

# **Neue Wege in der Primärversorgung**

## **Zur Optimierung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung in Österreich**

**Dr. Erwin Rebhandl**

**Arzt für Allgemeinmedizin**

**Univ. Lektor für Allgemeinmedizin, Medizinischen Universität Wien**

**Präsident von AM plus – Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit**

**Vorstandsmitglied der OBGAM – OÖ. Gesellschaft für Allgemeinmedizin**

**Marktplatz 43, 4170 Haslach**

**E-Mail: [erwin@rebhandl-arzt.at](mailto:erwin@rebhandl-arzt.at)**

**Publiziert in GESUNDHEITS-OECONOMICA 2014**

**Schriftenreihe der österreichischen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie**

**Redaktion: Univ.Prof.Dipl.Oec.Dr.Dr.h.c. Josef Dezsy und Mag. Gerhard Holler**

**Druck: Donau Forum Druck GmbH. , 1230 Wien**

**ISBN 978-3-200-03956-8**

## Einleitung

Österreich verfügt über ein seit langem bestehendes, veränderungsresistentes aber noch immer recht gut funktionierendes Gesundheitssystem, dessen Effizienz und Effektivität aber für die zukünftigen Herausforderungen unbedingt rasch gesteigert werden muss.

Probleme verursachen in unserem derzeitigen System vor allem der freie Zugang zu allen Ebenen des Gesundheitssystems bis hin zu den Universitätskliniken, die hohe Spitalslastigkeit, die Vernachlässigung des Primärversorgungsbereiches in struktureller und finanzieller Hinsicht, die noch immer mangelhafte Koordination an zahlreichen Nahtstellen (Schnittstellen) und die fehlende Verbindlichkeit und Verpflichtung zur umfassenden Leistungserbringung. Auch die Prävention ist in Österreich noch ausbaufähig. Nicht zuletzt sind sowohl die Hausärztinnen und Hausärzte, die diplomierten Pflegeberufe als auch andere Gesundheitsberufe durch die derzeitige Ausbildung und Weiterbildung nicht ausreichend für die hochqualifizierte Tätigkeit im extramuralen Bereich ausgebildet.

In PHC-orientierten Gesundheitssystemen sind 30 - 50% aller Ärztinnen und Ärzte Hausärzte mit allgemeinmedizinischer Ausbildung, in Österreich sind es derzeit nur ca. 20 Prozent (Stigler F., 2010). Hierorts besteht eine starke Tendenz zur Facharztausbildung. Wegen der unattraktiven Ausbildung zum Allgemeinmediziner und der unbefriedigenden Arbeitsbedingungen ist ein zunehmender Mangel an gut ausgebildeten Allgemeinmedizinern zu erwarten. In vielen anderen Ländern mit funktionierenden PHC- Systemen ist der Beruf sehr attraktiv. Die meisten Universitätsabsolventen streben dort bewusst den Beruf des Hausarztes an und unterziehen sich einer hochgeschätzten Weiterbildung zum (Fach-) Arzt für Allgemeinmedizin. Es ist zu hoffen, dass die nun verpflichtend eingeführte Lehrpraxisausbildung ein erster Schritt in Richtung einer Steigerung der Attraktivität der Ausbildung und in weiterer Folge der extramuralen Tätigkeit als Allgemeinmedizinerin und Allgemeinmediziner ist.

Zahllose internationale wissenschaftlich belegte Untersuchungen und Vergleiche legen auch für Österreich eine stärkere Ausrichtung des Gesundheitssystems auf eine dezentrale wohnortnahe umfassende medizinische Primärversorgung nach dem Primary Health Care – Modell (PHC) nahe.

In §3 Z7 des Gesundheitszielsteuerungsgesetzes wurde die Primärversorgung (Primary Health Care) 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.*

Diese Primärversorgung umfasst nicht nur die allgemeinärztliche (hausärztliche) Ebene, sondern auch die Bereiche der Pflege, Psychologie und Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, die Arzneimittelversorgung sowie die soziale Komponente. Um dies umsetzen zu können ist sowohl eine Neupositionierung der Hausärztinnen und Hausärzte als auch eine Neuausrichtung anderer bestehender Gesundheitsberufe notwendig. Dabei wird die Einbindung neuer Tätigkeitsbereiche in die Ausbildung (z.B.: practice nurses - im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege) und die Entwicklung neuer Berufsbilder (z.B. Bewegungstrainer für Gesunde und chronisch Kranke) notwendig sein, um die zukünftigen Aufgabenstellungen im Gesundheitssystem patientenorientiert und effizient zu meistern. Weitere Voraussetzung dafür ist die Etablierung neuer struktureller und organisatorischer Rahmenbedingungen im extramuralen Versorgungsbereich.

## Die Primärversorgung der Zukunft

---

Eine Verbesserung und Lösung vieler derzeitiger Probleme wird die Umsetzung eines neuen Primärversorgungskonzeptes (nach Primary Health Care – PHC) in Österreich sein. Dieses Konzept wurde schon 1978 von der WHO entwickelt und auch von Österreich unterzeichnet. Im Rahmen der derzeitigen Gesundheitsreform soll es nun umgesetzt werden.

PHC ist ein ambulantes und interdisziplinäres Versorgungskonzept, das möglichst viele gesundheitliche Probleme wohnortnah und effizient lösen kann. Wohnortnah bedeutet, dass tagsüber die Erreichbarkeit mit einem Auto oder öffentlichen Verkehrsmittel innerhalb von 15 bis 20 Minuten gegeben ist.

Das PHC-Konzept soll neben der medizinischen auch die pflegerische und therapeutische Grundversorgung der kurativen Medizin abdecken sowie nicht zuletzt auch ein breites Spektrum an gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen umfassen. Auch die psychischen und sozialen Komponenten werden entsprechend berücksichtigt und eingebunden. Die Allgemeinmedizin und damit die Hausärztinnen und Hausärzte sind der zentrale und unverzichtbare Teil dieses Gesamtkonzeptes.

Der Hausarzt (Arzt des Vertrauens) ist der Koordinator und die erste Ansprechstelle in allen medizinischen Fragestellungen. Mit dem Hausarzt arbeiten im Kernteam eine diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin und Arztassistentinnen in einem Gebäude eng zusammen. In enger Kooperation und Abstimmung gruppiert sich um dieses Kernteam ein Team aus Psychologinnen und Psychologen, Diätologinnen und Diätologen, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Logopädinnen und Logopäden, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie andere Gesundheitsberufen. Auch diese Gesundheitsberufe werden teilweise Koordinations- und Managementaufgaben übernehmen können. Zusätzlich gibt es weitere Kooperationspartner (z.B. Pharmazeuten, Hebammen). Fachärzte gehören üblicherweise nicht dem Primärversorgungsteam an. Sie sind meist auf der sekundären Versorgungsebene tätig und werden vom Primärversorgungsteam bei Bedarf strukturiert in die Diagnostik und Therapie einbezogen. Ausnahmen kann es bei Pädiatern und Internisten geben.

PHC hat zahlreiche positive Effekte und führt nachgewiesenermaßen rascheren und umfassenderen Versorgung bei akuten Erkrankungen, zu einer Erhöhung der Compliance, einer Verlängerung der Lebenserwartung und Erhöhung der Lebensqualität von chronisch Kranken, einer Senkung der Überweisungsfrequenzen, einer Senkung unnötiger Krankenhauseinweisungen und Krankenhausaufenthalte und damit langfristig zu einer Dämpfung der Gesamtkosten (B. Starfield, 1994). Insbesondere der Gesundheitsförderung und Prävention wird in diesen Konzepten breiter Raum gegeben. All das trägt zu einer entscheidenden Qualitätssteigerung und Ökonomisierung des Gesundheitssystems bei.

In PHC-Konzepten findet der Großteil der Versorgung in einer Struktur (Ordinationen oder Primärversorgungszentren) statt, wobei auch nicht-ärztliche Leistungen innerhalb dieser Strukturen erbracht werden. Art, Lokalisation und Ausstattung der PHC-Einheiten wird nach Bedürfnissen der Bevölkerung und in Abstimmung mit den Leistungserbringern der jeweiligen Region erarbeitet und festgelegt

PHC fördert die Langzeitbeziehung zwischen Arzt und Patient, sowie zur gesamten Einrichtung der Primärversorgung - etwa durch Einschreibmodelle (Listensystem). Die Patienten entscheiden freiwillig, sich für eine gewisse Zeit an eine Einrichtung des PHC-Netzwerkes zu binden und diese Einrichtung primär aufzusuchen. Sie können dabei auch einen Arzt des Vertrauens wählen. Diese Vorgangsweise soll durch ein Anreizsystem für die Bevölkerung unterstützt werden. Dies fördert einerseits die Versorgungssicherheit für den Patienten im Krankheitsfall (akut und chronisch) und ermöglicht andererseits eine stärkere Orientierung auf Gesundheitsförderung und Prävention. Die Berufsausübung soll für jene Berufe, die von Gesetzes wegen auch freiberuflich tätig sein können, sowohl in der Freiberuflichkeit als auch im Angestelltenverhältnis ermöglicht werden. Die derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen bedürfen dazu allerdings einer Adaptierung.

## Umsetzungsmöglichkeiten

---

Um auch in Österreich Erfahrungen mit PHC-Modellen zu sammeln, müssen rasch regionale Pilotprojekte geplant und umgesetzt werden.

Erster Schritt bei der Umsetzung muss eine Analyse der lokalen Ist-Situation sein. Dabei wird erhoben, wer derzeit wo welche Leistungen in welchem Umfang anbietet. Es wird überprüft, inwieweit dieses Leistungsangebot den Bedürfnissen der Bevölkerung und den medizinischen, pflegerischen und sonstigen Notwendigkeiten entspricht. Danach wird geklärt, durch welche strukturellen und organisatorischen Änderungen die regionale wohnortnahe Versorgung optimiert werden kann.

Dabei kommen unterschiedliche Modellvarianten oder deren Kombination in Frage. Zwei typische Modellvarianten werden näher beschrieben.

### **Modell für den städtischen Bereich - Primärversorgungszentrum**

In einem Gebäudekomplex arbeiten mehrere Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin zusammen. Diese Ärzte garantieren ausreichende Öffnungszeiten der Primärversorgungseinrichtung und eine Notversorgung rund um die Uhr, auch in Kooperation mit anderen Ärzten und Einrichtungen. Sie arbeiten im Kernteam mit diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern und -pflegern und Arztassistentinnen zusammen. Das Leistungsangebot ist klar definiert, wird vertraglich vereinbart und muss verbindlich erbracht werden. Darüber hinaus steht es Primärversorgungszentren frei, zusätzliche außervertragliche Leistungen anzubieten.

Um dieses Kernteam wird ein Netzwerk von nichtärztlichen Gesundheitsberufen geschaffen. Zu diesem Netzwerk gehören Physiotherapeutinnen, Ergotherapeutinnen, Logopädinnen, Diätologinnen, Psychologinnen und Psychotherapeuten, Hebammen und Sozialarbeiterinnen. Alle Mitglieder und Mitarbeiter des Netzwerkes verpflichten sich, die gemeinsam erarbeiteten Regeln und Vorgaben einzuhalten und in ihrem Tätigkeitsbereich umzusetzen. Die Leitung der PHC-Einrichtung wird von einem medizinischen und einem wirtschaftlich-organisatorischen Leiter wahrgenommen.

Die Art und Weise der Finanzierung und Honorierung wird einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern geregelt. Die Zahl der Ärzte und anderer Leistungserbringer richtet sich nach der Anzahl der zu versorgenden Einwohner. Die Einwohner des Versorgungssprengels lassen sich als potentielle Patienten registrieren (Listensystem).

Das Primärversorgungsteam kooperiert auch strukturiert mit anderen Partnern (Fachärzten, Pharmazeuten, Bandagisten, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen etc.)

Es ist auch möglich, dass Fachärzte verschiedener Disziplinen (Pädiatrie, Gynäkologie, Innere Medizin, Unfallchirurgie, Augenheilkunde etc.), die der sekundären Versorgungsebene zugehörig sind, und andere Kooperationspartner sich im selben Gebäude ansiedeln, um so die Zugänglichkeit für die Patienten zu erleichtern. Diese Partner gehören jedoch organisatorisch nicht der PHC-Einrichtung an.

Für eine entsprechende Qualitätsförderung und Evaluierung wird gesorgt.

Die PHC-Einrichtung soll für alle zu betreuenden Einwohner mit einem Auto oder öffentlichen Verkehrsmittel in 15 bis 20 Minuten erreichbar sein. Die Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln muss daher bei der Wahl des Standortes beachtet werden.

Als mögliche Organisationsform bietet sich eine Gruppenpraxis als Gesellschaft mit beschränkter Haftung an. Die derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen bedürfen dazu allerdings einer Optimierung.

### **Modell für den ländlichen Raum – Netzwerk zur Primärversorgung**

In ländlichen Regionen wird es nicht möglich sein, die allgemeinmedizinische und sonstige Versorgung in einem Gebäudekomplex unterzubringen, da die Anfahrtswege zu weit wären.

In diesen Regionen wird die hausärztliche Versorgung weiterhin dezentral in den einzelnen Gemeinden angeboten. In Gemeinden mit mehr als einer Hausarztordination ist es sinnvoll, die Standorte in ein kleines Zentrum zusammenzuführen und andere Gesundheitsberufe räumlich einzubinden. In den einzelnen Ordinationen oder kleinen Primärversorgungszentren (Einzel- oder kleine Gruppenpraxen) arbeiten im Kernteam Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern und -pfleger und Arztassistentinnen. Alle anderen oben angeführten Gesundheitsberufe werden bedarfsgerecht in das Primärversorgungsteam für regionale Versorgung einbezogen. Die Kooperation mit den erwähnten Partnern wird ebenfalls aufgebaut.

Zur Vernetzung, Steuerung und Koordination der dezentralen regionalen Versorgung wird eine spezifische Netzwerkorganisation eingerichtet. Aufgabe dieser Struktur ist es, die Tätigkeitsbereiche und das Leistungsangebot zu koordinieren sicherzustellen und die Öffnungszeiten abzustimmen und die Qualitätsförderung zu organisieren. Alle Anbieter in der PV-Region werden eingeladen und motiviert, sich freiwillig diesem Netzwerk anzuschließen.

Die Leistungserbringer unterzeichnen einen Kooperationsvertrag mit dem PHC-Netzwerk und verpflichten sich, sich an die Regeln des Netzwerkes anzupassen. Sie sind dabei meist freiberuflich tätig. Einzelne Berufsgruppen können auch beim Netzwerk angestellt werden. Geleitet wird auch dieses Netzwerk von einem medizinischen und einem wirtschaftlich-organisatorischen Leiter.

Als Organisationsform in diesem Modell kommen entweder ein Verein oder eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Frage.

## Finanzierung

---

Eine neue Primärversorgung braucht auch neue Finanzierungsmodelle. Hier sind die Vertragspartner aufgerufen in Pilotregionen ausgetretene Pfade der Vertragsgestaltung zu verlassen und neue Wege der Honorierung zuzulassen. In anderen Ländern gibt es in PHC-Modellen verschiedene Formen der Honorierung. Wesentlich ist, dass es sowohl kontaktunabhängige als auch kontaktabhängige Honorarbestandteile gibt. Es wird sinnvoll sein Pauschalen für die Bereitstellung der Ressourcen (kontaktunabhängig) sowie Pauschalen für die Prävention und die Versorgung von Erkrankten (kontaktabhängig) zu definieren, wobei hier zwischen Patienten mit akuten und chronischen Erkrankungen unterschieden werden muss. Es muss klar definiert und transparent sein, welche Leistungen in den jeweiligen Pauschalbeträgen enthalten sind. Aufwendigere, zeitintensive oder seltenere diagnostische und therapeutische Leistungen werden am besten als Einzelleistung (fee for service) abgegolten. Wichtig ist, dass im Leistungs- und Honorarkatalog nicht nur die Honorare für die definierten ärztlichen Tätigkeiten, sondern auch die Honorare für die definierten Tätigkeiten der nichtärztlichen Mitglieder des Kernteams und des erweiterten Primärversorgungsteams definiert sind.

## Zusammenfassung

---

Eine gute medizinische Primärversorgung (Primary Health Care) steht nachgewiesenermaßen für bessere Ergebnisse der Gesundheitsversorgung. PHC bringt für die Bevölkerung einen einfacheren, rascheren und transparenteren Zugang zu Leistungen sowohl der Gesundheitsförderung und Prävention als auch der Versorgung im Krankheitsfall. PHC führt auch zu ausgeglichenen regionalen Angeboten ohne Benachteiligung einzelner Gruppen der Bevölkerung.

Grundsätzlich kommen zwei Modelle in Frage, eines für den städtischen Bereich und eines für den ländlichen Raum. Die Umsetzung in Österreich ist unbedingt in absehbarer Zeit anzustreben.

### **Primary Health Care - PHC**

#### **Ein modernes wohnortnahe und extramurales Netzwerk für die Bevölkerung zur Erhaltung der Gesundheit und optimalen Versorgung bei Krankheit**

- Wohnortnahe Gesundheitsförderung und Prävention
- Rasche umfassende Behandlung und Betreuung bei akuten Erkrankungen
- Optimales Krankheitsmanagement bei chronischen Erkrankungen
- Wohnortnahe ambulante Rehabilitationsmaßnahmen

## Literaturauswahl

---

BM für Gesundheit, Geschäftsführung der Gesundheitsagentur, Radetzkystr. 2, 1030 Wien, Herausgeber (Juni 2014), Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Versorgung in Österreich – „Das Team rund um den Hausarzt“

Rebhandl E., Mayer M. (1-2014) Primary Health Care (PHC) - ein Konzept zur Optimierung der extramuralen Gesundheitsversorgung, Quelle: [www.amplusgesundheit.at](http://www.amplusgesundheit.at)

Czypionka Th.et al. (2011) „Health Workforce: Status quo und neue Berufsbilder“ in Health System Watch, Fachzeitschrift Soziale Sicherheit I/2011, Herausgeber HV der SV-Träger Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Masterplan Gesundheit: Österreichs Gesundheitssystem gemeinsam zukunftssicher umgestalten, Nr.42 2011

Hofmarcher, M. M. (2006). Health Systems in Transition. Austria - Health system review. Copenhagen, WHO Europe.

Kringos, D. S. (2010). "The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions." BMC Health Services Research **10**(65): 1-13.

ÖÄK (2008). Das gesundheitspolitische Konzept der österreichischen Ärztekammer.  
ÖÄK. (2010). "Hausärzte im Zentrum". Quelle <http://www.aerztekammer.at>

ÖGAM (2008). „Grundsatzpapier der ÖGAM zu einer Neuorientierung des österreichischen Gesundheitssystems“. Quelle: [www.oegam.at](http://www.oegam.at)

Starfield, B. (1979). "Measuring the attainment of primary care." J Med Educ **54**(5): 361-369.  
Starfield, B. (1994). "Is primary care essential?" The Lancet **344**: 1129-1133.  
Starfield, B. (1998). Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York, Oxford University Press.  
Starfield, B. (2005). "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health." The Milbank Quarterly **83**(3): 457-502.

Stigler Florian L. (2010), „The future of Primary Care in Austria“, Dissertation, School of Medicine, University of Manchester

WHO (1978) "Declaration of Alma Ata", International Conference on Primary Health Care in Alma Ata  
WHO (2000). The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva.

WONCA Europe (2002) „Die Europäische Definition der Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin“, deutsche Übersetzung ÖGAM und SGAM. [www.oegam.at](http://www.oegam.at)

WONCA (2013) "Improving Health Systems: The contribution of Family Medicine" 2. Auflage