

Pressegespräch

Primärversorgung nach internationalem Vorbild: Wird das Herzstück der Gesundheitsreform nun Realität?

18. Mai 2017, 10:00
Institut für Höhere Studien

ExpertInnen:

Dr. Thomas **Czypionka**, Leiter der Forschungsgruppe Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik, IHS

Mag. (FH) Susanna **Finker**, 2. Bundessprecherin - Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen

Assoz.Prof. Priv.Doz. Dr.med. Kathryn **Hoffmann**, MPH - Interimistische Leiterin der Abteilung für Allgemein- und Familienmedizin an der Med. Universität Wien

Dr. Sebastian **Huter**, Obmann Junge Allgemeinmedizin Österreich (JAMÖ)

Priv.-Doz. Dr. med. Stefan **Korsatko**, MBA - 1. Bundessprecher - Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen



Primärversorgung nach internationalem Vorbild: Wird das Herzstück der Gesundheitsreform nun Realität?

Ein Herzstück der laufenden, 2013 initiierten Gesundheitsreform ist die Umstellung auf ein Primärversorgungssystem nach internationalem Vorbild. Hintergrund dessen ist, dass ein solches Primärversorgungssystem nachweislich bessere Gesundheitsergebnisse für die Bevölkerung mit sich bringt.

Es zeigte sich jedoch, dass die Umsetzung mit großen Unsicherheiten verbunden ist. Schon Ende 2016 sollte ein Prozent der Bevölkerung in solchen Primärversorgungseinheiten versorgt sein. Um die Rahmenbedingungen klarer zu setzen, macht ein eigenes Primärversorgungsgesetz durchaus Sinn, welches nun als Entwurf in Begutachtung ist.

Wie funktioniert Primärversorgung nach internationalem Vorbild?

Primärversorgung nach internationalem Vorbild unterscheidet sich wesentlich von der Standardversorgung, wie sie bisher in Österreich vorherrschend ist. Primärversorgung soll die erste Anlaufstelle für alle gesundheitlichen Bedürfnisse eines Menschen sein, mit dem das multiprofessionelle Primärversorgungsteam eine langjährige Beziehung pflegt. Die Multiprofessionalität ist notwendig, um in der Arbeit auch psychische, pflegerische und soziale Aspekte berücksichtigen zu können, da diese für Erkrankungen und deren Behandlung aber auch in der Gesundheitsförderung und Prävention eine große Rolle spielen. Dementsprechend besteht das Team neben ÄrztInnen und Ordinationsassistenten auch aus Pflegefachkräften, Physio- und PsychotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen und anderen Berufen, je nach regionalem Bedarf. Die Versicherten werden nicht erst als Kranke zum „Kunden“, das Primärversorgungsteam hat die Verantwortung für die bei ihm eingeschriebene Bevölkerung und kümmert sich dabei aktiv um Menschen mit Risikofaktoren, chronischen Krankheiten oder komplexen Bedürfnissen. Durch eine differenzierte Aufgabenzuteilung im Team können sich die ÄrztInnen ausführlicher Zeit nehmen, um unklare oder neu aufgetretene Probleme zu besprechen. Das Primärversorgungsteam unterstützt die Menschen in seinem Wirkungsfeld (Gemeinwesen) auch beim Weg durch das Gesundheitssystem, koordiniert also insbesondere für chronisch Kranke Diagnose- und Behandlungsschritte und sorgt dafür, dass nichts „unter den Tisch fällt“.

Die Nachwuchsarbeit ist selbstverständlicher Teil einer Primärversorgungseinheit, indem auch ÄrztInnen, zunächst auch angestellt, Erfahrung sammeln können und in älteren KollegInnen MentorInnen finden. Die wertvollen Erfahrungswerte und Daten der Primärversorgungseinheit werden in die Versorgungsforschung eingebracht.

Dieses Vorbild unterscheidet sich deutlich von der Standardversorgung in Österreich. Zwar versuchen schon jetzt in Österreich da und dort engagierte Angehörige verschiedener Gesundheits- und Sozialberufe in diesem Sinne zusammenzuarbeiten. Es fehlt jedoch nicht nur an den gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen, es sollte auch der gesamten Bevölkerung unabhängig vom Wohnort eine solche Betreuung zugänglich sein.

Aus wissenschaftlicher Sicht ist daher die Umsetzung einer Primärversorgung nach internationalem Vorbild ein wesentlicher Schritt zur Verbesserung der

Bevölkerungsgesundheit wie auch der Effizienten Leistungserbringung. Die Schaffung der gesetzlichen Rahmenbedingungen wird ausdrücklich begrüßt. Aus den internationalen Erfahrungen ergibt sich aber auch Änderungsbedarf am derzeit bestehenden Entwurf, wie ihn das Österreichische Forum Primärversorgung und die Junge Allgemeinmedizin Österreich formuliert haben. Von wissenschaftlicher Seite sind diese Anliegen daher zu unterstützen.

Zusammenfassung der Stellungnahme der OEFOP zum PHC-Gesetz

1) Multi- und Interprofessionalität:

Ausgangspunkt des Bundesgesetzes war eine zukünftige Primärversorgung gemäß den Prinzipien von „Primary Health Care“ mit multiprofessionellen Teams. In der vorliegenden Fassung ist diese Ausrichtung verloren gegangen und durch eine rein medizinische Versorgung ersetzt worden. Sie blendet damit soziale und psychische Aspekte von Gesundheit weitgehend aus. In allen Paragraphen dominiert das Bemühen um Konsens mit der ärztlichen Standesvertretung. Alle anderen Berufsgruppen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich erscheinen im Gesetz nur als eine Randnotiz.

Das OEFOP fordert deshalb eine Überarbeitung des Gesetzesentwurfs unter Einbeziehung aller Gesundheits- und Sozialberufe.

2) Verbindliche Umsetzung:

Dem OEFOP ist es sehr wichtig, dass das Bundesgesetz zu einer Beschleunigung der notwendigen Reformen in der österreichischen Primärversorgung führt und Sicherheiten schafft. In der derzeitigen Fassung sind aus Sicht des OEFOP einige potentiell hemmende Bestimmungen und Unsicherheiten enthalten. So könnte es bei fehlender Einigung auf einen Gesamtvertrag bis Ende 2018 zu einem Stillstand der Entwicklung von Primärversorgungseinheiten kommen. Zwar können Sondereinzelverträge abgeschlossen werden, zu diesen müssen Sozialversicherungen und Ärztekammern aber ihre Zustimmung geben. Hier ergibt sich ein beidseitiges Vetorecht, welches jegliche Errichtung einer Primärversorgungseinheit blockieren könnte.

Das OEFOP fordert klare, zeitliche Fristen für verbindliche Verhandlungsergebnisse.

3) Qualität:

Der Begriff „Qualität“ kommt im PVG 2017 nur an einer einzigen Stelle vor: "die Unterstützung der sachgerechten Versorgung von Patientinnen und Patienten im Hinblick auf den richtigen Zeitpunkt, den richtigen Ort, die optimale medizinische und pflegerische Qualität und die gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstige Erbringung der Leistungen". Es wird aber an keiner Stelle des PVG 2017 erläutert wie diese Qualität sichergestellt wird. Aus Sicht des OEFOP ist neben einer bedarfsgerechten Planung die transparente Diagnosen- und Leistungserfassung dafür eine Grundvoraussetzung.

Das OEFOP fordert deshalb eine verbindliche Diagnosen- und Leistungserfassung, die allen beteiligten Akteuren zugänglich ist.

Zusammenfassung der Stellungnahme der JAMÖ zum PHC-Gesetz

1) Aufwertung des Berufsbildes

Neben der Klärung der Rahmenbedingungen für Versorgungseinheiten wird im Primärversorgungsgesetz als Hauptziel auch eine Attraktivierung des Tätigkeitsfeldes Primärversorgung angestrebt. Die im Gesetz genannten neuen Versorgungsstrukturen und Honorierungsmodelle werden diesbezüglich wahrscheinlich hilfreich sein. Eine tatsächliche Aufwertung des Berufsbildes Allgemeinmedizin würde jedoch eine Vielzahl an weiteren Maßnahmen erfordern und ist durch eine reine Anpassung der Versorgungsstrukturen alleine nicht gewährleistet. Insbesondere die folgenden Bereiche müssten hier ebenfalls berücksichtigt werden:

- Universitäre Lehre
- Postgraduelle Ausbildung (insb. Facharzt für Allgemeinmedizin)
- Versorgungsauftrag der Allgemeinmedizin im Gesundheitswesen
- Wissenschaft und Forschung

Die dringend notwendige Aufwertung des Berufsbildes bedingt weitere vielfältige Maßnahmen im Bereich Ausbildung, Wissenschaft und Forschung.

2) Ausbildung

Die internationale Erfahrung zeigt, dass Jungmediziner_innen sich viel eher für eine Karriere in der Primärversorgung entscheiden, je früher sie damit in ihrer Ausbildung in Kontakt kommen.

Die 9-monatige ärztliche Basisausbildung am Beginn der postgraduellen Ausbildung darf derzeit aber nur in Krankenanstalten absolviert werden. Zukünftig muss es möglich sein, die Basisausbildung auch in Primärversorgungseinheiten zu absolvieren. Die Finanzierung der Ausbildungsplätze in der Primärversorgung muss garantiert sein. Dies ist notwendig, um ausreichend viele engagierte Ärzt_innen für Allgemeinmedizin für die zukünftige Versorgung rekrutieren zu können.

Ärzt_innen müssen Basisausbildung und Lehrpraxis in Primärversorgungseinheiten absolvieren können – mit garantierter Finanzierung des Ausbildungsplatzes.

3) Anstellung

Derzeit entscheiden sich viele Allgemeinmediziner_innen mit dem Wunsch nach vorübergehender Teilzeit für eine Tätigkeit im Krankenhaus, wo dies leichter möglich ist. Die Rückkehr in die Primärversorgung fällt dann oft schwer. Damit diese Ärzt_innen stattdessen weiter in der Primärversorgung tätig sein können, unterstützen wir die Möglichkeit der Anstellung von Ärzt_innen in Einzel- und Gruppenpraxen. So können Eltern oder z.B. im akademischen Bereich tätige Ärzt_innen in Teilzeit ihrem Beruf weiter nachgehen. Zudem wird Ärzt_innen unmittelbar nach Abschluss der Ausbildung ermöglicht, weiter Erfahrung zu sammeln und den langfristigen Schritt einer Praxisgründung ausreichend vorbereiten zu können.

Es braucht eine Vielfalt an Karrieremöglichkeiten in der Primärversorgung, inklusive der Möglichkeit der Anstellung von Ärzt_innen in Einzel- und Gruppenpraxen.