitsgrades ist es ein Leichtes, neue Verbündete für die Teilnahme am Netzwerk zu begeistern. Das Styriamed.net-Referat der Ärztekammer steht dabei stets als kompetentes, beratendes Organ zur Verfügung.⁸⁶

Die Website von Styriamed.net informiert über das medizinische Angebot und vereinfacht den Teilnehmern in einem geschützten Bereich die interne Kommu-

82 Schweighofer (2015)

83 Hausarzt 2.11.2015

84 Hausarzt 2.11.2015

85 Hausarzt 2.11.2015

86 Schweighofer (2015)

nikation, beispielsweise zur Abstimmung von Öffnungszeiten und Urlaubstagen oder zur Vernetzung mit Ressourcen aus dem Spitalsbereich.⁸⁷

Ein einheitliches Design und gezielte Kommunikation, beispielsweise am Telefon, vermitteln eine partnerschaftliche Styriamed.net-Identität.⁸⁸ Finanzielle Unterstützung gibt es für die Teilnehmer am Netzwerk nur vereinzelt, etwa für Drucksorten. Einige Regionen heben Mitgliedsbeiträge ein. Öffentlichen Einrichtungen, wie etwa den Kassen, dem Bund oder den Ländern, entstehen keine zusätzlichen Kosten.⁸⁹

Heute versorgt Styriamed.net in zehn Bezirken 740.000 Menschen und somit mehr als 60 Prozent der steirischen Bevölkerung. Rund 40 Prozent aller Allgemeinmediziner und Fachärzte sowie je Bezirk mindestens ein Spital arbeiten in der virtuellen Gruppenpraxis zusammen.⁹⁰ Zudem werden immer öfter auch Kooperationen mit anderen Gesundheitsberufen eingegangen.⁹¹

2012 wurde Styriamed.net erstmals durch das Ärztliche Qualitätszentrum evaluiert.⁹²

- 75 % der befragten Patienten gaben an, sich besser betreut zu fühlen.
- 60 % der befragten Ärzte gaben an, dass sich das Patientenmanagement deutlich verbessert habe.
- 50 % meinten, dass sich das schon vor dem Zusammenschluss hohe Niveau der Kommunikation weiter erhöht habe.
- Es kam außerdem zu einer deutlichen Steigerung der Arbeitszufriedenheit bei teilnehmenden Ärzten⁹³.

87 Schweighofer (2015)

88 Schweighofer (2015)

89 Hausarzt 2.11.2015

90 Kärntner Ärztezeitung 24.11.2015

91 Schweighofer (2015)

92 Schweighofer (2015)

93 Hausarzt 2.11.2015

4. Umsetzung der Stärkung der Primärversorgung in Österreich

Gemäß Landeszielsteuerungsverträgen soll bis Ende 2016 in jedem Bundesland ein Prozent der Bevölkerung durch PHC-Einrichtungen versorgt werden. Während in Vorarlberg, Tirol, Kärnten und Niederösterreich dazu noch keine konkreten Pläne vorliegen, gibt es in den anderen Bundesländern unterschiedliche Pläne zur Umsetzung des Primärversorgungskonzepts. Im Jahr 2016 soll zusätzlich zum ersten Primärversorgungszentrum in Mariahilf nach mehrmaliger Aufschiebung ein zweites Zentrum in Wien eröffnet werden. In Oberösterreich entsteht gerade, aus tatkräftiger Eigeninitiative beteiligter Ärzte, ein Primärversorgungsprojekt in Enns, außerdem arbeitet man an einem Netzwerk. Die Steiermark ist mit dem sehr verbreiteten Netzwerk Styriamed.net Vorbild für zahlreiche andere Regionen. Allerdings wird von Seite der Kassen dieses Projekt als unzureichend angesehen, zumindest solange die Integration weiterer Gesundheitsprofessionen nicht sichergestellt wird. Parallel arbeitet man gemeinsam an der Etablierung des SMZ Liebenau als PHC-Zentrum. Im Burgenland wird gemeinsam am Netzwerk Gesundheit Seewinkel gearbeitet – das Projekt soll am 1. April 2016 starten. Eine zusätzliche Akutordination und Netzwerke nach steirischem Vorbild namens panoniamed.net sollen zum Primärversorgungskonzept des Bundeslandes beitragen. In Salzburg wird einerseits an einer Netzwerklösung gearbeitet, die für die Region Tennengau schon erfolgreich etabliert wurde, andererseits plant man zwei PHC-Zentren in Rif bei Hallein und in der Stadt Salzburg. Das Ziel, bis Ende 2016 ein Prozent der Bevölkerung damit zu versorgen, wurde aber in Salzburg bereits als unerreichbar abgehakt.⁹⁴

94 Ärztemagazin 19.11.2015

Quellenverzeichnis

- Bundes-Zielsteuerungskommission (2014): „Das Team rund um den Hausarzt“; Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich; Beschlossen in der Bundes-Zielsteuerungskommission am 30. Juni 2014 <http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH1443/CMS1404305722379/primaerversorgung.pdf>, abgerufen am 16. 11. 2015
- Endel, G. (2015): Reform – Planung – Ist-Zustand 2. Teil: Primärversorgung; Soziale Sicherheit 5/2015
- Fenton, J.J.; Jerant, A.F.; Bertakis, K.D.; Franks P. (2012): The cost of satisfaction: a national study of patientt satisfaction, health care utilization, enpenditures, and mortality; Archives of internal medicine, Volume 172, No. 5: S. 405–411
- Green, L.A.; Fryer, G.A., Yawn, B.P. et al. (2001): The ecology of medical care revisited; New England Journal of Medicine; Volume 344, No. 26: S. 2021–2025
- Hansenhündl, M. (2014): Primary Health Care, Leitlinien, DMPs – Und was sich daraus entwickeln kann; Consilium 07+08/14
- Hockl, W. (2015): Podiumsdiskussion ANP-Kongress 2015: Erweiterter Nutzen und verringerte Kosten durch den Einsatz erweiterter und vertiefter Pflege im österr. Gesundheitswesen (Stellungnahme Podiumsdiskussion)
- Kringos, D.S.; Boerma, W.; Hutchinson, A.; van der Zee, J.; Groenewegen, P.P.(2010): The breadth of primary care: a systematic literature review of ist core dimensions; BMC Health services research 2010; Vol. 10; No: 65
- Kringos, D.S.; Boerma, W.; van der Zee, J.; Groenewegen, P.(2013): Health Affairs 2013; 32(4): 686–694
- Friedberg, M.W.; Coltin, K.L.; Pearson, S.D.; Kleinman, K.P. Zheng, J.; Singer, J.A. (2007): Does affiliation of physician groups with one another produce higher quality primary care?; Journal of General Internal Medicine; 22(10):1385–1392
- Sans-Corrales, M.; Pujol-Ribera, E.; Gene-Badia, J.; Pasarin-Rua, M.I.; Iglesias-Perez, B.; Casajuana-Brunet, J. (2006): Family medicine attributes related to satisfaction, health, and costs.; Family Practice; 23(3):308–316
- Starfield, B.; Shi, L.; Macinko, J. (2005): Contribution of primary care to health systems and health.; Milbank quarterly; 83(3):457–502
- Pichlhöfer, O.; Maier, M. (2014): Unregulated access to health-care services is associated with overutilization – lessons from Austria; Short Report; European Journal of Public Health, Vol. 25; No. 3, 401–403
- Piribauer, F. (2015): Podiumsdiskussion ANP-Kongress 2015: Erweiterter Nutzen und verringerte Kosten durch den Einsatz erweiterter und vertiefter Pflege im österr. Gesundheitswesen (Stellungnahme Podiumsdiskussion)
- Rebhandl, E.; Maier, M. (2014): Konzept Primary Health Care (PHC): Ein Konzept zur Optimierung der extramuralen Gesundheitsversorgung – m ein Konzept von AM PLUS; Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit

- Sensor Marktforschung (2014): Einstellung zum derzeitigen Primärversorgungs-System. Gruppendiskussionen mit MedizinstudentInnen; Österreich, Wien; Juli 2014; im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.603049&action=b&cacheability=PAGE&version=1414058399>, abgerufen am 25.11.2015
- Stigler, F.; Starfield, B.; Sprenger, M.; Salzer, H.; Campbell, S. (2012): Assessing primary care in Austria: room for improvement; *Family Practice*; Vol. 30: S. 185–189
- Starfield, B.; Shi, L.; Macinko, J. (2005): Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank quarterly*, Vol 83: S. 457–502
- Starfield, B. (2012): Primary Care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services; *Gaceta Sanitaria* Vol 26; Suppl. 1:20–26
- WHO (1978): Declaration of Alma-Ata
- WHO (2008): The World Health Report 2008: Primary Health Care – Now more than ever
- WHO (2009): Resolution WHA62.12: Primary health care, including health system strengthening

Zeitungsberichte

- Aerzte Steiermark, 10/2015, Novak, M.: Primär: Versorgung, Das Magazin der Ärztekammer Steiermark (Interview mit Pichlbauer, Schneider, Korsatko)
- Ärztomagazin Nr. 27/2015 vom 19.11.2015; Seite 11–13; Ressort: Aktuell; Mag. Michael Krassnitzer, MAS: PHC: Patchwork in Progress
- Doktor in Wien: 02_2015: Primärversorgung – Zwei Pilotprojekte in Wien beschlossen; S. 12–13
- Hausarzt vom 02.11.2015; Seite 32–34: Zerreißprobe Primärversorgung
- Kärntner Ärztezeitung vom 24.11.2015; Seite 5: Gesetz über PHC-Zentren verzögert sich – Diskussion um Zuständigkeiten
- Neues Volksblatt vom 10.12.2015; Seite 5; Ressort: Politik: Milliarden-Einsparung durch Abbau von Betten
- Oberösterreichische Nachrichten vom 10.12.2015; Seite 3; Ressort: Politik: Zu viele Spitalsbetten: Rechnungshof sieht enormes Sparpotenzial
- ÖKZ – Das österreichische Gesundheitswesen 55. JG (2014) 08–09; Seite 8–10; Wunschzettel
- ÖKZ – Das österreichische Gesundheitswesen 56. JG (2015) 12; Seite 11–14; Primary Chaos
- Österreichische Ärztezeitung 7 – 10.04.2014: Primärversorgung: Alles schon jetzt vorhanden

Presseaussendung der Ärztekammer für Wien; Mag. Susanne Schönmayr; 15.09.2015:
Patientenumfrage zur primären Gesundheitsversorgung in Österreich

Schweighofer, C. (2015): Styriamed – Medizin im Netzwerk; ärztemagazin 13-14/2015; S.
12–15

Styriamed.net

Wiener Zeitung Nr. 190 vom 1.10.2015; Seite 19; Ressort: Wien: Positive Bilanz über
Pilotprojekt. Zweiter Standort nahe Donauspital verzögert sich. Primärversorgung als
erweiterte Arztpraxis

Wiener Zeitung Nr. 239 vom 10.12.2015; Seite 18; Ressort: Wien: Das erste Primärver-
sorgungszentrum Österreichs läuft seit Mai in Mariahilf. Der Betrieb läuft, Probleme
gibt es trotzdem zur Genüge. Dass die Hausärzte sich nicht wehren, verstehe ich nicht
http://www2.aekwien.at/1964.py?Page=1&id_news=8969 abgerufen am 11.1.2016