



Schwerpunktthema

Neue Konzepte der extramuralen Versorgung

Schwerpunktthema:

**Neue Konzepte
der extramuralen Versorgung**

Z
GP

Schwerpunktthema

Neue Konzepte der extramuralen Versorgung

Ausgabe 4/2015

Impressum:

Die in der ZGP veröffentlichten Beiträge sind nicht unbedingt mit der Auffassung des LIG oder seines Trägers ident.

LIG – Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung
Obmann: Präs. Dr. Peter Niedermoser
Geschäftsführer: Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

ZGP – Zeitschrift für Gesundheitspolitik
Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion: Linzer Institut für
Gesundheitssystem-Forschung, Dinghoferstraße 4, 4010 Linz
www.lig-gesundheit.at

Coverfoto: vege (www.fotolia.com)
Redaktion: Thomas Bergmair
Verleger: Verlagshaus der Ärzte GmbH, 1010 Wien
Druck: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, 3580 Horn

Liebe Leserin, lieber Leser,

die vorliegende Ausgabe der Zeitschrift für Gesundheitspolitik trägt den Titel „Neue Konzepte der extramuralen Versorgung“ und widmet sich damit einem Thema, das nie aktueller war als heute.

Dass in den österreichischen Spitalsambulanzen viele Tätigkeiten erbracht werden müssen, die auch extramural erbringbar wären, lässt sich nicht leugnen. Eine Verlagerung von Behandlungen in den extramuralen Bereich lässt sich jedoch nicht per Dekret anordnen. Um die Sicherheit und Gesundheit der Patienten auch im extramuralen Bereich zu gewährleisten, müssen Strukturen geschaffen werden, die für diese Patienten im Bedarfsfall unmittelbar bereitstehen. Schon heute verdeutlichen immer länger werdende Wartezeiten die sehr hohe Auslastung im niedergelassenen Bereich. Für zusätzliche Aufgaben aus dem stationären oder spitalsambulanten Bereich fehlen derzeit schlicht und einfach die Ressourcen.

Man hat diese Problematik mittlerweile zumindest teilweise erkannt und ist auf der Suche nach Lösungen. Ein neues Primärversorgungskonzept soll erweiterte Zugangsmöglichkeiten schaffen und die Zusammenarbeit unter Ärzten, aber auch mit Vertretern aus nicht ärztlichen Gesundheitsberufen, fördern. Die Zusammenlegung von Facharzt-Praxis und Spitalsambulanz in einem Kirchdorfer Pilotprojekt überwindet die Grenze zwischen extra- und intramuralem Bereich. Auch die Ärzteschaft selbst unternimmt in Eigeninitiative den Versuch, zur besseren Kooperation und Kommunikation beizutragen, beispielsweise im dezentralen Ärztenetzwerk Styriamed.net.

Wir freuen uns, Ihnen in der aktuellen Ausgabe die Vielfalt der neuen extramuralen Versorgungs- und Zusammenarbeitsformen präsentieren zu können, und wünschen Ihnen wie immer viele anregende Momente beim Lesen.

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner
Geschäftsführer LIG

Dr. Peter Niedermoser
Obmann LIG

Inhaltsverzeichnis

Pädiatrische Versorgung in Kirchdorf	9
<i>Mag. Sabine Weißengruber-Auer, Mag. Nikolaus Herdega MSc</i>	
Ambulante pädiatrische Versorgung in Kirchdorf – Pilotprojekt für ein neues Versorgungsmodell aus Sicht der OÖGKK	43
<i>Mag. Christoph Beitel, Mag. Harald Danner</i>	
Pädiatriemodell Kirchdorf – aus Sicht der gespag: Beispiel für künftige innovative Versorgungsmodelle	59
<i>Mag. Karl Lehner MBA</i>	
Grundsätzliche Überlegungen zur Vernetzung niedergelassener Ärzte	77
<i>Hon.-Prof. KAD Dr. Felix Wallner</i>	
Primärversorgung in Österreich	89
<i>Thomas Bergmair</i>	
Primärversorgung in Europa	111
<i>Thomas Bergmair</i>	
Auf den StandPunkt gebracht	133
<i>Mit Beiträgen von MR Dr. Wolfgang Ziegler, Dr. Erwin Rebhandl, Dr. Christoph Schweighofer, Dr. Michael Heinisch und Dr. Christoph Dachs</i>	

Mag. Sabine Weißengruber-Auer

Ärztliches Qualitätszentrum in Linz

Mag. Nikolaus Herdega MSc

Ärztchammer für Oberösterreich

Pädiatrische Versorgung in Kirchdorf

1. Einleitung	10
2. Hintergrund	11
3. Zielsetzung und Evaluierung des Modells	17
4. Beurteilung des Modells aus Sicht der Gruppenpraxisinhaber	19
5. Wartezeiten in der Gruppenpraxis	25
6. Beurteilung des Modells aus Sicht der PatientInnen bzw. der Erziehungsberechtigten	28
7. Beurteilung des Modells aus Sicht der Zuweiser	36
8. Zusammenfassung und Ausblick	39

Das „Kirchdorfer-Modell“ zeigt, dass unter den gegebenen Rahmenbedingungen die Verschränkung von intra- und extramuralen Strukturen möglich ist, wenngleich einzelne gesetzliche Vorgaben dabei nicht nur förderlich waren und sicherlich zu überdenken sind.

Voraussetzung dafür ist die Bereitschaft der beteiligten Systempartner (Rechtsträger, Sozialversicherung, Ärztekammer und Ärzte) über den Tellerrand der eigenen Bereiche hinaus, den Blick auf die Notwendigkeiten der Gesamtkonzeption zuzulassen und zu fördern.

1. Einleitung

Im Juli 2011 wurde aus dem Landeskrankenhause Kirchdorf die Kinderambulanz in die 600 Meter entfernte Kassengruppenpraxis für Kinder- und Jugendheilkunde ausgelagert. Im Krankenhaus selbst verblieben die stationäre Abteilung mit 15 Betten und ein Behandlungsraum für ambulante Notfälle (Notfallambulanz).

Für diese in Österreich noch unbekannteste Verschränkung von intra- und extramuraler Versorgung musste eine neue Struktur etabliert werden, welche eine am Versorgungsbedarf der Patienten orientierte Zusammenarbeit aller Beteiligten ermöglichte. Dabei stand, neben ökonomischen Vorgaben, die Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung im Vordergrund.

Grundlegendes Ziel war eine Verbesserung der pädiatrischen Versorgung in Kirchdorf bei gleichzeitiger Senkung der Kosten. Mit dem Projekt in Kirchdorf betreten die Auftraggeber Neuland, nicht nur in Oberösterreich, sondern in ganz Österreich. Erstmals wurde gemeinsam von den Kostenträgern ein Modell ausgearbeitet, das mittel- und langfristig dazu beitragen kann, die ärztliche Versorgung in der ländlichen Region zu sichern.

Im Laufe der Konzeptionsphase standen die Projektpartner vor großen Herausforderungen, vielfach limitieren rechtliche Regelungen eine Flexibilisierung der Planung. Die zu diesem Zeitpunkt bestehende Gesetzeslage ist für derartige Modellprojekte in Einzelbereich kontraproduktiv.

Die wesentlichsten Projektbeteiligten waren und sind die in der Gruppenpraxis tätigen Pädiater, der Spitalträger gspag, die Gebietskrankenkasse für Oberösterreich (OÖ GKK) und die Ärztekammer für OÖ (OÖÄK). Die Strukturen des Versorgungsmodells wurden nach Abschluss des gesamten Prozesses in einer Dreiparteieneinigung der Systempartner (Punktion Modell Kirchdorf) festgeschrieben. Diese Vereinbarung war die Grundlage für alle weiteren rechtlichen und faktischen Umsetzungsschritte.

2. Hintergrund

Das Pilotprojekt beschränkt sich räumlich auf den Bezirk Kirchdorf. Das Einzugsgebiet der medizinischen Versorgung beträgt in etwa 55.700 Einwohner.¹ Seit 1. Juli 2011 erfolgt die pädiatrische Versorgung in der Region im stationären Bereich durch das LKH Kirchdorf und im ambulanten Bereich durch eine Gruppenpraxis mit Kassenvertrag und einen niedergelassenen Wahlarzt.

Vor dem Start des neuen Modells wurde die Versorgung durch eine Ambulanz im Krankenhaus, durch einen niedergelassenen Kassen- und einen Wahlarzt erbracht. Eine Besonderheit dabei war, dass seit vielen Jahren der Abteilungsleiter der pädiatrischen Abteilung des Krankenhauses gleichzeitig auch Inhaber des Kassenvertrages als niedergelassener Arzt war. Aus Pensionsgründen legte er seinen Kassenvertrag 2011 nieder. Der „übliche“ Weg wäre gewesen, die Kassenstelle neu auszuschreiben, mit einem nicht an der Spitalsabteilung tätigen Arzt zu besetzen und gleichzeitig im Krankenhaus einen neuen Abteilungsleiter zu bestellen.

Diese Aufrechterhaltung der bisherigen doppelgleisigen Versorgungsstrukturen war jedoch aufgrund der Fallzahlen sowie der Doppelstruktur Krankenhaus – Ordination als nicht weiter sinnvoll eingestuft worden. Aus dieser Situation heraus entstand das ambitionierte Vorhaben, eine völlig neue Versorgungsform zu schaffen. Erstmals sollte es zu einer Verschränkung in der ambulanten Versorgung zwischen Kassenordination und Krankenhaus kommen.

Die schwierige Aufgabe der Systempartner bestand darin, ein neues „idealtypisches Modell“ zu entwickeln, durch das die optimale medizinische Versorgung in der Region gewährleistet bleibt. Von Beginn an war es das Ziel der Vertragspartner (Ärztammer für OÖ, gespag, OÖGKK), die am Prozess beteiligten Ärztinnen und Ärzte laufend einzubinden, sodass auch sie sich selbst einbringen konnten.

1 Bevölkerung Bezirk Kirchdorf

2.1. Grundsätzliche Struktur der neuen pädiatrischen Versorgung

Die gemeinsame Vision des Pilotprojektes ist eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit der Akteure im Gesundheitswesen. Einer der wesentlichen Grundpfeiler der Neukonzeptionierung der pädiatrischen Versorgung war die Einigung, dass die ambulante Versorgung soweit wie möglich nur mehr von den Ärztinnen und Ärzten in der Gruppenpraxis erfüllt werden soll. Ausgenommen sind Notfälle außerhalb der Öffnungszeiten der Kassengruppenpraxis. Diese Notfälle werden von der pädiatrischen Abteilung des Krankenhauses Kirchdorf versorgt.

Die Gesellschafter der Gruppenpraxis sind gleichzeitig auch an der Abteilung für Pädiatrie des LKH Kirchdorf tätig, sodass meistens eine Personenidentität zwischen den Kassenärzten und den Spitalsärzten gegeben ist. Um jedoch die freiberufliche Komponente des Versorgungsmodells zu betonen, wurde für die Gruppenpraxis ein Ort außerhalb des Spitalgeländes gewählt, die Gruppenpraxis liegt ungefähr 600 Meter vom Spital entfernt.

2.1.1. Ausgangslage und Zielsetzung Krankenhaus

In den letzten Jahren ist im Bereich der Pädiatrie aufgrund der zurückgehenden Geburtenraten bei gleichzeitig hohem Personalaufwand für die ärztliche und pflegerische Betreuung eine ökonomisch schwierige Situation entstanden, vor allem für Krankenanstalten außerhalb von Zentralräumen.

Der Spitalsträger kämpfte seit Jahren mit sinkenden Fallzahlen im Bereich der Pädiatrie, die in der Relation zu hohen, ökonomisch immer schwerer zu vertretenden Belastungen führten. Dabei war die stationäre Versorgung im Raum Kirchdorf allein schon aus geografischen Gründen für das zu versorgende Einzugsgebiet von hoher Wichtigkeit und garantierte eine wohnortnahe spitalsärztliche Versorgung. Aus diesem Grund wollte der Spitalsträger bei optimalem Ressourceneinsatz eine dauerhafte Sicherstellung der stationären und (spitals-)ambulanten Versorgung erreichen.

Die gespag hatte großes Interesse an einer neuen Versorgungseinheit, die einerseits das Bestehen der stationären Versorgung ermöglichte, gleichzeitig jedoch die Weiterführung der Abteilung auch im Hinblick auf die ökonomischen Erfordernisse vertretbar machte. Vor allem durch den Ambulanzbetrieb bestanden durchaus beachtliche Personalkosten, die nach Möglichkeit reduziert werden sollten. Dazu kam, dass bei Ausschreibungen von neuen Stellen in peripheren Kran-

kenanstalten – wie in Kirchdorf – der Bewerberandrang mehr als überschaubar ist und daher ein Anreizsystem über attraktive Arbeitsbedingungen für die Ärzte geschaffen werden sollte.

Durch Auslagerung der bisherigen Tätigkeiten kam es zu einer Verschiebung von spitalsambulantem Leistungen in den niedergelassenen Bereich. Das spitalsambulante Leistungsportfolio wurde dahingehend durchleuchtet, ob einzelne Leistungen aus welchen Gründen auch immer das Setting des Spitals erfordern oder ausgelagert werden können. Bis auf eine einzige Leistung hatte diese Überprüfung ergeben, dass eine Übertragung in den extramural niedergelassenen Bereich ohne Qualitätseinbußen möglich ist.

Eine vollkommene ambulante Rund-um-die-Uhr-Versorgung durch die Gruppenpraxis war ökonomisch nicht möglich. Da im Krankenhaus für die stationäre Versorgung ohnedies ärztliche Kapazität vorgehalten werden muss und sich die Leistungsfrequenzen im pädiatrischen Bereich außerhalb der üblichen Hauptfrequenzzeiten als nicht hoch erwiesen, wurde vereinbart, dass die Abdeckung von Randzeiten durch die ohnedies anwesenden Spitalsärzte gewährleistet werden kann. Die für die Abdeckung dieser ambulanten Leistungen erforderlichen Gerätschaften stehen zum Großteil ohnedies im Bereich der stationären Versorgung zur Verfügung, zu einem geringen Anteil können diese von anderen Leistungsbereichen des Krankenhauses mitverwendet werden.

Die Vereinbarungen mit der gspag lauten:

- Die stationäre Versorgung wird auf Abteilungsniveau erhalten.
- Das ärztliche Personal wird um ein Fünftel (auf drei Facharztstellen und einen Assistenzarzt) reduziert. Ursprünglich wollte die gspag noch 40.000 Euro für den Zukauf von Ambulanzleistungen beisteuern. Doch auf Wunsch der Abteilung bewilligte der KH-Träger stattdessen eine zusätzliche 20-Stunden-FA-Stelle plus 20 Stunden Freistellung für die Ambulanztätigkeit.
- Im Nachtdienst wurde auf ein Rufbereitschaftssystem umgestellt.
- Die reguläre Ambulanz wird in die Ordination ausgelagert, auf der Station ist nur mehr eine Notfallambulanz situiert.
- Die den Ärzten anteilig bezahlten Ambulanzgebühren werden eingefroren.
- Ziel ist die Reduktion der ambulanten Frequenzen und Leistungen im LKH um mindestens 60 % gegenüber dem Stand 2009.

In rechtlicher Hinsicht wurde die Übernahme der bisherigen spitalsambulanten Tätigkeiten durch die Gruppenpraxis durch den Abschluss einer Vereinbarung gem. § 50 Abs. 2 OÖKAG (entspricht § 26 Abs. 3 KAKuG) umgesetzt. Nach dieser Bestimmung können Spitalsträger ihrer Verpflichtung zur Abdeckung spital-sambulanter Versorgungsbedürfnisse durch entsprechende Vereinbarungen zum Beispiel mit Gruppenpraxen nachkommen, die der Genehmigung durch die Landesregierung bedürfen. Die GSPAG hat mit der hier angesprochenen ärztlichen Gruppenpraxis eine derartige Vereinbarung abgeschlossen.

2.1.2. Ausgangslage und Zielsetzung Gruppenpraxis

Die in den letzten Jahren zurückgehenden Bewerberzahlen für Kassenstellen haben gezeigt, dass periphere Stellen oft mehrmals ausgeschrieben werden mussten und trotzdem manche Kassenstelle nicht besetzt werden konnte. Es galt daher die Kassenstelle in Kirchdorf in jedem Fall zu attraktiveren, um die Nachbesetzung sicherstellen zu können.

Die Gesellschafterpositionen in der Gruppenpraxis wurden entsprechend den kassenrechtlichen vorgegebenen gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen ausgeschrieben und vergeben. Die Gruppenpraxisgründung und deren Umsetzung erfolgten im Rahmen des seit 2002 bestehenden Gruppenpraxisgesamtvertrages zwischen der Ärztekammer für OÖ und der OÖGKK, dem mittlerweile auch die anderen Krankenversicherungsträger mit Sachleistungsvorsorge beigetreten sind.

Die Finanzierung der ärztlichen Leistungen der Gruppenpraxis erfolgt über die Honorierung aus dem Kassenvertrag gemäß den Bestimmungen des Gruppenpraxisgesamtvertrages. Die Fallzahl der Gruppenpraxis wurde aber nicht nach der Fallzahl des Vorgängers festgelegt, da dieser aufgrund der Doppelbelastung (Kassenarzt und Abteilungsleiter) keine ansonsten übliche Fallzahl hatte. Vielmehr wurde die Fallzahl mit dem Durchschnitt der oberösterreichischen Pädiater mit Kassenvertrag fixiert.

Die Übernahme der ambulanten Spitalsleistung durch die Gruppenpraxis wurde durch eine krankenanstaltenrechtlich notwendige Kooperationsvereinbarung abgesichert. Für die Übernahme dieser Leistungen erhält die Gruppenpraxis eine pauschale Abgeltung.

Gesellschafterwechsel sind möglich und in Praxis auch bereits vorgekommen. Diese wurden entsprechend der kassenrechtlichen und dienstrechtlichen Vorgaben ausgeschrieben und besetzt. Um eine zu große Zersplitterung von Einsatz-

zeiten in der Gruppenpraxis und im Spital zu vermeiden, ist die Anzahl der Gesellschafter mit maximal vier begrenzt. Fachärzte und Fachärztinnen, die künftig nach Kirchdorf kommen, erhalten vertraglich zugesichert die Möglichkeit, in der Gruppenpraxis mitzuarbeiten.

Die Vereinbarungen mit der OÖGKK lauten:

- Die Ordination hat ganzjährig mindestens 27 Stunden pro Woche offen, davon zwei Stunden samstags.
- Es besteht freie Wahl der ÄrztInnen.
- Durch eine entsprechende Bekanntgabe ist den PatientInnen die Anwesenheit des jeweiligen Arztes bzw. der jeweiligen Ärztin in der Gruppenpraxis im Vorfeld bekannt.
- Der Gesamtumsatz ist auf den Durchschnittswert der oberösterreichischen Kinderfachärzte gedeckelt.

Öffnungszeiten

Montag, Mittwoch und Freitag	9.00 Uhr–14.00 Uhr
Dienstag und Donnerstag	13.00 Uhr–18.00 Uhr
Samstag	10.00 Uhr–12.00 Uhr

2.1.3. Organisatorische und ökonomische Herausforderungen

Die organisatorischen Herausforderungen einer zukünftigen pädiatrischen Versorgung resultieren vor allem aus den bekannten Problemlagen an den Nahtstellen zwischen Niederlassung und Spital:

- Die unterschiedlichen EDV-Systeme zwischen Niederlassung und Krankenhaus, die zwar durch Befundübertragungssysteme einen Informationsaustausch zulassen, den direkten Zugriff auf die im konkreten Anlassfall eventuell nötigen Daten jedoch nicht ermöglichen.
- Die rechtliche Umsetzung (wie bei vielen anderen Pilotprojekten) verlangte eine Veränderung von einzelnen Rechtsvorschriften. Dies galt vor allem für den Gruppenpraxen-Gesamtvertrag (GP-GV), der für das hier geplante Modell adaptiert werden musste. Aber auch andere rechtliche Rahmenbedingungen, wie z.B. die Vereinbarung über die Abgabe von Anteilen an den Ambulanzentgelten, musste berücksichtigt werden.

Die Zusammenarbeit mit den einzelnen Abteilungen der Systempartner war in den meisten Fällen problemlos. Dies auch deshalb, da auf bewährte, seit Jahren funktionierende und effiziente Zusammenarbeitsstrukturen zurückgegriffen werden konnte.

Das „Modell Kirchdorf“ hat versucht, aufgrund der vorliegenden Gegebenheiten und Möglichkeiten eine Neuentwicklung im Sinne von „Good Practice“ im realen Betrieb konkret umzusetzen.

Dieser Grundgedanke war nicht nur der Leitfaden bei der Konzeption des Modells, sondern die Systempartner haben sich auf eine Reihe von konkreten Zielen dazu verständigt sowie eine qualitätsgesicherte professionelle Evaluierung vieler Parameter auch im Zeitlauf vereinbart.

3. Zielsetzung und Evaluierung des Modells

Von Beginn war klar, dass die Evaluierung des Pilotprojekts nur aussagekräftige Werte liefern kann, wenn ausreichend Zeit zur Etablierung des Modells bleibt und eine entsprechende Zeitspanne bis zur Erstevaluierung abgewartet wird. Die Vertragspartner vereinbarten in der Punktation, die Evaluierung im Jahre 2014 vorzunehmen und mit dieser das Ärztliche Qualitätszentrum zu beauftragen.

Im Frühjahr 2015 beauftragten die Projektpartner (GKK, gespag, OÖÄK) das Ärztliche Qualitätszentrum (ÄQZ) mit der Evaluierung des Pilotprojektes. Bereits 2011 in der Punktation vereinbarten die Projektpartner den Ablauf und die Kriterien dieser Evaluierung:

Punkt 15

- a. Im Einvernehmen zwischen gespag, OÖGKK und Ärztekammer für OÖ ist nach einer Laufzeit von mindestens zwei Jahren des Modells eine Evaluierung desselben vorzunehmen. Dabei sind jedenfalls auch die Patientenzufriedenheit im Krankenhaus und in der Gruppenpraxis, die Zufriedenheit der Zuweiser, das Vorliegen von Wartezeiten auf einen Termin und die Wartezeit in der Ordination bei Wahrnehmung eines Termins, die Entwicklung der ambulanten Frequenzen, der ambulanten Leistungen in den vorgesehenen Leistungsarten in der Kinderambulanz des LKH Kirchdorf gem. Pkt. 9 dieser Vereinbarung abzufragen. Ebenso ist die Gesamtkostenentwicklung (einschließlich Folgekostenbereich wie Radiologiezuweisungen, Medikamente, Labor, Heilbehelfe, Hilfsmittel usw.) intra und extramural des Pilotprojektes im Einvernehmen zu überprüfen, wobei als Basis der Vergleichszeitraum 2009 heranzuziehen ist. Überprüft werden soll, wie sich die Parameter der vorgenannten Evaluierung und das Ökonomieverhalten der Gruppenpraxis im Vergleich zum Durchschnitt der Fachgruppe – soweit davon Daten vorhanden sind – gestaltet bzw. wie sich die Gesamtkostensituation der intra und extramuralen Versorgung vor Beginn des Modells und im jeweiligen Evaluierungszeitraum entwickelt haben. Hierbei wird im Krankenhaus von den direkten Kosten (Primärkosten ohne KOAGR 01 Personalkosten + KOAGR 08 kalk. Abschreibungen) ausgegangen, da die Personalveränderungen ausschließlich im Zusammenhang mit der Family-Center-Lösung im Krankenhaus und nicht mit diesem Kooperationsmodell stehen und die Weiterverrechnung von Sekundärkosten kaum von Leistungsparametern abhängt und daher zu einem verfälschten Bild führen würde.

Den beteiligten Institutionen lag viel daran, die Evaluierung aus unterschiedlichen Perspektiven vorzunehmen. Neben den quantitativen Zielen zu den Fallzahlen lag der Fokus auch auf der Frage der PatientInnenzufriedenheit sowie der Einschätzung durch die Zuweiser.

Bei der Evaluierung stand auch einer der Grundgedanken des Modells – für die PatientInnen die Verbesserung der Gesamtversorgungssituation im pädiatrischen Bereich zu erreichen – im Vordergrund. Aus diesem Grund wurden, neben der umfangreichen Datenanalyse, die Aspekte der Versorgungsqualität erhoben und bewertet.

Folgende Kriterien unterlagen einer näheren Betrachtung:

- die Perspektive der Leistungsempfänger (Kinder und Erziehungsberechtigte),
- die Perspektive der Leistungserbringer (Ärztinnen und Ärzte, Zuweiser),
- die Perspektive der Kostenträger (GKK/gespag) und
- allgemeine Qualitätsaspekte der neuen pädiatrischen Versorgung.

Wie so oft bei der Evaluierung von Pilotprojekten gestaltete sich der Aspekt, dass es keine Vergleichswerte gab, als besonders herausfordernd.

Die zentralen Teile der Evaluierung umfassten einerseits die Erreichung der ökonomischen Projektziele. Andererseits standen die Sichtweise der beteiligten Ärzte und der PatientInnen (in diesem Fall vor allem der Erziehungsberechtigten), die Entwicklung der Wartezeiten sowie die Erfahrungen der Zuweiser im Mittelpunkt. Ein weiterer Aspekt war die Ableitung von Konsequenzen bzw. die Frage, was sich für andere Regionen oder Fächer ableiten lässt, bzw. in welchen Bereichen andere Ansätze verfolgt werden sollten.

Die wichtigsten der zu evaluierenden Indikatoren waren,

- die Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte (Gesellschafter der Gruppenpraxis),
- die Wartezeitensituation (sowohl die Wartezeiten auf einen Termin als auch die Wartezeit bei Wahrnehmung eines Termins),
- die PatientInnenzufriedenheit,
- die Zufriedenheit der ärztlichen Zuweiser mit dem neuen Modell
- und die wirtschaftliche Entwicklung aufgrund von bereits definierten Kosten.

4. Beurteilung des Modells aus Sicht der Gruppenpraxisinhaber

Im nachfolgenden Kapitel wird die Beurteilung des Modells aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte der Gruppenpraxis dargestellt. Die vier Ärztinnen und Ärzte schilderten ihre bisherigen Erfahrungen mit dem Modell in einem gemeinsamen Gespräch.

Die Auftraggeber bevorzugten als Erhebungsmethode eine gemeinsame Gruppendiskussion der beteiligten Ärztinnen und Ärzte. Der Vorteil einer Gruppendiskussion gegenüber Einzelinterviews besteht darin, dass ein unmittelbares Feedback auf die Wortbeiträge möglich ist und sich durch die Gruppendynamik Gemeinsamkeiten oder differenzierte Sichtweisen aufzeigen.

Unterstützt wurde das Gruppengespräch durch einen Leitfaden, welchen die beteiligten Ärztinnen und Ärzte erhielten. Dies ermöglichte einerseits einen strukturierten Ablauf, andererseits erlaubte der Leitfaden eine breit gefächerte Meinungsvielfalt, um den Sichtweisen der Interviewpartner genügend Raum zu geben. Die Gruppendiskussion wurde aufgezeichnet und hatte eine Dauer von ca. einer Stunde.

Der Leitfaden umfasste insgesamt 15 Fragen, die sich auf folgende fünf Bereiche verteilen:

- a. Auswirkungen auf die Leistungserbringung
- b. Informiertheit über das Pilotprojekt
- c. Vor- und Nachteile aus Sicht der Projektpartner
- d. Organisation und administrative Abläufe des neuen Versorgungsmodells
- e. Bewertung der Möglichkeiten und Grenzen von ähnlichen Projekten

4.1.1. Zusammenfassung der Ärzteinterviews

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Interviews zusammengefasst und die wichtigsten Aussagen festgehalten.

Veränderungen aus Sicht der Leistungserbringer

- Frage 1: Gab es Veränderungen in der Qualität der Leistungserbringung?
- Frage 2: Welche Vorteile sehen Sie insgesamt im neuen Modell?
- Frage 3: Welche Nachteile sehen Sie insgesamt im neuen Modell?
- Frage 4: Hatte das Modell Kirchdorf Auswirkungen auf den stationären Bereich, wenn ja, welche?
- Frage 5: Vor- und Nachteile der räumlichen Trennung zwischen Krankenhaus und Gruppenpraxis?

■ **Veränderungen in der Qualität der Leistungserbringung**

Zu Beginn betonten die Befragten, dass natürlich auch der Vorgänger fachlich sehr gute Arbeit geleistet hat und dies bei dieser Frage immer mitbedacht werden muss. Verglichen mit der Vorgängerordination besteht der Vorteil darin, dass es sich jetzt um ein Ärzteteam handelt, in dem jede bzw. jeder gewisse Spezialbereiche hat und diese in der Ordination auch anbieten kann (Ärztevielfalt).

Alle Gesprächspartner/innen sind sich darüber einig, dass es im ambulanten Bereich für die PatientInnen zu einer Qualitätssteigerung gekommen ist, da bereits der Erstkontakt immer durch einen FA für Kinderheilkunde erfolgt.

■ **Vorteile des neuen Modells**

- Die bereits erwähnte Begutachtung durch einen Facharzt.
- Möglichkeit des fachlichen Austausches in der Praxis.
- Die überwiegende Bekanntheit des Patientenstamm bei einer stationären Aufnahme.
- Längere Öffnungszeiten und ein Samstagvormittag fix, dadurch müssen Kinder am Samstag mit akuten Beschwerden nicht gleich ins Krankenhaus.

■ Nachteile des neuen Modells

- Die Ausbildung der jungen Ärzte leidet, da sie weniger leicht die Gelegenheit haben, regelmäßig akute ambulante PatientInnen zu begutachten. Diese fehlende Erstbegutachtung ist jedoch wichtig für die Ausbildung.
- Pro Kind bleibt weniger Zeit als früher in der Ambulanz, in der Ambulanz hatte man früher 5 bis 10 Kinder am Vormittag, in der Ordination sind es jetzt deutlich mehr.

■ Auswirkungen auf den stationären Bereich

- Über 60 % der Kinder, die stationär aufgenommen werden, sind bereits bekannt.
- Rückgang von stationären Aufnahmen, da man bei bekannten Kindern eine ambulante Betreuung aufgrund dessen, dass man Kind und Eltern kennt, oftmals leichter medizinisch verantworten kann.
- Verkürzung der stationären Aufenthaltsdauer aufgrund der gesicherten Weiterbetreuung von stationären Kindern durch dieselben Ärzte.

■ Vor- und Nachteile der räumlichen Trennung Krankenhaus und Gruppenpraxis

Vorteil:

- Arztbesuche werden von den PatientInnen nicht mehr automatisch mit Krankenhaus assoziiert.

Nachteil:

- Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung können nicht jederzeit in die Ordination kommen, um Kinder vor Ort zu sehen, typische Erstbegutachtungs-PatientInnen sehen sie im Rahmen ihrer Ausbildung nicht mehr. Grund dafür ist eine Rechtsunsicherheit seitens des Spitalsträgers bezüglich der Haftungsfrage, z.B. bei Arbeitsunfällen (GP ist kein ausgelagerter Dienstort). Hier wäre eine bessere Verzahnung zwischen der Ausbildung im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus wünschenswert.
- Kollegen der GP können in Spitzenzeiten (z.B. für eine Stunde) nicht aushelfen.
- Weiterführende Untersuchungen (Radiologie, Labor) wären schneller und nur ein paar Türen weiter verfügbar für PatientInnen und Eltern.

- Auf Befunde von EKG, Röntgen- oder Ultraschall-Untersuchungen kann aus der Ordination nicht direkt zugegriffen werden.

■ Informiertheit über das Pilotprojekt

Damit im Rahmen des Pilotprojektes Eltern ihre Kinder in der Gruppenpraxis auch ambulant behandeln lassen, müssen sowohl Eltern als auch Zuweiser von dem medizinischen Angebot Kenntnis haben. Mit dem Aspekt der Informiertheit beschäftigten sich folgende Fragestellungen:

Frage 6: Welche PatientInnen kommen mit ambulanten Beschwerden während der GP-Öffnungszeiten DENNOCH ins KH?

Frage 7: Ist aus Ihrer Sicht die Akzeptanz des Modells in der Bevölkerung gegeben? Wenn nein, warum nicht?

Frage 8: Wissen die Eltern, wann sie wo hingehen müssen und ist es für die Eltern leicht nachvollziehbar?

■ Großteil der Bevölkerung hat Kenntnis vom Pilotprojekt

- Das Pilotprojekt ist der Bevölkerung in der Region Kirchdorf bekannt. Die Bereitschaft zur Inanspruchnahme des medizinischen Angebotes ist hoch. Mittlerweile wissen die Eltern in den meisten Fällen, wo sie hingehen müssen.
- Die Zahl der ungeplanten PatientInnen nimmt ab, bei gleichzeitig steigender PatientInnenanzahl.
- Nur bei Akutproblemen von Kindern, welche einen „Notfallcharakter“ haben, erscheinen die Eltern mit ihren kranken Kindern manchmal direkt auf der Station.

■ Manchmal noch immer ein Informationsdefizit bei ngl. Ärztinnen und Ärzten

- Aus dem Gespräch ging hervor, dass die konkrete Behandlungs- und Überweisungssituation den zuweisenden Ärztinnen und Ärzten überwiegend bekannt ist.
- Nur Fälle von Bauchschmerzen (vor allem bei Appendicitis) oder Kinder mit erschwerter Atmung erhalten manchmal noch immer eine stationäre Einweisung zur weiteren Diagnostik. In solchen Fällen wird das vorgesehene

Prozedere – Erstabklärung immer in der Gruppenpraxis – immer noch nicht korrekt weitergegeben.

■ Akzeptanz des Modells seitens der Bevölkerung in der Region Kirchdorf

- Personen, welche ein akutes Problem in der Ambulanz als „Vorwand“ für den Ambulanzbesuch angeben, sind stark rückläufig und praktisch nur mehr Einzelfälle, da die Eltern sich bewusst sind, dass im Krankenhaus dieselben Ärzte tätig sind.
- Auch Eltern mit Migrationshintergrund kennen das System mittlerweile sehr gut, zu Beginn waren sie oftmals unsicher, wenn sie immer auf dieselben Ärzte trafen.

Im österreichischen Gesundheitssystem haben die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte bei der Steuerung der Patientenströme eine wichtige Rolle, daher ist die Bekanntheit der neuen Versorgungssituation unter den Zuweisern im Raum Kirchdorf von großer Bedeutung.

■ Vorteile und Nachteile für die PatientInnen

Frage 9: Welche Vorteile und Nachteile sehen Sie für die PatientInnen?

■ Vorteile und Nachteile für die PatientInnen

Vorteil:

- Betreuung aus einer Hand, im ambulanten und stationären Setting, rund 50 bis 60 % der Kinder, welche stationär aufgenommen werden müssen, kennt man bereits
- Möglichkeit der freien Arztwahl für geplante Untersuchungen
- Ärztevielfalt in der Ordination führt auch dazu, dass die Ärzte sich gut auf ihre Schwerpunkte konzentrieren können
- Nachbehandlungen werden generell in der Ordination durchgeführt

Nachteil:

- Im Gegensatz zu einer „herkömmlichen“ Ordination für Kinder- und Jugendheilkunde ist nicht immer dieselbe Person Ansprechpartner (vor allem bei akuten Beschwerden)

■ Vor- und Nachteile aus Sicht der Projektpartner

Frage 10: Vor dem Hintergrund Ihrer jetzigen Erfahrungen, was würden Sie heute anders machen?

Frage 11: Was waren die größten Schwierigkeiten bzw. Probleme?

Frage 12: In welchen Punkten sollte das Modell verändert werden? Verbesserungsvorschläge oder Anregungen aus Ihrer Sicht?

■ Die größten Schwierigkeiten bzw. Probleme

- Fehlendes Verständnis der Eltern, dass die Ambulanz ausgelagert ist
- Umstellung, dass man mit akuten Beschwerden nicht mehr ins Krankenhaus gehen soll bzw. muss

■ Verbesserungsvorschläge oder Anregungen aus Ihrer Sicht

- Die Deckelung der Leistungen und
- eine Regelung für die Ausbildung der Assistenzärzte, ähnlich einer Lehrpraxis

■ Organisation und administrative Abläufe des neuen Versorgungsmodells

Frage 13: Wie beurteilen Sie den Organisationsaufwand innerhalb der GP (interne Abstimmungen, Teambesprechungen, ...)?

Frage 14: Wie zufrieden sind Sie mit der Einkommenssituation der Gruppepraxis?

■ Organisationsaufwand innerhalb der GP

- Die Erfahrungen aus den ersten Projektjahren mit den administrativen und medizinischen Abläufen sind durchwegs positiv, der organisatorische Aufwand wurde von den beteiligten Personen als „moderat“ beurteilt.
- Zu Beginn musste viel besprochen und vereinbart werden, jetzt ist das Team gut eingearbeitet und die Arbeitsabläufe sind organisatorisch gut koordiniert.
- Als mögliche Hürde bzw. Organisationsaufwand wird das neue KAZG gesehen, da dadurch die Flexibilität der Diensterteilung beschränkt wird und sich dies natürlich auch auf die Ordination auswirken wird.

■ **Bewertung der Möglichkeiten und Grenzen von ähnlichen Projekten**

Frage 15: Ist das Modell Kirchdorf auch auf andere Regionen oder andere Fächer übertragbar?

■ **Eine Umsetzung des „Kirchdorfer Modells“ auf andere Fächer ist mit folgenden drei Hürden verbunden:**

- Die Akzeptanz des Modells seitens der Kostenträger
- Die Ausbildungssituation der Assistenzärzte (Abklärung der arbeitsrechtlichen Fragen)
- Die derzeitigen Rahmenbedingungen bremsen eher die Entwicklung solcher Modelle als dass sie diese fördern, die strikte Sektorenabgrenzung ermöglicht wenig „Zwischenformen“.

5. Wartezeiten in der Gruppenpraxis

Arztbesuche sind in zweierlei Hinsicht mit Wartezeiten verbunden, einerseits für den Termin, andererseits in der Ordination bis zum eigentlichen Behandlungsbeginn. Bei der Evaluierung und Qualitätsbewertung neuer Versorgungsformen wird zunehmend die PatientInnenzufriedenheit in den Fokus gerückt.

5.1. Methodik der Wartezeitenbefragung

In der Punktion wurde unter Punkt 15 die Wartezeit im Vergleich zum Fachgruppenschnitt als Messgröße festgelegt. Zu beachten ist dabei, dass die Zahl der PatientInnen mit akuten Beschwerden bzw. die Zahl der unangemeldeten PatientInnen durch die Auflösung der pädiatrischen Ambulanz höher liegt als vergleichsweise in anderen Ordinationen.

Da das ÄQZ im Jahr 2014 eine oberösterreichweite Evaluierung aller ngl. Facharztordinationen mit Kassenvertrag durchführte, vereinbarten die Vertragspartner, für den Bericht auf diese Daten zurückzugreifen. Die Erhebung 2014 erfolgte bereits zum dritten Mal (2010, 2008) immer mit der gleichen Methodik,

einer telefonischen Erhebung in den Ordinationen anhand eines Interviewfragebogens. Im Zeitraum Mitte April bis Ende August hat das ÄQZ 37 Kassenordinationen² für Kinder- und Jugendheilkunde in Oberösterreich telefonisch befragt.

Jene Zielwerte, auf welche sich die nachfolgenden Auswertungen beziehen, wurden bereits im Jahr 2011 von der Ärztekammer für OÖ und der OÖGKK vereinbart.

5.2. Ergebnisse Wartezeiten-Monitoring

Die Evaluierung der Wartezeiten durch das 2014 durchgeführte oberösterreichweite Wartezeiten-Monitoring ergab, dass die Gruppenpraxis AkutpatientInnen am gleichen Tag behandelt und PatientInnen mit dringendem Problem ebenfalls am gleichen Tag einen Termin erhalten. In der Gruppenpraxis beträgt die Wartezeit auf einen Routinetermin ohne Beschwerden (ausgenommen Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen) zwischen vier und fünf Wochen.

Termine für AkutpatientInnen

Zielwert: PatientInnen erhalten einen Termin/eine Behandlung am gleichen Tag.

In allen befragten Ordinationen der Fachgruppe Kinder- und Jugendheilkunde (insgesamt 37 Ordinationen) werden AkutpatientInnen am gleichen Tag behandelt, so auch in der Gruppenpraxis in Kirchdorf.

Termine für StammpatientInnen

So wie auch in den Fächern Gynäkologie oder Urologie ist bei einem Vergleich zu berücksichtigen, dass im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde vergleichsweise viele Vorsorgeuntersuchungen (Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen) stattfinden. In der GP Kirchdorf beträgt der Anteil der StammpatientInnen über 66 %.

Termine für StammpatientInnen bei dringenden Problemen

Zielwert: PatientInnen erhalten in der Versorgungsregion bzw. in dem Einzugsgebiet einen Termin innerhalb von fünf Werktagen.

Bei der Frage zur Wartezeit bei dringenden Problemen gaben viele Ordinationen an, dass sie nicht zwischen akut und dringend unterscheiden. Diese Aussage

² Von einer Ordination liegen keine Daten vor.

zeigt sich auch darin, dass die meisten Ordinationen einen Termin bei dringenden Beschwerden auch am gleichen Tag vergeben und einige Ordinationen spätestens am nächsten Tag.

Die Wartezeit für Stammpatienten auf einen Termin wegen eines dringenden Problems beträgt im Durchschnitt 0 Tage. In den Ordinationen liegt die Wartezeit zwischen 0 und 1 Tag. Die Gruppenpraxis in Kirchdorf liegt innerhalb des Zielwertes.

Termine für StammpatientInnen auf einen Routinetermin

Zielwert: PatientInnen erhalten in der Versorgungsregion bzw. dem Einzugsgebiet einen Termin innerhalb von 40 Werktagen.

Im oberösterreichischen Durchschnitt beträgt die Wartezeit für einen Stammpatient auf einen Routinetermin zwei Tage. Je nach Ordination beträgt die Wartezeit zwischen 0 und 35 Tagen. Die Wartezeit liegt in keiner Region und in keiner Ordination über dem Zielwert.

In der Gruppenpraxis Kirchdorf beträgt die Wartezeit auf einen Routinetermin ohne Beschwerden vier bis fünf Wochen, ausgenommen Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen.

PatientInnen ohne Termin und nicht abgesagte Termine

Im FG-Durchschnitt kommen neun unangemeldete PatientInnen pro Tag in die Ordination. Die Schwankung nach Jahreszeit ist dabei beträchtlich, auch in der Zeit vor dem Start des Kindergartens kommen viele unangemeldete Kinder.

In die GP Kirchdorf kommen täglich circa 10 bis 15 Kinder ohne Termin.

PatientInnen, die nicht zum vereinbarten Termin kommen

Durchschnittlich erscheint pro Tag ein Kind nicht zum vereinbarten Termin, ohne dass die Eltern den Termin absagen. Speziell herausfordernd sind Eltern mit Migrationshintergrund.

In der GP Kirchdorf kommt es nur rund einmal in der Woche zu einem unangekündigten Terminausfall.

6. Beurteilung des Modells aus Sicht der PatientInnen bzw. der Erziehungsberechtigten

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, orientiert sich die Versorgungsqualität zum einen an den Ergebnissen der medizinischen Behandlung und zum anderen an der Zufriedenheit der PatientInnen. Denn die Akzeptanz des neuen Versorgungsmodells seitens der PatientInnen und ihren Erziehungsberechtigten war und ist eine der entscheidenden Voraussetzungen für den Erfolg des Modells.

Zu beachten ist jedoch, dass die Erfassung der PatientInnenzufriedenheit bei einem Pilotprojekt eine besondere Herausforderung darstellt. Für die Evaluierung von sektorenübergreifenden Strukturen existieren noch keine standardisierten Befragungsinstrumente, um diese objektiv vergleichen zu können.

Zudem musste zu Beginn der Befragung abgeklärt werden, was die einzelnen Auftraggeber unter dem Begriff „Patientenzufriedenheit“ verstehen. Eine einheitliche Definition des Begriffes Patientenzufriedenheit lässt sich bis heute in der Literatur nicht finden. Die Auftraggeber einigten sich, darauf die schriftliche Befragung der Eltern in Anlehnung an den EUROPEP-Fragebogen, („European Project on Patient Evaluation of General Practice Care“, EUROPEP-Studie) durchzuführen.

Bei der Konzeption der Fragestellungen sind die Auftraggeber davon ausgegangen, dass die PatientInnen die Qualität der Versorgungsleistung an ihren eigenen Erfahrungen, zukünftigen Erwartungen und den individuellen Werten messen. Das Ausmaß an Übereinstimmung zwischen erwarteter und erhaltener Leistung bestimmt die Zufriedenheit.

Zielgruppe

Die Zielgruppe waren Erziehungsberechtigte bzw. Kinder über 14 Jahre.

Die Befragung wurde als schriftliche Befragung durchgeführt. Dazu erhielt die Gruppenpraxis 250 gedruckte Fragebögen mit einem Begleitbrief und einem Rücksendekuvert zur Ausgabe an die Eltern der behandelten Kinder.

6.1. Der Fragebogen

Der Fragebogen bestand aus 70 Fragen, wobei es sich nur bei ca. 10 Fragen um projektspezifische Evaluierungsfragen handelte, die von den Projektpartnern gemeinsam festgelegt wurden. Die Projektpartner vereinbarten, dass nur die speziellen Evaluierungsfragen für den Bericht ausgewertet werden, die Auswertungen der nicht projektrelevanten Fragen erhielten nur die Gruppenpraxisinhaber.

Durchführung der Befragung

Im Sommer 2015 erfolgte die Datenerhebung in Form einer Patientenbefragung. Die Verteilung der Fragebögen erfolgte persönlich durch die Ordinationsmitarbeiter. Die Ordination handigte insgesamt 250 Fragebögen aus, 138 Fragebögen kamen an das ÄQZ zurück, was eine Rücklaufquote von 55 % ergibt. Somit beruht die Auswertung der Daten auf einem Patientenkollektiv von 138 auswertbaren Fragebögen. In den Vergleichsordinationen beträgt die Rücklaufquote zwischen 28,8 und 79,2 %.

6.2. Ergebnisse der Bewertung des neuen Versorgungsmodells

Um die Akzeptanz und die Einschätzung der Bevölkerung zur pädiatrischen Versorgung des neuen Modells näher zu erfassen, wurden folgende Aspekte abgefragt:

„Ist es für Sie klar, in welchen Fällen und zu welchen Zeiten Sie in die Kinderambulanz bzw. die Kindergruppenpraxis gehen sollen?“

Klarheit Gruppenpraxis oder Ambulanz	GP Kirchdorf 2015	
	Anzahl	Anteil
ja, ist völlig klar	100	73 %
ja, ist teilweise klar	37	27 %
nein, ist völlig unklar	0	0 %
N =	137	

Das Modell ist nach fünf Jahren Laufzeit in Hinsicht auf Zuständigkeiten zwischen Gruppenpraxis und Krankenhaus für die Mehrzahl der Befragten (73 %) völlig klar, 27 % der Befragten signalisieren, dass die Zuständigkeit zumindest teilweise unklar ist. Für niemanden ist es völlig unklar.

„Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der medizinischen Versorgung für Kinder in der Region Kirchdorf?“

GP Kirchdorf 2015		
Zufriedenheit mit der med. Versorgung für Kinder in der Region Kirchdorf	Anzahl	Anteil
sehr zufrieden	86	63 %
eher zufrieden	46	34 %
eher unzufrieden	2	1 %
sehr unzufrieden	3	2 %
N =	137	
MW	1,43	

Der überwiegende Teil der Befragten (97 %) ist mit der medizinischen Versorgung für Kinder in der Region Kirchdorf sehr oder eher zufrieden. Nur fünf Personen bzw. 3 % sind eher oder sehr unzufrieden.

22,7 % bzw. 28 Personen haben angegeben, dass „manches verbessert werden kann“. Die Verbesserungsvorschläge zur Versorgung in der Region betreffen folgende Themen: mehr Kinderarztpraxen in der Region, spezielle inhaltliche Wünsche wie Beratung zu Impfungen, Wachstumsstörungen, Homöopathie, andere Fachärzte, teilweise mit Spezialisierungen für Kinder, vor allem für Augenheilkunde. Darüber hinaus gab es einige auf das Krankenhaus bezogene Vorschläge und den Wunsch nach einer engeren räumlichen Verflechtung zwischen Ordination und Krankenhaus.

„Es ist ein Vorteil, dass in der Ordination und im Krankenhaus dieselben Ärztinnen und Ärzte tätig sind.“

GP Kirchdorf 2015		
Vorteil dieselben Ärztinnen und Ärzte	Anzahl	Anteil
stimme voll und ganz zu	114	84 %
stimme zu	18	13 %
teils-teils	3	2 %
stimme nicht zu	1	1 %
stimme ganz und gar nicht zu	0	0 %
N =	136	

Die überwiegende Mehrheit der Befragten (97 %) sieht einen Vorteil darin, dass in der Ordination mehrere Ärztinnen und Ärzte tätig sind. Die Erwartungen der Projektinitiatoren an die neue Versorgungssituation wurden in diesem Punkt durchwegs erfüllt.

„Es ist ein Vorteil, dass in der Ordination mehrere Ärzte tätig sind.“

Vorteil mehrere Ärztinnen und Ärzte in GP	GP Kirchdorf 2015	
	Anzahl	Anteil
stimme voll und ganz zu	91	66 %
stimme zu	23	17 %
teils-teils	21	15 %
stimme nicht zu	1	1 %
stimme ganz und gar nicht zu	1	1 %
N =	137	

Die Frage, ob es ein Vorteil ist, dass mehrere Ärzte in der Ordination tätig sind, beantworteten die Befragten unterschiedlich. Mehr als die Hälfte der Befragten sehen einen Vorteil darin, dass in der Ordination mehrere Ärzte tätig sind, 15 % stimmen dem jedoch nur teilweise zu.

In den Freitexten wurden dazu auch einige Anmerkungen gemacht:

- Alle Ärzte sind SEHR kompetent, jedoch wäre ein Krankheits- bzw. Entwicklungsprozess besser beobachtbar, wenn immer der gleiche Arzt behandelt; andererseits sind oft Zweitmeinungen sehr aufschlussreich.
- Erinnerung an frühere Gespräche: bedingt durch verschiedene Ärzte bei Terminen Bewertung 4.
- 4 Ärzte sind genug, mehr verunsichert.

Inwieweit sich die Eltern bei nicht akuten Terminen eine bestimmte Ärztin/einen bestimmten Arzt nach dessen Anwesenheit aussuchen, brachte folgendes Ergebnis:

„Wenn mein Kind nicht akut krank ist, dann wähle ich den Termin nach der Anwesenheit bestimmter Ärztinnen bzw. Ärzte in der Ordination.“

	GP Kirchdorf 2015	
Terminwahl nach Arzt	Anzahl	Anteil
stimme voll und ganz zu	48	39 %
stimme zu	20	16 %
teils-teils	26	21 %
stimme nicht zu	21	17 %
stimme ganz und gar nicht zu	8	7 %
N =	123	

Insgesamt berücksichtigt dies bei der Terminwahl rund die Hälfte der Befragten, rund ein Viertel nimmt darauf keine Rücksicht und 21 % sind hier geteilter Ansicht.

6.3. Ergebnisse der Bewertung der Gruppenpraxis

Zudem wurde mit den Auftraggebern vereinbart, für die Evaluierung auch Teilbereiche aus der allgemeinen PatientInnenbefragung zu verwenden.

Für diese Auswertung konnten folgende Vergleichsdaten herangezogen werden:

- Daten von 17 Ordinationen für Kinder- und Jugendheilkunde aus dem Bundesland Oberösterreich, von denen sieben bereits mehrere Patientenbefragungen durchgeführt haben. Die Befragungen wurden zwischen 2005 und 2013 durchgeführt, aus diesen 17 Ordinationen liegen 1.497 auswertbare Fragebögen vor.
- Alle Ordinationen haben einen Kassenvertrag mit der OÖGKK.

Interpretationshilfe zu den Grafiken und Tabellen

- Die Angaben der Befragten in der Gruppenpraxis werden immer durch die hellgrünen Balken dargestellt.
- Die Balken „OÖ Kinder Jugend“ geben die Vergleichswerte aus den Gesamtdaten der Vergleichsordinationen wieder.

Behandlungstreue

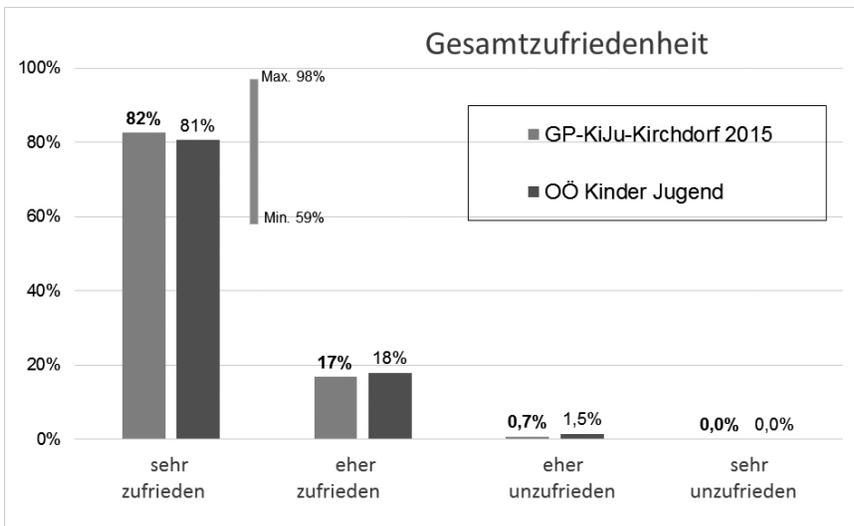
Patient/innentreue	GP Kirchdorf 2015		OÖ Kinder Jugend	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
bis 2 Jahre	38	28 %	378	28 %
seit 2 bis 4 Jahren	46	34 %	401	29%
seit 4 bis 7 Jahren	36	26 %	326	24 %
seit 7 bis 10 Jahren	4	3 %	123	9 %
seit 10 bis 15 Jahren	3	2 %	43	3 %
seit über 15 Jahren	4	3 %	4	0 %
erster Arztbesuch	6	4 %	90	7 %
N =	137		1365	

Von allen befragten Personen waren nur sechs Personen (= 4 %) zum ersten Mal in der Gruppenpraxis.

Die Gruppenpraxis hat einen ähnlich großen Anteil an Stammpatient/innen wie die Vergleichsordinationen, und auch der Anteil der Eltern, die in den letzten zwei Jahren neu in die Gruppenpraxis gekommen sind, ist mit 28 % gleich wie in den Vergleichsordinationen.

Gesamtzufriedenheit

„Wie zufrieden sind Sie mit der Ordination im Allgemeinen (d.h. nicht nur auf den heutigen Arztbesuch bezogen)?“



N = 137/1353

Die zusammenfassende Bewertung der Zufriedenheit mit der Gruppenpraxis fiel gut bis sehr gut aus, 82 % der Befragten sind „sehr zufrieden“ und 17 % „eher zufrieden“. Eine Person ist „eher unzufrieden“ und niemand ist „sehr unzufrieden“.

Bei den Vergleichsordinationen liegt der Anteil der „sehr zufriedenen“ Patient/innen im Schnitt bei 81 %, 18 % sind „eher zufrieden“ und 1,5% „eher unzufrieden“ und niemand „sehr unzufrieden“.

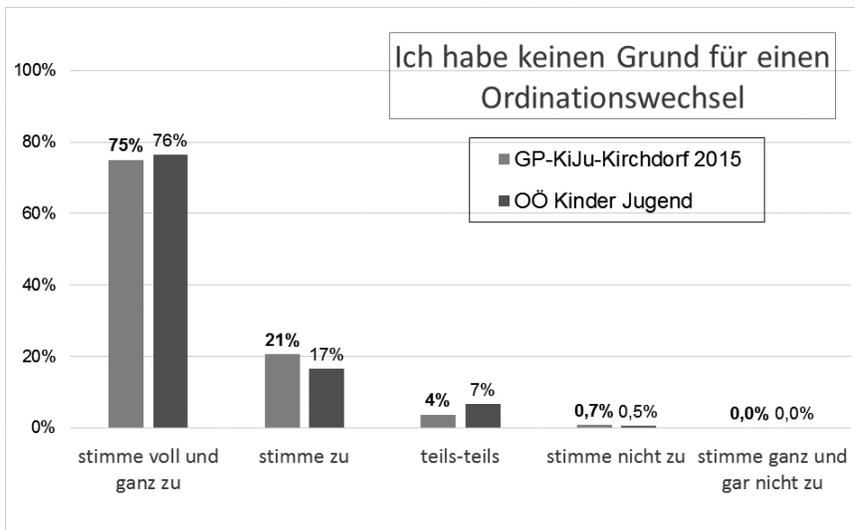
Der Maximalwert, den die bisher „beste“ Ordination des Faches Kinder- und Jugendheilkunde in OÖ erreichte, lag bei 98 % sehr zufriedenen Patient/innen, der bisher niedrigste Wert bei 59 % sehr zufriedenen.

Aus der Grafik ist zu entnehmen, dass 72 % der Befragten die Gruppenpraxis ihren Freunden weiterempfehlen können, weitere 22 % „stimmen zu“. 7 % sind sich nicht ganz sicher und kreuzten „teils/teils“ an. Niemand der Befragten kann die Gruppenpraxis nicht weiterempfehlen und kreuzte „stimme nicht“ oder „stimme ganz und gar nicht zu“ an.

Damit liegt die Gruppenpraxis deutlich über der Weiterempfehlungsrates aller fachgleichen Ordinationen, in denen wir eine Patientenbefragung gemacht haben.

Wechselabsicht

„Ich habe keinen Grund, einen Wechsel zu einer anderen Ordination in Betracht zu ziehen.“



N = 136/212

Die Tatsache, dass 96 % der Befragten keinen Ordinationswechsel in Betracht ziehen und nur 4 % manchmal überlegen zu wechseln, zeugt von einer hohen Zufriedenheit. Lediglich eine Person (0,7 %) möchte wechseln und kreuzte „stimme nicht“ oder „stimme ganz und gar nicht zu“ an. Somit sind die PatientInnen der Gruppenpraxis etwas weniger wechselbereit als in den Vergleichsordinationen.

Ordinationszeiten

Ordinationszeiten	GP Kirchdorf 2015		OÖ Kinder Jugend	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
sehr zufrieden	116	84 %	391	65 %
eher zufrieden	21	15 %	195	32 %
eher unzufrieden	1	1 %	14	2 %
sehr unzufrieden	0	0 %	1	0 %
N =	138		601	

Mit den Ordinationszeiten sind 84 % der Befragten sehr zufrieden, deutlich höher als in den Vergleichsordinationen. Bei diesem Vergleich muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Gruppenpraxis 27 Stunden Öffnungszeit vertraglich vereinbart hat, andere Kassenordinationen haben in ihren Verträgen mit der Gebietskrankenkasse 20 Stunden festgelegt.

Gesamtzufriedenheit

Die PatientInnen bzw. ihre Erziehungsberechtigten waren überwiegend mit sämtlichen

Teilbereichen sehr zufrieden oder gut zufrieden. Auch im Vergleich zu den Befragungen anderer Ordinationen sind dies sehr gute Werte.

7. Beurteilung des Modells aus Sicht der Zuweiser

Ziel einer Zuweiserbefragung ist es, Stärken und Schwächen in Bezug auf die Koordination der PatientInnenversorgung zu erkennen und zu verbessern. Durch die Befragung der Zuweiser wird die Qualität der Ordinationsorganisation nicht nur durch das Patientenfeedback bewertet, sondern auch durch ein Feedback von zuweisenden Ärztinnen und Ärzten.

7.1- Durchführung der Zuweiserbefragung

Die Befragung der Zuweiser erfolgte mittels einer Onlinebefragung über das System „easyresearch“, welches das Ärztliche Qualitätszentrum seit 2011 für Onlinebefragungen nutzt. Es wurden jene Ärztinnen und Ärzte angeschrieben, welche aufgrund der Datenauswertung durch die OÖGKK als relevante Zuweiser galten. Ärztinnen und Ärzte, welche bis zu einem bestimmten Zeitpunkt noch nicht oder nicht vollständig geantwortet hatten, erinnerte das System automatisch zweimal an die Befragung.

Von den sieben eingeladenen Ärztinnen und Ärzten haben vier den Fragebogen beantwortet (drei Allgemeinmediziner und ein Facharzt), dies entspricht einem Rücklauf von 57 %. Aufgrund der geringen Zahl an Zuweisern ist das Ergebnis aus statistischer Sicht sehr vorsichtig zu interpretieren.

Zudem stehen für die Auswertung der Zuweiserbefragung keine Vergleichswerte aus fachgleichen Ordinationen zur Verfügung.

Der Fragebogen

Die allgemeine Zuweiserbefragung wurde in diesem Fall durch folgende projektspezifische Fragestellungen erweitert und projektspezifisch ausgewertet.

Wie bereits bei der PatientInnenbefragung, so wurde auch mit den Auftraggebern vereinbart, nur für die Projektevaluierung relevante Teilbereiche aus der allgemeinen Zuweiserbefragung zu verwenden, wie

- die Gesamtzufriedenheit,
- die Überweiskriterien und
- die Fachrichtungen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte.

7.2. Ergebnisse der Zuweiserbefragung

Die Befragten arbeiten zwischen zwei und vier Jahren mit der Gruppenpraxis zusammen. Pro Quartal überweisen die vier teilnehmenden Zuweiser 10 bis 30 Kinder an die Gruppenpraxis und zwischen 1 und 15 Kinder an die Kinderabteilung im LKH Kirchdorf zur stationären Aufnahme.

Für die Entscheidung der befragten Ärztinnen und Ärzte, ein Kind zu einem Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde zu überweisen, sind die wichtigsten Faktoren

- die fachliche Kompetenz der Ordination,
- die schnelle Befundübermittlung,
- die persönliche Bekanntschaft mit einem Arzt/einer Ärztin der Gruppenpraxis.

Beurteilung der medizinischen Versorgung für Kinder in der Region



N = 4

Die Zuweiser bewerten die medizinische Versorgung für Kinder in der Region Kirchdorf durchschnittlich als „gut“ (Mittelwert 2,75).

Veränderungen durch das neue Versorgungsmodell



N = 4

Die Veränderung der kinderärztlichen Versorgung durch das neue Versorgungsmodell wird sehr unterschiedlich eingeschätzt. Einzig die rasche Verfügbarkeit von Terminen wird als gleich oder verbessert eingeschätzt, die Qualität der Versorgung und die Abstimmung zwischen den Einrichtungen wird zur Hälfte als gleich geblieben, zur anderen Hälfte genau konträr beurteilt.

8. Zusammenfassung und Ausblick

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass folgende in der Punktion gesetzten Ziele erreicht wurden:

- Sicherstellung der gefährdeten ärztlichen Versorgungsstrukturen intra- und extramural auf hohem Niveau
- Rückgang der Ambulanz-Leistungen um mindestens 60 %
- Senkung der spitalsambulanten Frequenzen um mindestens 60 %
- Hohe Zufriedenheit der Patienten mit dem neuen Leistungsangebot
- Steigerung der Attraktivität des peripheren Versorgungsstandortes Kirchdorf für die Leistungserbringer

Die Abläufe an den Schnittstellen zwischen der pädiatrischen Gruppenpraxis und dem Krankenhaus Kirchdorf funktionieren gut, die nötigen Informationen sind den Ärztinnen und Ärzten in der Region meist bekannt, nur vereinzelt kommt es noch zu einer falschen Zuweisung.

Auch die Rückmeldungen der Patient/innen bzw. deren Erziehungsberechtigten weisen in dieselbe Richtung. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass diese neue Versorgungsstruktur von der Bevölkerung sehr gut angenommen wird. Die Gruppenpraxis hat in der Gesamtversorgung des Raumes Kirchdorf einen festen Platz eingenommen.

Auch die Einschätzung der beteiligten Ärztinnen und Ärzte ergab ein durchwegs positives Bild. Hemmnisse bei der Übertragung des „Kirchdorfer Modells“ werden von den Ärztinnen und Ärzten in zweierlei Hinsicht gesehen, der räumlichen Trennung von Krankenhaus und Ordination und der Auswirkungen auf die Ausbildung der Assistenzärztinnen und -ärzte.

Hinsichtlich der kritischen Erfolgsfaktoren ist darauf hinzuweisen, dass der Erfolg von ärztlichen Zusammenarbeitsstrukturen naturgemäß von der individuellen Bereitschaft der betroffenen Ärztinnen und Ärzte abhängt.

Die Einbindung der unmittelbaren Leistungserbringer (regionale Ärzteschaft) schon in der Planungsphase ist für eine erfolgreiche Umsetzung derartiger Projekte unumgänglich.

Das „Kirchdorfer Modell“ zeigt, dass unter den gegebenen Rahmenbedingungen die Verschränkung von intra- und extramuralen Strukturen möglich ist, wenngleich einzelne gesetzliche Vorgaben dabei nicht nur förderlich waren und sicherlich zu überdenken sind.

Voraussetzung dafür ist die Bereitschaft der beteiligten Systempartner (Rechtsträger, Sozialversicherung, Ärztekammer und Ärzte), über den Tellerrand der eigenen Bereiche hinaus den Blick auf die Notwendigkeiten der Gesamtkonzeption zuzulassen und zu fördern.

Und nicht zuletzt beweist das Modell Kirchdorf auch, dass Fortentwicklungen im Gesundheitswesen weniger durch zentrale Planungsvorgaben am grünen Tisch zu verwirklichen sind, als vielmehr durch Modelle, die auf lokale Gegebenheiten und Notwendigkeiten flexibel, rasch, unbürokratisch und unter Einbindung und Berücksichtigung aller Interessenslagen zwischen den Systempartnern abgestimmt werden. Im Modell Kirchdorf scheint diese eine der Stärken zu sein.

Dieses pädiatrische Versorgungsmodell könnte einen ersten Schritt zur Überwindung der sektoralen Trennung darstellen und zur weiteren Implementierung wirtschaftlicher und effizienter Versorgungsstrukturen in ländlichen Regionen beitragen.

„Wer aufhört, besser werden zu wollen, hört auf, gut zu sein.“

(Marie Freifrau von Ebner-Eschenbach)

Die Beseitigung der Allokationsprobleme sollte ein zentrales Ziel einer neuen Versorgungsplanung sein.

Abkürzungsverzeichnis

ÄQZ	Ärztliches Qualitätszentrum
BKKen	Betriebskrankenkassen
bzw.	beziehungsweise
FA	Facharzt
FG	Fachgruppe
FOKO	Folgekostenanalyse (Datawarehouse der Sozialversicherung u. a. mit Abrechnungsdaten der Vertragspartner der Krankenversicherungsträger)
gespag	Gesundheits- und Spitals-AG
GKKen	Gebietskrankenkassen
HB/HiMi	Heilbehelfe, Hilfsmittel
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstalten Gesetz
KOAGR	Kostenartengruppe
KH	Krankenhaus
LKH	Landeskrankenhaus
N	Anzahl der Antworten
ngl.	niedergelassen
OÖÄK	Ärztchammer für Oberösterreich
OÖ	Oberösterreich
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern

Mag. Christoph Beitel

OÖGKK, Abteilung Behandlungsökonomie

Mag. Harald Danner

OÖGKK, Abteilung Vertragspartner I

Ambulante pädiatrische Versorgung in Kirchdorf – Pilotprojekt für ein neues Versorgungsmodell aus Sicht der OÖGKK

1. Ausgangslage für das Pilotprojekt in Kirchdorf	44
2. Ziele und Maßnahmen	47
3. Ergebnisse der Evaluierung	50
4. Fazit und Ausblick	56

Das Pilotmodell Kirchdorf ist ein Beispiel für das Potential einer gelungenen organisationsübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen: Über Organisations- und Systemgrenzen hinweg haben sich die OÖ Gesundheits- und Spitals-AG (gespag), die ÄK für OÖ und die OÖGKK – jeweils mit unterschiedlichen Ansatzpunkten und Interessenlagen – auf gemeinsame Ziele, insbesondere die Aufrechterhaltung der umfassenden pädiatrischen Versorgung am Standort Kirchdorf, geeinigt und die dafür nötigen Schritte gesetzt. Die Evaluierung hat gezeigt, dass solche „Verschränkungsmodelle“ zur Verbesserung der Patientenversorgung, zur Nutzung von Synergien und zur Verhinderung von Ressourcen verschlingenden Doppelgleisigkeiten beitragen können.

1. Ausgangslage für das Pilotprojekt in Kirchdorf

Die Problemstellung für die pädiatrische Versorgung in Kirchdorf vor Vereinbarung des Pilotprojekts bestand insbesondere darin, dass personelle Änderungen bevorstanden sowie hinsichtlich der Strukturen ein Veränderungsbedarf geortet wurde:

- Einerseits ging der langjährige Leiter der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde am LKH Kirchdorf, der aufgrund einer historisch gewachsenen Sonder-situation in Personalunion auch der einzige niedergelassene Vertragsfacharzt für Kinder- und Jugendheilkunde am Standort Kirchdorf war, in Pension.
- Andererseits war die Spitalsabteilung mit sinkenden Fallzahlen konfrontiert. Im Zuge der Strukturanpassungen, die mit der Spitalsreform II umgesetzt wurden, war daher ein Handlungsbedarf gegeben.³
- Auch die Vertragsfacharztstelle im niedergelassenen Bereich war nur teilweise ausgelastet.⁴

1.1. Zusammenarbeit zur Erhaltung des Versorgungsstandorts

Vor diesem Hintergrund wurden in konstruktiver Zusammenarbeit der System-partner OÖ Gesundheits- und Spitals AG (gespag), Ärztekammer für OÖ, OÖGKK und unter Beteiligung der betroffenen Ärzte klare Zielsetzungen für den gefährdeten pädiatrischen Versorgungsstandort in Kirchdorf formuliert und vereinbart. Aus den Zielen wurden Maßnahmen abgeleitet und ein im Nachhinein evaluierbares Konzept entwickelt⁵, das strukturelle und organisatorische Neuerungen vorsieht.

3 Ziel der Spitalsreform II ist es, in OÖ weiterhin eine flächendeckende, bedarfsgerechte, in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmte, hochwertige medizinische Versorgung sowie die langfristige Finanzierbarkeit des Spitalsystems sicherzustellen; vgl. den Bericht des Landesrechnungshofs OÖ Umsetzung der Spitalsreform II (Stand Ende 2013), LRH-100000-6/12-2014-SPI, Seite 3, abrufbar auf: https://www.lrh-ooe.at/_files/downloads/berichte/2014/IP_SpitalsreformII_Bericht.pdf

4 Vgl. zur Entstehungsgeschichte des Modells ausführlich Herdega, Neues Versorgungsmodell für die ambulante Pädiatrische Versorgung im Raum Kirchdorf, ZGP 01/2013, 138 ff.

5 Vgl. zur Herangehensweise bei Innovationen, insbesondere Pilotprojekten Kiesel, Design Thinking - Ein neuer Ansatz zur Stärkung der Innovationskraft auch in der sozialen Krankenversicherung!, SozSi 9/2013, 430

Anstatt jeweils kostenintensive, doch nur wenig ausgelastete Parallelstrukturen weiterhin zu unterhalten, wurde der Weg gewählt, ab 01.07.2011 die ambulanten Leistungen in einer neu gegründeten Vertragsgruppenpraxis für Kinder- und Jugendheilkunde zu konzentrieren. Die pädiatrische Ambulanz im Landeskrankenhaus Kirchdorf wurde zeitgleich geschlossen. Somit wurden die ambulanten Leistungen aus dem Fachgebiet Kinder- und Jugendheilkunde aus dem Spital ausgelagert. Davon ausgenommen sind Wachstumshormonbehandlungen und Notfälle außerhalb der Öffnungszeiten der Vertragsgruppenpraxis. Der Abteilungsbetrieb und die stationäre Versorgung werden im LKH Kirchdorf weitergeführt.⁶

Mit der Kinderfacharzt-Gruppenpraxis ist keine Ausweitung des Stellenplans im niedergelassenen Bereich verbunden: Mehrere Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde teilen sich die Kassenstelle im Rahmen eines Jobsharing-Modells. Es besteht eine personelle Verschränkung zwischen dem intramuralen und dem extramuralen Bereich: Die Teilzeittätigkeit im niedergelassenen Bereich wird von den gleichen Fachärzten ausgeübt, die in der Spitalsabteilung tätig sind.

Diese neue Versorgungsform (Verschränkungsmodell) wurde als Pilotprojekt entwickelt, mit dem beabsichtigt ist, die kinderfachärztliche Versorgung für den Standort Kirchdorf langfristig in hoher Qualität sicherzustellen.

Das Pilotmodell Kirchdorf ist ein Beispiel für die Lösungskompetenz einer organisationsübergreifenden Zusammenarbeit der Einrichtungen im Gesundheitswesen. Die Ärztekammer für OÖ und die OÖGKK arbeiten bereits seit 2005 an einer gemeinsamen Zielsteuerung und machen mit dieser an gemeinsamen Zielen orientierten strukturierten Kooperationsform ausgezeichnete Erfahrungen.⁷ Bei der Erarbeitung des Pilotmodells Kirchdorf konnte auf dieser bewährten Zusammenarbeit aufgebaut und die Erarbeitung von Lösungsansätzen für gemeinsame Herausforderungen auch mit mehreren Beteiligten – im konkreten Fall die gespag als Rechtsträger des LKH Kirchdorf, Ärztekammer für OÖ und OÖGKK – durchgeführt und gemeinsame Ziele sowie kompatible Interessenlagen gefunden werden.

6 Vgl. *Herdega*, ZGP 01/2013, 145 f.

7 Vgl. dazu *Wesenaue*r, „Kooperations-Scorecard“ – Kooperationen strategisch ausrichten, SozSi 10/2011, 504

1.2. Über den Anlassfall hinausgehende Bedeutung des Pilotprojekts

Die OÖGKK will mit den ihr anvertrauten Beiträgen die bestmögliche Versorgung bereitstellen und arbeitet an der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems aktiv mit. Es liegt im gemeinsamen Interesse der Systempartner, sinnvolle Konzepte zur Verringerung der Gesamtkosten der medizinischen Versorgung ohne Qualitätsverlust beispielsweise durch Abbau von Doppelstrukturen einzusetzen und voranzutreiben. Dies ist auch ein Kernbereich der Gesundheitsreform 2013, die eine bessere Abstimmung der Versorgungsangebote, insbesondere zwischen dem Krankenanstaltenbereich und dem niedergelassenen Versorgungsbereich, unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Menschen anstrebt: Orientiert am „best point of service“⁸ (also dort, wo die Leistung aus Patienten-, Qualitäts- und Kostensicht am besten erbracht werden kann) sollen die Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozesse analysiert und wenn nötig bedarfsgerecht angepasst werden. Unter diesem Aspekt können neue Versorgungsformen bzw. effizientere Strukturalternativen entwickelt werden⁹; dies mit den Zielen, die Versorgungsqualität zu erhalten und gleichzeitig unnötige (und teure) Doppelgleisigkeiten bei der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zu vermeiden.¹⁰

So ist beispielsweise mit einem teilweise nahezu identischen Vorhalten von hochwertigen und hochpreisigen, jeweils oft nicht voll ausgelasteten medizintechnischen Geräten am selben Versorgungsstandort in unmittelbarer räumlicher Nähe einerseits im Spital, andererseits im niedergelassenen Bereich kein Mehrwert für die Patientenversorgung verbunden. Im Gegenteil: Die Mittel, die zum Aufbau und zur Erhaltung dieser Parallelstrukturen aufgewendet werden, könnten an anderer Stelle sinnvoller eingesetzt werden. Wenn dies nach der jeweiligen Situation vor Ort sinnvoll ist, ist im Rahmen von Verschränkungsmodellen neben dem Auslagern vom Spital in den niedergelassenen Bereich auch das Verlagern vom niedergelassenen Bereich ins Spital denkbar (z.B. bei radiologischen Leistungen).¹¹

8 Vgl. die Begriffsbestimmung in § 3 Z 2 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG): „Best point of service“: Jene Stelle, an der die Erbringung der kurativen Versorgung jeweils zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig erfolgt.

9 Vgl. § 5 Abs. 3 Z 2 G-ZG

10 Vgl. § 5 Abs. 2 Z 3 G-ZG: Eines der Ziele der Zielsteuerung Gesundheit ist es, das Leistungsangebot in allen Sektoren aufeinander abzustimmen, patienten- und bedarfsorientiert zu gestalten und dabei Parallelstrukturen zu verhindern bzw. abzubauen.

11 Vgl. Risak, Der Stellenplan für Kassenärzte, RdM 2015/143, 255 (259)

2. Ziele und Maßnahmen

Vor diesen Hintergründen ist daher eine mit der Evaluierung einhergehende sorgfältige Analyse – insbesondere, ob und mit welchen umgesetzten Maßnahmen und Veränderungen die angestrebten Ziele erreicht wurden und in welchen Bereichen Verbesserungsmöglichkeiten bestehen – von besonderer Relevanz. Im Folgenden werden daher die für das Pilotprojekt gesetzten Ziele und die gewählten Umsetzungsmaßnahmen nochmals dargestellt:

2.1. Versorgungs- und qualitätsbezogene Ziele

2.1.1. Zielvorgaben

Ein wesentliches Ziel des Pilotprojekts ist es, die intra- und extramurale pädiatrische Versorgung in der Region Kirchdorf zu sichern und den Patientinnen und Patienten eine qualitätsvolle medizinische Versorgung möglichst kundenfreundlich anzubieten. Im Vergleich zur vorherigen Parallelstruktur Krankenhausambulanz und Vertragsfacharztpraxis werden kürzere Wartezeiten auf einen Termin, kürzere Wartezeiten in der Ordination, eine raschere Versorgung im Akut- bzw. Notfall und eine höhere Patientenzufriedenheit erwartet. Die Zufriedenheit der Kooperationspartner (insbesondere Zuweiser) und der beteiligten Ärzte mit dem neuen Versorgungsmodell soll ebenfalls gewährleistet sein.

2.1.2. Maßnahmen

Mit folgenden, auf Basis des § 343 Abs. 1 Satz 3 ASVG im Einzelvertrag vereinbarten Maßnahmen wurde die Zielerreichung angestrebt:¹²

- Vernetzung von Spital und niedergelassenen Fachärzten sowie Kontinuität bei der Patientenversorgung: Die Ärztinnen und Ärzte der Gruppenpraxis arbeiten auch im stationären Betrieb des LKH Kirchdorf. Um die Personenidentität aufrechtzuerhalten, werden entsprechende Regelungen in die Dienstverträge,

12 Nach § 343 Abs. 1 Satz 3 ASVG können die Einzelvertragsparteien abweichend von § 341 Abs. 3 mit Zustimmung der zuständigen Ärztekammer ergänzende oder abweichende Regelungen hinsichtlich Art, Umfang und Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit insbesondere im Zusammenhang mit der Festlegung der Öffnungszeiten, für Spitalsambulanzen entlastende Leistungen oder für dislozierte Standorte treffen; vgl. *Kneihns/Mosler in Mosler/Müller/Pfeil, Der SV-Komm § 341 ASVG Rz 15* (Stand 31.12.2012, rdb.at)

den Gesellschaftsvertrag und die Ausschreibungsbedingungen für eine Gesellschafterposition in der Gruppenpraxis aufgenommen. Die Tätigkeit im LKH Kirchdorf ist an die Tätigkeit in der Gruppenpraxis gekoppelt.¹³

So wird ermöglicht, dass nach einer Behandlung im niedergelassenen Bereich, bei der sich die Notwendigkeit einer Anstaltspflege ergibt, der Patient im Spital vom selben Facharzt weiterbetreut wird. Auch die Nachbetreuung nach Krankenhausaufenthalten kann durch dieselben, mit dem Fall und dem Patienten bereits vertrauten Ärzte durchgeführt werden.¹⁴

- **Ausgeweitete Öffnungszeiten:** Die einzelvertraglich vereinbarten Mindestöffnungszeiten der Gruppenpraxis betragen 27 Stunden wöchentlich. Einzelpraxen und Gruppenpraxen nach Modell 3 sind hingegen grundsätzlich zu Mindestöffnungszeiten von 20 Stunden pro Woche verpflichtet.¹⁵ Der Stellenvorgänger hatte nur Ordinationszeiten von 15 Stunden in der Woche angeboten. Die Gruppenpraxis ist während zweier Nachmittagsordinationen von jeweils 13 bis 18 Uhr unter der Woche und am Samstag von 10 bis 12 Uhr in der Patientenversorgung tätig.
- **Ganzjähriger Betrieb:** Eine (z.B. urlaubsbedingte) Schließung der Gruppenpraxis ist vertraglich ausgeschlossen. Im Verhinderungsfall haben die Gesellschafter der Gruppenpraxis für eine Vertretung in der Ordination zu sorgen.
- **Transparenz der Anwesenheitszeiten:** Damit den Patienten eine freie Arztwahl zwischen den Gesellschaftern der Gruppenpraxis gemäß § 52 a Abs. 3 Z 11 ÄrzteG ermöglicht wird, werden die Anwesenheitszeiten der jeweiligen Gesellschafter gegenüber den Patienten offengelegt.¹⁶
- **Festgelegtes Leistungsspektrum:** Die Gruppenpraxis ist verpflichtet, den gesamten kassenvertraglichen Leistungskatalog im Fach Kinderheilkunde (ausgenommen Wachstumshormonbehandlungen) anzubieten.

13 Vgl. zu den Details der Umsetzung näher *Herdega*, ZGP 01/2013, 148 f.

14 Vgl. *Herdega*, ZGP 01/2013, 142 und im Detail 147 f. sowie die Presseaussendung https://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=14&ved=0CCwOFjADOApqFQoTCOruscHm6cgCFYzsFAodBU8lrA&url=http%3A%2F%2Fwww.kinderarzt-kirchdorf.at%2Fapp%2Fdownload%2F5223443710%2FPresseaussendeung_LKH.pdf%3Ft%3D1310116043&usg=AFQjCNFA5ejK5Gg9t21Rwb2isj6YXpYrdg&cad=rja

15 Beim in OÖ vereinbarten Gruppenpraxis-Modell 3 teilen sich die ärztlichen Gesellschafter *eine* Kassenplanstelle, dementsprechend sind die Mindestordinationszeiten im Regelfall wie bei Einzelpraxen zu gestalten; die Vertragsgruppenpraxis in Kirchdorf stellt hier eine Ausnahme dar.

16 Die Vertragsgruppenpraxis veröffentlicht die Anwesenheitszeiten der Ärzte im Internet: <http://www.kinderarzt-kirchdorf.at/dienstplan/>

- Qualitätssicherung: Die Gruppenpraxis hat sich verpflichtet, binnen 5 Jahren nach Beginn des Kassenvertrages den Prozess zur Erlangung des EPA-Zertifikats¹⁷ zu durchlaufen.
- Die Gruppenpraxis hatte bis Ende 2011 für einen barrierefreien Zugang zu den Ordinationsräumlichkeiten zu sorgen.

2.2. Kostenbezogene Ziele

2.2.1. Zielvorgaben

Durch das neue Versorgungsmodell werden bei einer Gesamtbetrachtung des intramuralen und des extramuralen Bereichs gegenüber der vorhergehenden Situation niedrigere Gesamtkosten durch Abbau von Doppelstrukturen erwartet.

Die Ziele für den intramuralen Bereich sind, dass es sowohl bei den ambulanten Frequenzen als auch bei den ambulanten Leistungen im Kinderbereich am LKH Kirchdorf zu einem Rückgang um mindestens 60 % im Vergleich zu 2009 kommt. Im extramuralen Bereich sollen durch die Gruppenpraxis weder im Eigenkosten- noch im Folgekostenbereich höhere Aufwendungen als der Durchschnitt der Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde in Oberösterreich verursacht werden.

2.2.2. Maßnahmen

Mit folgenden Maßnahmen wurde die Zielerreichung angestrebt:

- Nutzung von Synergien im Spitalsbereich.
- Fachärztliche Rufbereitschaft anstelle von Anwesenheitsdiensten im LKH Kirchdorf.
- Limitierung der Fallzahl und des Umsatzes der Vertragsgruppenpraxis unter Berücksichtigung des Fachgruppenschnitts.
- Die Gruppenpraxis hat die Laborleistungen an das Labor des LKH Kirchdorf zuzuweisen, soweit dessen Leistungskatalog betroffen ist. Dies deshalb, weil die Vertragsgruppenpraxis viele prä- und postoperative Befundungen, die schon zuvor innerhalb der Leistungspflicht des LKH Kirchdorf erbracht wurden, benötigt. Alle anderen Zuweisungen, insbesondere die Zuweisungen zu radiologischen Leistungen, erfolgen nach den gleichen Bestimmungen, die für andere Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen gelten.

17 Vgl. dazu http://www.europaeisches-praxisassessment.at/epa/upload/CONTENT/Zertifizierung/CL-Zertifikatskriterien_Ordination_2012.pdf

3. Ergebnisse der Evaluierung

Die Details des kürzlich fertig gestellten Evaluierungsberichts werden in einem gesonderten Beitrag dargestellt. Der Evaluierungsbericht hat gezeigt, dass die vereinbarten Ziele des Pilotprojekts insgesamt betrachtet erfüllt wurden. Die aus der Evaluierung ableitbaren Erkenntnisse und mögliche Veranlassungen werden noch Gegenstand weiterer Analysen sein. Nachfolgend werden daher nur einige Aspekte herausgegriffen:

3.1. Patientenversorgung und Patientenzufriedenheit

Die Evaluierung der Patientenzufriedenheit durch das Ärztliche Qualitätszentrum zeigt ein erfreuliches Bild, alle Zielvorgaben in diesem Bereich wurden erfüllt.

Das Modell wird von den Patienten gut angenommen, insbesondere liegt die Gesamtzufriedenheit der Patienten mit der Gruppenpraxis im Bereich des Fachgruppenschnitts. Die personelle Verschränkung zwischen Spital und Gruppenpraxis wird von den Patienten als Vorteil erlebt.

Beim wichtigen Parameter Wartezeitsituation auf einen Termin in der Ordination ergibt sich, dass die Gruppenpraxis für akuten und dringenden Behandlungsbedarf Termine am selben Tag vergibt. Bei Routineterminen ohne Beschwerden (ausgenommen Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen) beträgt die Wartezeit zwischen vier und fünf Wochen.

Auffällig in diesem Bereich ist die signifikant höhere Zufriedenheit der Patienten mit den (gegenüber anderen Ordinationen von 20 auf 27 Stunden) erweiterten Mindestöffnungszeiten.

3.2. Erfahrungen der Ärzte

Das angestrebte Ziel der Steigerung der Attraktivität des Versorgungsstandortes Kirchdorf für die Leistungserbringer wurde erreicht.

Die Erfahrungen aus den ersten Projektjahren mit den administrativen und medizinischen Abläufen in der Vertragsgruppenpraxis sind durchwegs positiv, der organisatorische Aufwand wurde von den beteiligten Personen als „moderat“ beurteilt.

Als Nachteil wird von den Ärzten vor allem die räumliche Trennung Krankenhaus und Gruppenpraxis (die Ordination ist 600 m weit vom Spital entfernt und nicht im selben Gebäude) erlebt, die folgende Konsequenzen nach sich zieht:

- Die Ausbildung der jungen Ärzte leidet, da sie weniger leicht die Gelegenheit haben, regelmäßig akute ambulante Patienten zu begutachten. Diese fehlende Erstbegutachtung ist jedoch wichtig für die Ausbildung.
- Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung können nicht jederzeit in die Ordination kommen, um Kinder vor Ort zu sehen, typische Erstbegutachtungs-Patienten sehen sie im Rahmen ihrer Ausbildung nicht mehr.¹⁸
- Kollegen der Gruppenpraxis können in Spitzenzeiten (z.B. für eine Stunde) nicht aushelfen.
- Weiterführende Untersuchungen (Radiologie, Labor) wären im Krankenhaus für Patienten und Eltern schneller und nur ein paar Türen weiter verfügbar.
- Auf Befunde von EKG-, Röntgen- oder Ultraschall-Untersuchungen kann aus der Ordination nicht direkt zugegriffen werden.

Die Rückmeldungen der beteiligten Ärzte zur gewählten Umsetzungsform zeigen insbesondere, dass eine die im Pilotprojekt gemachten Erfahrungen berücksichtigende weitere Auseinandersetzung mit den Vor- und Nachteilen des gewählten Standorts (bzw. ob in diesem oder in anderen Fällen auch eine Lösung „unter einem Dach“ in Frage kommt) sinnvoll ist. Dabei ist unter anderem die Maßnahme der Vernetzung zwischen Spital und niedergelassenen Fachärzten (vgl. Punkt 2.1.2.) angesprochen, bei der von den Ärzten Verbesserungsmöglichkeiten geortet wurden.

¹⁸ Grund dafür ist eine Rechtsunsicherheit seitens des Spitalsträgers bezüglich der Haftungsfrage, z.B. bei Arbeitsunfällen (die Gruppenpraxis ist kein ausgelagerter Dienstort).

3.3. Konsequenzen für die Kostenträger

Mit dem Pilotmodell sollte eine gegenüber der vorherigen Doppelstruktur insgesamt betrachtet effektivere und effizientere Versorgungsstruktur geschaffen werden. Unter Berücksichtigung der vereinbarten Gesamtbetrachtung wurde diese Erwartung erfüllt. Die ambulante kinderfachärztliche Versorgung wird in Kirchdorf nun hauptsächlich im niedergelassenen Bereich in hoher Qualität sowie aus behandlungsökonomischer Sicht insgesamt effizient erbracht.

Bei den Detailergebnissen der Evaluierung ergeben sich dennoch einige Ansatzpunkte für darauf aufbauende weitere Maßnahmen:

3.3.1. Frequenzen und Leistungen im Spitalsbereich

Die Projektziele „Reduktion der ambulanten Frequenzen und Leistungen“ um jeweils mindestens 60 % wurden erreicht.

Seit dem Inkrafttreten des neuen Modells sind die Kosten der Pädiatrieambulanz deutlich gesunken.

Auch die stationären Aufnahmen nach einem Ambulanzbesuch sind im Beobachtungszeitraum um mehr als die Hälfte gesunken. Bemerkenswert ist die Stellungnahme der beteiligten Ärzte zu dieser Entwicklung, die den Grund in der kontinuierlichen Betreuung durch die selben Ärzte sehen. Der Rückgang von stationären Aufnahmen sei darin begründet, dass man bei bekannten Kindern eine ambulante Betreuung aufgrund dessen, dass man Kind und Eltern kennt, oftmals leichter medizinisch verantworten könne. Auch eine Verkürzung der stationären Aufenthaltsdauer gehe mit der gesicherten Weiterbetreuung von stationären Kindern durch dieselben Ärzte einher.¹⁹

3.3.2. Fälle, Frequenzen und Leistungen im niedergelassenen Bereich

Während bei den betrachteten Vergleichsjahren des Vertragsvorgängers die Jahressumme der Fälle²⁰ in etwa auf dem gleichen Niveau blieb, stieg seit Vertragsbeginn der Gruppenpraxis (01. Juli 2011) die Anzahl der Fälle trotz im Wesentlichen unveränderter Bedarfssituation kontinuierlich. Seit dem dritten Quartal 2013 hat die Gruppenpraxis pro Quartal regelmäßig mehr Fälle als der Fachgruppenschnitt (2013 gab es in Oberösterreich 38 Vertragsärzte für Kinder- und

19 Evaluierungsbericht des Pilotprojekts Pädiatrische Versorgung in Kirchdorf, 40

20 Als Fall gezählt werden Patienten pro Quartal

Jugendheilkunde) desselben Zeitraums. Der jeweilige Jahreswert des Fachgruppenschnitts blieb während dieses Zeitraums vergleichsweise konstant.

Ebenso steigt seit Vertragsbeginn die Anzahl der behandelten Patienten pro Jahr. Seit 2013 versorgt die Gruppenpraxis mehr Patienten als der Fachgruppenschnitt desselben Zeitraums. Gemeinsam mit der Zunahme der Fälle steigen auch die Anzahl der abgerechneten Leistungen sowie der an die Vertragsgruppenpraxis ausbezahlte Umsatz.

Die grundsätzliche Leistungsausweitung der Gruppenpraxis gegenüber dem Vertragsvorgänger ist keine Überraschung, da in der Gruppenpraxis die wöchentlichen Ordinationszeiten 27 Stunden betragen (im Vergleich zu 20 Wochenstunden in einer Einzelpraxis und zur reduzierten Öffnungszeit von 15 Wochenstunden des Vorgängers) und die Gruppenpraxis das ganze Jahr über geöffnet ist (keine urlaubsbedingten Schließungen). Betrachtet man die Gesamtzahl der Inanspruchnahme der ambulanten ärztlichen Hilfe – sowohl im niedergelassenen als auch im intramuralen Bereich (e-card-Steckungen in der Gruppenpraxis und ambulante Frequenzen in der Kinderambulanz des LKH-Kirchdorf) –, ergibt sich ein relativ sprunghafter Anstieg zwischen den Jahren 2011 und 2012 und von 2012 auf 2013. Die erste Zunahme geht auf den Beginn der Gruppenpraxis ab Juli 2011 zurück und ist mit der deutlichen Zunahme der Ordinationszeiten und bei der Anzahl der Ärztinnen und Ärzte zu begründen. Danach ist im ersten Quartal 2013 eine vierte Ärztin als weiterer Juniorpartner in die Gruppenpraxis eingestiegen, wodurch sich mehr Behandlungskapazitäten ergeben haben.

Der vereinbarten Begrenzung der abrechenbaren²¹ Fälle kommt somit in mehrfacher Hinsicht Bedeutung zu:²²

- Die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe ist einerseits vom Bedarf, insbesondere von der Bevölkerungsdichte und -struktur im potenziellen Einzugsgebiet, abhängig, andererseits aber auch vom Angebot („angebotsinduzierte Nachfrage“²³). In der Gruppenpraxis ist zwischenzeitlich eine Kapazität von vier in Teilzeit tätigen Ärztinnen und Ärzten vorhanden. Nach den Bedarfsprüfungskri-

21 Auf die Patientenversorgung hat diese Begrenzung keinen Einfluss: Eine Überschreitung der Patientenbegrenzung berechtigt die Vertragsgruppenpraxis nicht zur Ablehnung einer Behandlung. Auch eine private Verrechenbarkeit von Leistungen der Krankenbehandlung ist schon durch § 13 des oö Gruppenpraxis-Gesamtvertrags ausgeschlossen.

22 Ohne diese doppelte Limitierung läge der ausbezahlte Umsatz der Gruppenpraxis mittlerweile über dem Fachgruppenschnitt. Derartige Überschreitungen werden rückwirkend korrigiert.

23 Die Nachfrage durch die Patientinnen und Patienten wird vom Angebot beeinflusst. Die Steuerung des Gesamtsystems sollte sich daher auf bedarfsorientierte nutzensteigernde Maßnahmen und Angebote ausrichten; vgl. Goltz, Möglichkeiten der Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsplanung, SoZi 2014, 74 (75)

terien des § 342 Abs. 1 Z 1 ASVG und des Stellenplans ist jedoch in Kirchdorf nur eine Facharztstelle für Kinder- und Jugendheilkunde im niedergelassenen Bereich vorgesehen.²⁴

- Weiters wird durch die Umsatzbegrenzung im Kassenvertrag die bestehende Problematik der Detailabgrenzung von Kassenleistungen und spitalsambulanten Leistungen, für die der Rechtsträger der Krankenanstalt aufkommt, entschärft: Die Gruppenpraxis führt anamnestische und diagnostische Aufgaben im Vorfeld von Operationen oder anderen stationären Behandlungen durch, die zuvor in der Krankenhausambulanz erbracht wurden. Nach den Angaben der Ärzte werden auch Nachbehandlungen generell in der Ordination durchgeführt.²⁵

3.3.3. Ökonomieverhalten

In drei Jahren des Vollbetriebs von 2012 bis 2014 hat die Gruppenpraxis unter allen Vertragspartnern des Bereichs Kinderheilkunde den höchsten Anteil an Krankenhausaufnahmen binnen einer Woche nach Termin in der Vertragspartnerordination. Dies beruht darauf, dass die Gruppenpraxis gemäß Vereinbarungen mit der Gespag und der OÖGKK anamnestische und diagnostische Aufgaben im Vorfeld von Operationen oder anderen stationären Behandlungen erfüllt, die ansonsten in einer Krankenhausambulanz erbracht werden.

Im Vergleich zum vorigen Vertragspartner zeigt sich dennoch ein deutlicher Rückgang bei der Menge der Krankenhausaufnahmen je 100 Fälle.

Verglichen mit der Fachgruppe arbeitet das Ärzteteam der Gruppenpraxis hinsichtlich Medikamentenverordnung und Folgeüberweisungen aktuell sehr ökonomisch. Bei den Heilbehelfen und Hilfsmitteln ergeben sich deutlich höhere Folgekosten als im Fachgruppenschnitt.

24 Grundlage der Verteilung der Arztstellen bei der Stellenplanung in OÖ ist ein mit dem Softwarecenter Hagenberg entwickeltes Software-Programm, mit dem eine für die vertragsärztliche Versorgung optimale Verteilung der vereinbarten Anzahl an Vertragsarztstellen über ganz OÖ sichergestellt wird (sog. „Hagenberger Modell“). Berücksichtigt werden dabei aktuell bestehende Arztstandorte, aktuelle Einwohnerzahlen (Statistik Austria), Pendler mit ihrer Präferenz, am Wohn- oder Dienort zum Arzt zu gehen, kürzeste Fahrzeiten mit PKW, Eigenschaften eines potenziellen Facharztstandortes (z.B. Mindestzahl an Einwohnern; Bezirkshauptstadt, ...).

25 Diese spitalsambulanten Leistungen werden der Gruppenpraxis von der Gespag im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung Spital-Gruppenpraxis für spitalsambulante Leistungen § 50 Abs. 2a OÖKAG abgegolten.

Im Vergleich zum vorigen Vertragspartner sind die Folgekosten je Fall für Medikamente zurückgegangen. Im Bereich Heilbehelfe und Hilfsmittel sind die Folgekosten gestiegen. Insgesamt sind die Folgekosten (Medikamente, Überweisungen und Heilbehelfe und Hilfsmittel) über die Jahre relativ konstant (sowohl in der Fachgruppe als auch beim Vertragspartner in Kirchdorf), wobei dem Vertragspartner in Kirchdorf insgesamt vergleichsweise niedrigere Folgekosten zugeschrieben werden als dem Durchschnitt der Fachgruppe.

Das Behandlungs- und Ökonomieverhalten des Ärzteteams weicht signifikant sowohl vom vorherigen Vertragspartner als auch vom Fachgruppenschnitt ab. Warum dies so ist und ob ein Zusammenhang mit Besonderheiten oder Rahmenbedingungen des Verschränkungsmodells besteht, könnte in einem weiteren Schritt ermittelt werden.

3.3.4. Arztressourcen

Ein positiver Nebeneffekt des Verschränkungsmodells ist die Bündelung der Arztressourcen in der Sachleistungsversorgung: Die Fachärzte im Spital können neben der Tätigkeit als angestellte Ärzte freiberuflich tätig sein, müssen dabei aber nicht auf eine Wahlarztstätigkeit ausweichen, sondern stehen für die Sachleistungsversorgung in der Vertragsgruppenpraxis zur Verfügung. Investitionen in getrennte Ordinationen sind nicht nötig. Im Rahmen einer Vertragsgruppenpraxis können die Ärzte Synergien sowie die Vorteile der Vertragsarztstätigkeit nutzen.

Somit kann in Kirchdorf mit weniger Arztressource eine qualitativ hochwertige Sachleistungsversorgung sichergestellt werden.²⁶

²⁶ Vgl. zum Thema *Kiesl*, Ärztemangel oder Nachbesetzungsprobleme bei Arztstellen: Nur ein semantischer Unterschied?, *SozSi* 5/2015, 224

4. Fazit und Ausblick

- Das Pilotmodell Kirchdorf ist ein Beispiel für das Potential einer gelungenen organisationsübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen: Über Organisations- und Systemgrenzen hinweg haben sich die OÖ Gesundheits- und Spitals-AG (gespag), die ÄK für OÖ und die OÖGKK – jeweils mit unterschiedlichen Ansatzpunkten und Interessenlagen – auf gemeinsame Ziele, insbesondere die Aufrechterhaltung der umfassenden pädiatrischen Versorgung am Standort Kirchdorf, geeinigt und die dafür nötigen Schritte gesetzt.
- Die Evaluierung hat gezeigt, dass solche „Verschränkungsmodelle“ zur Verbesserung der Patientenversorgung, zur Nutzung von Synergien und zur Verhinderung von Ressourcen verschlingenden Doppelgleisigkeiten beitragen können. Die beim Pilotprojekt Kirchdorf eingesetzten Maßnahmen haben das Potential, nicht nur im Anlassfall, sondern auch in ähnlich gelagerten Situationen – gegebenenfalls in adaptierter Form – angewendet zu werden.
- Wenn dies nach der jeweiligen Situation vor Ort sinnvoll ist, kann aber im Rahmen von Verschränkungsmodellen neben dem Auslagern vom Spital in den niedergelassenen Bereich auch das Verlagern vom niedergelassenen Bereich ins Spital in Erwägung gezogen werden (z.B. bei radiologischen Leistungen).
- Ein Nebeneffekt des Modells ist, dass effizientere und effektivere Strukturen auch im Hinblick auf den Einsatz der Arztkapazitäten geschaffen werden: Die beteiligten Fachärzte können in einem koordinierten Zusammenwirken ihre Kapazitäten sowohl für die intramurale als auch für die extramurale Sachleistungsversorgung einsetzen. Damit wird auch der Nachbesetzungsbedarf bei Arztstellen reduziert.

Quellenverzeichnis

- Herdega Nikolaus*, Neues Versorgungsmodell für die ambulante Pädiatrische Versorgung im Raum Kirchdorf, Zeitschrift für Gesundheitspolitik 01/2013, 138
- Kiesl Franz*, Ärztemangel oder Nachbesetzungsprobleme bei Arztstellen: Nur ein semantischer Unterschied?, Soziale Sicherheit 5/2015, 224
- Kiesl Franz*, Design Thinking – Ein neuer Ansatz zur Stärkung der Innovationskraft auch in der sozialen Krankenversicherung!, Soziale Sicherheit 9/2013, 430
- Mosler Rudolf, Müller Rudolf, Pfeil Walter*, Der SV-Komm Online, Manz Verlag Wien
- Risak Martin*, Der Stellenplan für Kassenärzte, Recht der Medizin 2015/143
- Wesenauer Andrea*, „Kooperations-Scorecard“ – Kooperationen strategisch ausrichten, Soziale Sicherheit 10/2011, 504
- Bericht des Landesrechnungshofs OÖ Umsetzung der Spitalsreform II (Stand Ende 2013), LRH-100000-6/12-2014-SPI, abrufbar auf: https://www.lrh-ooe.at/_files/downloads/berichte/2014/IP_SpitalsreformII_Bericht.pdf (letzter Zugriff: 31.01.2016)

Mag. Karl Lehner MBA

OÖ Gesundheits- und Spitals-AG (gespag);

Mitglied des Vorstands (Sprecher)

Pädiatriemodell Kirchdorf – aus Sicht der gespag: Beispiel für künftige innovative Versorgungsmodelle

1. Zusammenfassung und Ausblick	60
2. Einleitung	62
3. Ausgangssituation für das Kirchdorfer Modell	63
4. Ansätze für innovative Versorgungsmodelle	69

Das Pädiatrie-Modell in Kirchdorf weist neue Wege zu innovativen und integrierten Versorgungsmodellen, die Sektorgrenzen überschreiten und eine Verschränkung von intra- und extramuralen Strukturen möglich machen. Gesetzliche Rahmenbedingungen als Hindernisse auf diesem Weg sind zu überdenken und anzupassen.

Das Kirchdorfer Modell ist aus Sicht des Verfassers ein geeignetes Modell zur Überwindung der Sektorgrenzen und damit beispielgebend in der Entwicklung innovativer Versorgungsmodelle. Voraussetzung für eine erfolgreiche Weiterverbreitung und Weiterentwicklung ist die Bereitschaft der beteiligten Systempartner (Rechtsträger, Sozialversicherung, Ärztekammer und Ärzte), über den Tellerrand der eigenen Bereiche hinaus den Blick auf die Notwendigkeiten der Gesamtkonzeption zuzulassen und zu fördern.

1. Zusammenfassung und Ausblick

Das Pädiatrie-Modell in Kirchdorf weist neue Wege zu innovativen und integrierten Versorgungsmodellen, die Sektorgrenzen überschreiten und eine Verschränkung von intra- und extramuralen Strukturen möglich machen. Gesetzliche Rahmenbedingungen als Hindernisse auf diesem Weg sind zu überdenken und anzupassen. Das Kirchdorfer Modell ist aus Sicht des Verfassers ein geeignetes Modell zur Überwindung der Sektorgrenzen und damit beispielgebend in der Entwicklung innovativer Versorgungsmodelle.

Voraussetzung für eine erfolgreiche Weiterverbreitung und Weiterentwicklung ist die Bereitschaft der beteiligten Systempartner (Rechtsträger, Sozialversicherung, Ärztekammer und Ärzte), über den Tellerrand der eigenen Bereiche hinaus den Blick auf die Notwendigkeiten der Gesamtkonzeption zuzulassen und zu fördern.

Vor dem Hintergrund des bereits latenten und sich in den nächsten Jahren verschärfenden Mangels an ärztlichem Nachwuchs ist es ein Gebot der Stunde, für Ärztinnen und Ärzte attraktive Versorgungsmodelle zu finden. Es wird langfristig für Kliniken überlebensnotwendig werden, Ärztinnen und Ärzte mit lebensphasenorientierten Arbeitszeitmodellen dauerhaft an den Kliniken zu halten und damit die regionale Versorgung nicht zu gefährden.

In Österreich gibt es seit der Gesundheitsreform 2013 die Zielsetzung der Behandlung der Patientinnen und Patienten am Best Point of Service (BPos).²⁷ Im Jahr 2014 wurde das neue Modell im Bereich der Primärversorgung mit Primary Health Care Centers (PHC-Modelle)²⁸ etabliert. Es muss gelingen und es ist auch die klare Zielsetzung der gespag, diese neuen Modelle stärker mit den Spitälern zu vernetzen, ja es muss auch möglich sein, dass Spitäler selbst solche Zentren im Sinne von Gesundheitszentren an ihren Standorten oder im Umfeld ihrer Standorte gemeinsam mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie nicht ärztlichen Berufsgruppen (z.B. PhysiotherapeutInnen, frei praktizierende Hebammen, PsychologInnen, DiätologInnen, Wundschwestern) betreiben.

Viele Spitalsambulanzen haben hohen Zulauf von Patientinnen und Patienten, die zwar eine Versorgung benötigen, jedoch nicht unbedingt Leistungen des Krankenhauses. Im Rahmen eines innovativen verschränkten Versorgungsmodells wie

27 Bundesgesetzblatt I Nr. 200/2013 (Zielsteuerung-Gesundheit)

28 „Das Team rund um den Hausarzt“ – Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Beschlossen in der Bundes-Zielsteuerungskommission am 30. Juni 2014

z.B. dem Pädiatrie-Modell in Kirchdorf oder einer Primärversorgungseinheit an einem Krankenhaus kann daher eine vernünftige Triagierung dieser PatientInnen Richtung Primärversorgung einerseits und im erforderlichen Fall auch Richtung Krankenhausambulanz und auch weiteren Einrichtungen der Spitäler andererseits erfolgen. Im fachärztlichen Bereich könnten hier neue attraktive Modelle für Ärztinnen und Ärzte des Krankenhauses geschaffen werden, die zugleich auch in solchen Gesundheitszentren Patientinnen und Patienten vor und nach der notwendigen Krankenhausbehandlung betreuen. Diese Modelle sollten nicht in Konkurrenz, sondern in Abstimmung mit der niedergelassenen Ärzteschaft und selbstständig Tätigen in nicht ärztlichen Berufen erfolgen.

Die Vorteile liegen auf der Hand: Synergien bei der Raum- und Gerätenutzung generell im gesamten Infrastrukturbereich, Behandlungskontinuität, interessante Teilzeitmodelle, Triagierung der Patientinnen und Patienten, längere Öffnungszeiten, nach dem Subsidiaritätsprinzip abgestufte Behandlungskonzepte usw.

Bezüglich der integrativen Versorgungsmodelle gibt es in Deutschland seit Jahren insbesondere im fachärztlichen Bereich medizinische Versorgungszentren (MVZ), die in und um Kliniken situiert sind und vielfach auch von diesen oder gemeinsam mit anderen Partnern betrieben werden. Zielsetzung ist dabei immer die sektorübergreifende abgestufte Versorgung insbesondere auch im ländlichen Raum. In diesem Bereich hat Österreich nach Ansicht des Autors noch deutlichen Nachholbedarf.

2. Einleitung

Die als Pilotmodell konzipierte Kindergruppenpraxis in Kirchdorf hat sich nach rund vier Jahren Betrieb als stabiles Modell etabliert. Die gemeinsame Vision für den Start des Pilotprojektes war eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit der Akteure im Gesundheitswesen mit einem Verschränkungsmodell für den intra- und extramuralen Ambulanzbereich. Damit sollten die Parallelstrukturen weitgehend aufgelöst und Ineffizienzen zwischen beiden Sektoren nachhaltig behoben werden.

Zur Beurteilung des Pilotmodells wurde eine entsprechende Evaluierung der zu Beginn des Pilotprojektes vereinbarten Zielsetzungen vorgenommen. Bei daraus ableitbarer Eignung werden vom Verfasser vor allem folgende Fragen einer genaueren Betrachtung zugeführt:

- Welche Vorbildwirkung kann das Modell in Kirchdorf entfalten?
- Wie kann das Gesundheitswesen in Österreich insgesamt von derartigen Einrichtungen profitieren?
- Welche Vorteile bietet das Modell für Ärztinnen und Ärzte?
- Welche Vorteile liefert das Modell Kirchdorf an der Schnittstelle zwischen intra- und extramuralem Bereich und wie kann diese Schnittstelle erfolgreich überwunden werden?
- Welche Probleme bleiben bestehen und welche Lösungsszenarien gibt es dafür?
- Wird diese Form des Kirchdorfer Pädiatrie-Modells in Zukunft den Weg auch in andere Kliniken der gespaga finden?

3. Ausgangssituation für das Kirchdorfer Modell

Im Jahr 2011 wurde die Kindergruppenpraxis in Kirchdorf als gemeinsames Pilotprojekt der Systempartner im Gesundheitswesen aus der Taufe gehoben. Die Projektbeteiligten waren die in der Gruppenpraxis tätigen Pädiater, die OÖ Gesundheits- und Spitals-AG (gespag) als Spitalsträger des Krankenhauses Kirchdorf, die Gebietskrankenkasse für Oberösterreich (OÖ GKK) und die Ärztekammer für OÖ (OÖÄK).

Die Aufrechterhaltung der bis dahin parallelen Versorgungsstrukturen sowohl im intra- als auch extramuralen Bereich wurde von den beteiligten Systempartnern vor dem Hintergrund der Entwicklung der Fallzahlen in der Pädiatrie als nicht zukunftsweisend und wenig nachhaltig eingeschätzt. Gemeinsames Ziel war es daher, die ärztliche Versorgung in der ländlichen Region mittel- und langfristig abzusichern.

3.1. Grundstrukturen des neuen Versorgungsmodells

Im Kirchdorfer Spital ist die Kinderabteilung samt einer Notfallambulanz untergebracht; die Gruppenpraxis für Kinder- und Jugendheilkunde ist rund einen Kilometer vom Spital entfernt im Stadtgebiet von Kirchdorf verortet. Dort wird auch die aus dem Spital in die Gruppenpraxis ausgelagerte Kinderambulanz mitbetreut. Eine vollkommene ambulante Rund-um-die-Uhr-Versorgung durch die Gruppenpraxis war ökonomisch nicht möglich. Das Krankenhaus übernimmt daher neben der stationären Versorgung auf Grund seiner auf 7 x 24 Stunden abgestellten Versorgungsstruktur auch die Abdeckung von Randzeiten außerhalb der Öffnungszeiten der Kassengruppenpraxis.

Die Übernahme der ambulanten Spitalsleistungen durch die Gruppenpraxis wurde durch eine krankenanstaltenrechtlich notwendige Kooperationsvereinbarung abgesichert. Für die Übernahme dieser Leistungen erhält die Gruppenpraxis eine pauschale Abgeltung.

Gesellschafterwechsel sind möglich. Fachärztinnen und Fachärzte, die künftig nach Kirchdorf kommen, erhalten vertraglich zugesichert die Möglichkeit, in der Gruppenpraxis mitzuarbeiten.

3.2. Zielsetzung

Mit dem Pilotmodell wurden insbesondere folgende Ziele verfolgt:

- Nachhaltige Sicherstellung einer optimalen pädiatrischen Versorgung der Region Kirchdorf mit rund 56.000 Einwohnern,
- Realisierung einer sektorenüberschreitenden Verschränkung der ambulanten Versorgung zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Bereich (Kinder-Kassenordination),
- Einbindung aller am Prozess beteiligten Ärztinnen und Ärzte des Krankenhauses, des Spitalsträgers, der Ärztekammer und der Gebietskrankenkasse,
- ökonomisch sinnvolles und für alle Systempartner akzeptables Modell,
- Reduktion der Frequenzen und Leistungen durch Beseitigung der Parallelstrukturen,
- jedoch keine qualitative Verschlechterung der Versorgung durch das neue Modell,
- die an der Abteilung für Pädiatrie des LKH Kirchdorf tätigen Ärztinnen und Ärzte sind gleichzeitig auch die Gesellschafter der Gruppenpraxis,
- Schaffung attraktiver Rahmenbedingungen für Ärztinnen und Ärzte,
- Erweiterung der Öffnungszeiten der Ordination,
- gemeinsame Evaluierung des Modells.

3.3. Beurteilung des Modells

Zur Beurteilung des Kirchdorfer Pädiatrie-Modells auf seine generellere Anwendbarkeit (andere Fächer, andere Standorte) ist zumindest eine kurze Betrachtung der wichtigsten Ergebnisse der Modell-Evaluierung. Die genaueren Details sind dem Beitrag von N. Herdega und S. Weißengruber-Auer²⁹ zu entnehmen.

3.3.1. Beurteilung aus Sicht der Gruppenpraxisinhaber

Die Beurteilung des Modells aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte der Gruppenpraxis hat folgende Ergebnisse gebracht:

29 Siehe dazu N. Herdega, S. Weißengruber-Auer: Pädiatrische Versorgung in Kirchdorf in dieser Ausgabe der Zeitschrift für Gesundheitspolitik, S. 9ff

- Vorteile **+** und Nachteile **-** des neuen Modells:
 - +** die überwiegende Bekanntheit des Patientenstamm bei einer stationären Aufnahme,
 - +** längere Öffnungszeiten,
 - Ausbildung der jungen ÄrztInnen leidet, da sie weniger Gelegenheit haben, regelmäßig akute ambulante Kinder zu begutachten,
 - pro Kind bleibt weniger Zeit als früher in der Ambulanz, weil die Frequenz in der Ordination höher ist.

- Auswirkungen auf den stationären Bereich:
 - +** über 60 % der stationär aufgenommen Kinder sind bereits bekannt,
 - +** Verkürzung der stationären Aufenthaltsdauer aufgrund der gesicherten Weiterbetreuung durch dieselben Ärzte.

- Räumliche Trennung Krankenhaus und Gruppenpraxis (**+** ... Vorteil, **-** ... Nachteil)
 - +** Arztbesuche werden von den Kindern nicht automatisch mit Krankenhaus assoziiert,
 - Ausbildungsärztinnen und -ärzte sehen typische Erstbegutachtungsfälle nicht mehr im Rahmen ihrer Ausbildung, weil sie nicht jederzeit in die Ordination kommen können,
 - weiterführende Untersuchungen (Radiologie, Labor, EKG, etc.) wären „unter einem Dach“ schneller verfügbar,
 - auf Befunde des Spitals kann aus der Ordination nicht direkt zugegriffen werden.

- Das Pilotprojekt ist der Bevölkerung in der Region Kirchdorf bekannt. Die Bereitschaft zur Inanspruchnahme des medizinischen Angebotes ist hoch.

- Die Zahl der ungeplanten Fälle nimmt bei gleichzeitig steigender Fallzahl ab.

- Vorteile **+** und Nachteile **-** für die behandelten Kinder:
 - +** Betreuung aus einer Hand sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich; rund 50 bis 60 % der stationär aufzunehmenden Kinder sind bereits bekannt,
 - +** Ärzteviefalt in der Ordination ermöglicht den ÄrztInnen individuelle Spezialisierungen,
 - im Gegensatz zur „herkömmlichen“ Ordination für Kinder- und Jugendheilkunde ist nicht immer dieselbe Person Ansprechpartner.

- Eine Umsetzung des „Kirchdorfer Modells“ auf andere Fächer ist mit folgenden drei Hürden verbunden:
 - Akzeptanz des Modells seitens der Kostenträger?
 - Ausbildungssituation der AssistenzärztInnen (Abklärung der arbeitsrechtlichen Fragen).
 - Die derzeitigen Rahmenbedingungen mit der strikten Sektorenabgrenzung bremsen eher die Entwicklung solcher Modelle, als dass sie diese fördern.

3.3.1. Bewertung aus Sicht der Bevölkerung

Die Einschätzung der Akzeptanz in der Bevölkerung mit der pädiatrischen Versorgung durch das neue Modell hat nachstehende Ergebnisse gebracht:

- Das Modell ist nach fünf Jahren Laufzeit in Hinsicht auf Zuständigkeiten zwischen Gruppenpraxis und Krankenhaus für die Mehrzahl der Befragten (73 %) völlig klar, für 27 % teilweise unklar.
- 97 % der Befragten sind mit der medizinischen Versorgung für Kinder in der Region Kirchdorf sehr oder eher zufrieden.
- Es besteht der Wunsch nach einer engeren räumlichen Verflechtung von Ordination und Spital.
- 97 % erachten die Anwesenheit derselben Ärztinnen und Ärzte in Ordination und Spital als vorteilhaft.

- 83 % geben an, dass es ein Vorteil ist, dass mehrere Ärzte in der Ordination tätig sind.
- Die zusammenfassende Bewertung der Zufriedenheit mit der Gruppenpraxis („Wie zufrieden sind Sie mit der Ordination im Allgemeinen, d.h. nicht nur auf den heutigen Arztbesuch bezogen?“) fiel gut bis sehr gut aus, 82 % der Befragten sind „sehr zufrieden“ und 17 % „eher zufrieden“.
- 96 % der Befragten ziehen keinen Ordinationswechsel in Betracht.
- 84 % sind mit den Ordinationszeiten sehr zufrieden (Vergleichsordinationen 65 %).
- 94 % würden die Gruppenpraxis ihren Freunden weiterempfehlen.

3.3.3. Beurteilung des Modells aus Sicht der Zuweiser

Die Zuweiser bewerten die medizinische Versorgung für Kinder in der Region Kirchdorf durchschnittlich als „gut“ (Mittelwert 2,75).

3.3.4. Zusammenfassende Beurteilung aus Sicht der gespag

Für die gespag ergibt sich bei Abwägung der mit dem Pilotprojekt angestrebten Ziele und den aus den vorstehenden Beurteilungen (Gruppenpraxisinhaber, Bevölkerung, Zuweiser) abzuleitenden Erkenntnissen zusammenfassend eine insgesamt positive Beurteilung für das neue Pädiatrie-Modell in Kirchdorf:

- Die Sicherstellung der pädiatrischen Versorgung auf qualitativ hohem Niveau und damit
- die Steigerung der Attraktivität des peripheren Versorgungsstandortes Kirchdorf für die Leistungserbringer ist gelungen.
- Die Bevölkerung ist mit dem neuen Leistungsangebot sehr zufrieden; die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass diese neue Versorgungsstruktur von der Bevölkerung sehr gut angenommen wird.
- Das Modell ist durch den Abbau von Parallelstrukturen auch unter ökonomischen Gesichtspunkten sinnvoll.
- Die Betreuung aus einer Hand sowohl intra- als auch extramural ist für die behandelten Kinder vorteilhaft.

- Auch die Einschätzung der beteiligten Ärztinnen und Ärzte ergab ein durchwegs positives Bild.
- Das neue Versorgungsmodell ist ein wichtiger Schritt zur Überwindung der sektoralen Trennung zwischen Spital- und niedergelassenem Bereich und kann daher zur weiteren Implementierung effizienter Versorgungsstrukturen insbesondere in ländlichen Regionen beitragen.

So sehr die vorstehenden Aspekte positiv für künftige Modellentwicklungen zu werten sind, so sehr müssen auch die mit der Evaluierung zu Tage getretenen Problemthemen in künftige Modellentwicklungen bzw. Pilotprojekte Eingang finden:

- Die stärkere räumliche Verflechtung von Spital und Ordination trägt dem Wunsch der Bevölkerung Rechnung.
- Die räumliche Trennung von Krankenhaus und Ordination wirkt sich nachteilig auf die Ausbildung der Assistenzärztinnen und -ärzte aus.
- „Unter einem Dach“ wären aus dem Behandlungsprozess heraus notwendige Spitalsleistungen rascher verfügbar.
- Die an den Schnittstellen zwischen Spital und Ordination sichtbar werdenden Sektorgrenzen müssen durch gemeinsame IT-Lösungen und gegenseitigen Zugriff auf Daten überwunden werden.
- Gleiches gilt für rechtliche Fragestellungen wie z.B. Haftungs- oder Datenschutzfragen.

Die vorstehenden Problemthemen sind insbesondere durch den latenten Ärztemangel seit einigen Jahren erheblich verschärft. Das gilt sowohl für den intramuralen als auch den extramuralen Bereich. D.h., sowohl die Spitäler kämpfen verstärkt um vor allem fachärztliche Ressourcen als auch der niedergelassene Bereich um die Nachbesetzung vakant werdender Stellen. Diese Schwierigkeiten haben ihre Ursache einerseits in den vor mehreren Jahren erheblich reduzierten Studienplätzen für Humanmedizin an österreichischen Universitäten und andererseits in der demografischen Entwicklung. So beginnen Ärztinnen und Ärzte der Babyboomer-Generation verstärkt in Pension zu gehen. Damit steigt die Nachbesetzungsrate erheblich an – und das bei einer deutlich geringeren Anzahl von Absolventinnen und Absolventen an den Medizinuniversitäten.

4. Ansätze für innovative Versorgungsmodelle

Ausgehend von den mit dem Kirchdorfer Pädiatrie-Modell gewonnenen Erkenntnissen werden in diesem Kapitel weiterführende Überlegungen für innovative und verschränkte Versorgungsmodelle angedacht. Dabei ist zunächst eine noch weitergehende Betrachtung und Analyse der Rahmenbedingungen vorzunehmen.

4.1. Analyse der bestehenden Rahmenbedingungen

Aufgrund der sektoralen Trennung des niedergelassenen und des Spitalsbereichs haben sich Parallelstrukturen (Personal, Ausstattung, medizintechnische Geräte, Räumlichkeiten) entwickelt. Gefördert wird diese Entwicklung auch durch den offenen und uneingeschränkten Zugang von Patientinnen und Patienten zu allen Versorgungsstufen, häufig mitverursacht auch durch die mangelnde Transparenz im Gesamtsystem. Zudem ist die in beiden Bereichen verfügbare Infrastruktur in den Tagesrandzeiten und an Wochenende häufig ungenutzt. Auch Wahlärztinnen und -ärzte sowie nicht ärztliche Fachkräfte wie z.B. PhysiotherapeutInnen halten Infrastruktur vor. Die z.Tl. mangelhafte Gesundheitskompetenz und das zu gering ausgeprägte Selbstmanagement der Bevölkerung begünstigen Fehlentwicklungen an den Systemschnittstellen.

- Insgesamt verursachen diese Parallelstrukturen
- gesamt gesehen hohe Systemkosten,
- schwierige Koordination, Aufeinander-Abstimmung und Kommunikation (z.B. Versorgung an den Randzeiten),
- erschwerte multiprofessionale Zusammenarbeit,

- komplexe und häufig nicht kompatible Kommunikationsstrukturen zwischen den Leistungsanbietern,
- Primärversorgungsleistungen, die oftmals unnötigerweise in höherwertigen Versorgungsstrukturen wie z.B. in den Spitalsambulanzen erbracht werden,
- aus medizinischer Sicht vermeidbare Behandlungen in Spitälern,
- zunehmende Fragmentierung und Spezialisierung der Leistungsanbieter und damit
- eine erschwerte Kundenorientierung (wer ist die richtige Anlaufstelle für die Patientin/den Patienten),
- vermehrte Arbeitslast der Anbieter durch fehlende Teamarbeit sowie erhöhter Bürokratieaufwand,
- Honorierungsmodelle, die Anreize zu sektoralen Optimierungen oder die Optimierung von Einzelinteressen an Stelle der Bedarfs- und Bedürfnisorientierung setzen.

Hingegen haben sich die Anforderungen der Systempartner, die Bedürfnisse der Menschen und die Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem in den letzten Jahren jedoch erheblich verändert. Beispielhaft seien genannt:

- der deutlich zunehmende Frauenanteil in der Ärzteschaft,
- der verstärkte Wunsch nach flexibleren Arbeitszeiten bei den Leistungsanbietern,

veränderte Erwartungen und Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten,

- der Wunsch nach mehr Vernetzung und neuen Zusammenarbeitsformen bei den Leistungsanbietern,
- die Erwartungshaltung der Ärztinnen und Ärzte zur Steigerung der Attraktivität des Berufs der Allgemeinmedizinerin/des Allgemeinmediziners.

4.2. Zielsetzungen und Chancen neuer innovativer Versorgungsmodelle

Aus der beschriebenen Analyse der bestehenden Rahmenbedingungen und der Erwartungshaltung der Systempartner und der Bevölkerung lassen sich folgende Zielsetzungen und zugleich Chancen für neue innovative und verschränkte Versorgungsmodelle ableiten:

- die Verschränkung bestehender Angebote und die bessere Vernetzung zwischen den Systempartnern,
- die Neugestaltung und auch Reduktion von redundanten Strukturen und Kosten, so z.B. für Räumlichkeiten, Sprechstundenhilfen, Büro- und IT-Ausstattung können auf mehrere Partner aufgeteilt werden,
- eine höhere Kundenorientierung durch „Behandlung aus einer Hand“, durchgehende persönliche Betreuung (die zuweisende Ärztin / der zuweisende Arzt operiert macht Eingriffe, vergibt Termine in der Ordination),
- die nachhaltige Sicherung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung,
- die Attraktivierung des Arztberufs, insbesondere in ländlichen Regionen zur Begegnung des bereits latenten und in den kommenden Jahren stärker spürbaren Ärztemangels,
- ein effizienterer Mitteleinsatz bzw. eine optimalere Ressourcennutzung insbesondere der Infrastruktur,
- die Lenkung der Patientenströme in richtige und adäquate Versorgungsformen,
- damit die Vermeidung unnötiger und unkoordinierter Arzt- bzw. Krankenhausbesuche,
- den Aufbau und die Sicherstellung durchgängiger Versorgungsketten im Gesundheits- und Sozialbereich und die Unterstützung bei der Orientierung,
- wohnortnahe Versorgung mit flexibleren Ordinationszeiten sowie ganzjähriger Betrieb ohne urlaubs- bzw. krankheitsbedingte Schließungen,
- die Verbesserung der Zugänglichkeit zur Primärversorgung (sowohl räumlich als und auch zeitlich),
- die Stärkung von gesundheitsfördernden und krankheitsvorbeugenden Maßnahmen in der Primärversorgung und im Spitalsbereich,

- die Erleichterung und Unterstützung der Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den verschiedenen Gesundheits- und Sozialberufen,
- die weitere Verbesserung lebensphasenorientierter Arbeitszeitmodelle und Rahmenbedingungen für die Gesundheitsberufe,
- Anreiz für künftige Fachärztinnen und Fachärzte, im Spital weiterzuarbeiten und damit Bindung an das Spital sowie die Region,
- die Weiterentwicklung praxisbezogener Ausbildung für die Gesundheitsberufe,
- Einbeziehung der Lehrpraxis,
- fachlicher Austausch zwischen den ÄrztInnen samt gemeinsamer Diskussion schwieriger Fälle,
- gesicherte laufende Fortbildung der beteiligten ÄrztInnen durch die Weiterbildung im Spital,
- Einbeziehung von Anreizen zur Gesundheitsförderung, Prävention und effektiven Leistungserbringung in der Primärversorgung durch die Neugestaltung der Honorierungsmodelle,
- der Wissensaufbau über Wirksamkeit von Behandlungen und Versorgungsabläufen samt der Evaluierung dieser neuen innovativen Versorgungsmodelle.

4.3. Eckpunkte für weitere neue innovative Versorgungsmodelle

Vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen aus dem erfolgreichen Kirchdorfer Pädiatrie-Modell, den daraus gewonnenen Erkenntnissen (siehe dazu insbesondere Kapitel 3.3.4.) und der vorhin analysierten Rahmenbedingungen unterstützt und forciert die gespag als einziger Flächenversorger im Spitalsbereich in Oberösterreich (siehe dazu *Abbildung 1*) die Entwicklung weiterer innovativer und verschränkter Versorgungsmodelle. Konkret im Fokus der gespag stehen dabei gemeinsam mit den Systempartnern und den beteiligten Professionen (ärztliche und nicht ärztliche Berufe) zu entwickelnde Modelle wie z.B.

- generell Schaffung von Best-Point-of-Service-Einrichtungen (BPoS) nach der Bundeszielsteuerung³⁰ bzw.

30 a.a.O.

- wie Primärversorgungsmodelle (Primary Health Care bzw. PHC-Modelle) im Sinne der Bundes- und Landeszielsteuerung³¹ als erste Patienten-Anlaufstelle und Koordinierungsstelle zwischen Spital und niedergelassenem Bereich organisiert werden können,
- Überlegungen, wie weitere innovative (verschränkte) Versorgungsformen an bzw. in der Nähe der gespag-Klinik-Standorte³² in geeigneter Weise gestaltet werden können (Gruppenpraxismodelle oder Ambulatorien im Sinne des Best-Point-of-Service-Prinzips),
- multiprofessionelle Versorgungsformen im ambulanten Bereich bzw. spezialisierte ambulante Versorgungsstufen,
- Triage-/Filterordination als Nahtstelle zum Krankenhaus mit Akutambulanz mit angepassten Öffnungszeiten.

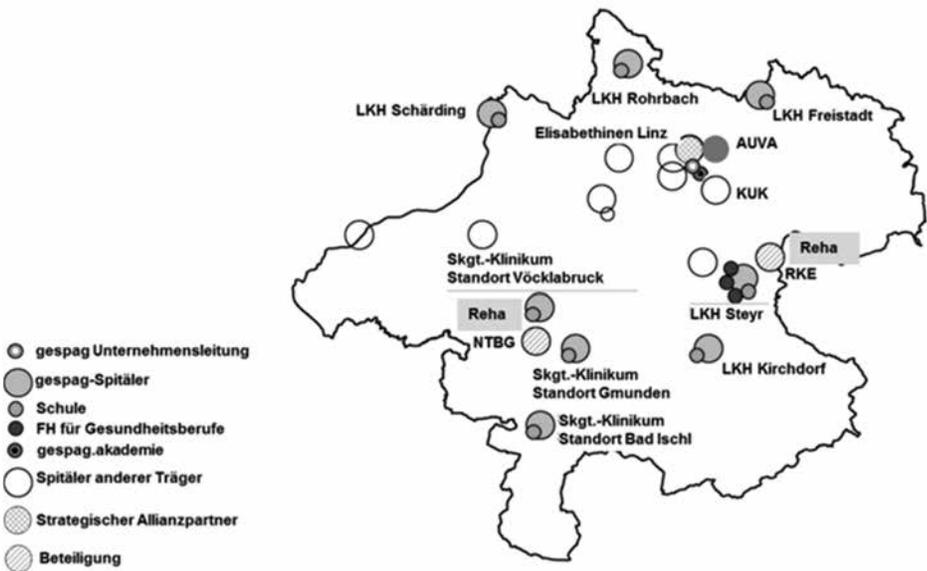


Abbildung 1: Standorte der gespag

31 „Das Team rund um den Hausarzt“-Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. a.a.O.

32 Vgl. a.a.O., S. 18

Durch die Einrichtung solcher Modelle im bzw. in unmittelbarer Nähe zum Spital

- kann die in der Evaluierung des Kirchdorfer Pädiatrie-Modells bemängelte räumliche Trennung von Ordination und Krankenhaus überwunden werden,
- müssen die am Modell beteiligten Ärztinnen und Ärzte beim Wechsel zwischen Spital und Ordination nicht das Krankenhaus verlassen,
- sind vom Spital benötigte Leistungen bzw. Befunde rascher verfügbar,
- entfallen Wege für Patientinnen und Patienten zwischen der Ordination und dem Spital und
- kann insbesondere auch der im Ausbildungsbereich für junge ÄrztInnen angesprochene nachteilige Effekt durch den Wegfall von Erstbegutachtungsfällen gelöst werden.

Alle Punkte, die sowohl der Angebotsseite (Ärztenschaft) als auch der Nachfrageseite (Bevölkerung, Patientinnen und Patienten) qualitativ und organisatorisch entgegenkommen. Ökonomisch betrachtet gibt es durch die Möglichkeit der Nutzung bestehender Infrastruktur und deren besserer Auslastung sowie auch der Identität der im Spital wie in der Ordination tätigen Ärztinnen und Ärzte jedenfalls Synergiepotenziale, die bei entsprechender Hebung die Nachteile der Parallelstrukturen beseitigen helfen können.

Bei der Realisierung und Weiterentwicklung innovativer Modelle ist besonders auf fördernde (+) bzw. u.U. hemmende (−) Faktoren Rücksicht zu nehmen:

- + Gesundheits- und Spitalsreformen auf Bundes- und Landesebene,
- + Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung bzw. Kommitment der Politik,
- + hoher Kosten- und Reformdruck für Bund/Länder/Gemeinden,
- + Bewusstseinsbildung, dass Verschränkungsmodelle ein Mittel für mehr Flexibilität der dort tätigen Berufsgruppen sein können (z.B. Teilzeitbeschäftigung in Gruppenpraxen bzw. verschränktem innovativem Modell),
- − möglicher Eingriff in bestehende Strukturen,
- − die Modelle brauchen klare vertragliche Regelungen (z.B. Gesellschaftervertrag) hinsichtlich Leitung, Entscheidungsfindung, Vertretungen, Ausstiegsszenario, Nachfolgeregelung, Verrechnungsfragen, medizinische Verantwortlichkeit, wirtschaftliche Haftung usw.

Grundvoraussetzung für das Gelingen der beschriebenen Modelle ist ohne Zweifel ein offener Lösungszugang, der sich sowohl an den Bedürfnissen der zu versorgenden Bevölkerung als auch der handelnden Personen im System orientiert:

- die Bereitschaft aller Systempartner, an gemeinsamen Lösungen mitzuarbeiten,
- die notwendige Flexibilität bei der organisatorischen Ausgestaltung der Modelle,
- die Bereitschaft, eingefahrene Strukturen zu verlassen und
- die notwendige Flexibilität und Kreativität bei der Finanzierung solcher Modelle.

Abkürzungsverzeichnis

BPoS	Best Point of Service
bzw.	beziehungsweise
D.h.	das heißt
gespag	OÖ Gesundheits- und Spitals-AG
IT	Informations-Technologie
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OÖÄK	Ärztelkammer für Oberösterreich
OÖ	Oberösterreich
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
PHC	Primary Health Care
u.U.	unter Umständen
z.Tl.	zum Teil

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Standorte der gespag

Hon.-Prof. KAD Dr. Felix Wallner

Kammeramtsdirektor der Ärztekammer für Oberösterreich

Grundsätzliche Überlegungen zur Vernetzung niedergelassener Ärzte

1. Ärztliche Kooperation	79
2. Freiwilligkeit der Zusammenschlüsse	80
3. Die Wahl der Rechtsform muss den Beteiligten überlassen werden	81
4. Ärztliche Kooperationsformen auch in ländlichen Gegenden ermöglichen	82
5. Auch Vernetzungen müssen geplant erfolgen	83
6. Generationenfairness	83
7. Leistungsorientierung im Honorarsystem	84
8. Finanzierungsbeteiligung der öffentlichen Hand	85
9. Investitionsschutz	85
10. Beteiligung von Nicht-Ärzten?	86
11. Keine Konkurrenzierung durch öffentlich finanzierte Einrichtungen	87
12. Einbindung ambulanter Kooperationsformen in den Gesamtvertrag	87

1. Ärztliche Kooperation

2001 wurde nach langer Diskussion die ärztliche Gruppenpraxis in die österreichische Rechtsordnung eingeführt. Die zweite ÄrzteG-Novelle, BGBl I 2001/110, ermöglichte Ärzten erstmals den Zusammenschluss im Rahmen einer Außengesellschaft, nämlich im Rahmen einer OG. In einem weiteren Schritt wurde 2010 durch das Bundesgesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung (BGBl I 2010/61) Ärzten auch die Möglichkeit eröffnet, eine Gruppenpraxis im Rahmen einer GmbH zu betreiben. Parallel dazu schuf die 58. ASVG-Novelle, BGBl I 2001/99, die Möglichkeit, mit Gruppenpraxen Kassenverträge abzuschließen. Auf dieser Rechtsgrundlage hat sich seither in Österreich eine nennenswerte Anzahl von Gruppenpraxen gebildet, allerdings bleibt das Ausmaß offenbar hinter den politischen Erwartungen zurück. Dass es nicht mehr ärztliche Gruppenpraxen gibt, liegt nicht daran, dass eine ausreichende Rechtsgrundlage fehlen würde. Der Grund ist wohl vor allem darin zu suchen, dass ein Ausbau des extramuralen Bereiches und damit eine Leistungsausweitung auch eine entsprechende Finanzierung voraussetzt. Wegen der seit vielen Jahren kritisierten, aber nichtsdestotrotz weiterhin bestehenden Finanzierungskonkurrenz zwischen intra- und extramuralen ambulanten Leistungen (erstere werden im Wesentlichen über die Länder finanziert, letztere über die Sozialversicherungsträger) führt jeder Anstoß zu einem Ausbau des extramuralen ambulanten Versorgungsangebotes zu altbekannten Finanzierungsdiskussionen. Die Sozialversicherungsträger haben kein Interesse, in leistungsfähige ärztliche Zusammenschlüsse zu investieren, weil sie eine Auslagerung von Leistungen aus den Spitalsambulanzen und damit eine Kostenverschiebung zu ihren Lasten befürchten, die Länder wollen zwar den Spitalsaufwand dämpfen, sind in der Regel aber auch nicht bereit, zur Finanzierung des extramuralen Leistungsangebotes beizutragen.

In der jüngsten Vergangenheit ist aber trotzdem ein bemerkenswerter Sinneswandel festzustellen. Sowohl die Gesundheitspolitik als auch die gesetzlichen Sozialversicherungsträger scheinen zunehmend bereit zu sein, in vernetzte extramurale ärztliche Strukturen zu investieren. Dahinter steht wohl nicht nur die Überlegung, damit das extramurale Versorgungsangebot zu verbessern. Angesichts der erheblichen Probleme, Kassenordinationen nachzubesetzen, geht es den Sozialversicherungsträgern wohl vor allem auch darum, die zur Verfügung stehende und immer knapper werdende Personalressource „Arzt“ in einer möglichst sinnvollen und effizienten Struktur einzusetzen. Dieses Anliegen trifft durchaus auch auf Interesse der Ärzteschaft. Gerade die jüngere Generation von Ärzten ist immer stärker an Kooperationen interessiert. Dies hängt möglicherweise mit

der zunehmenden Bereitschaft zusammen, in Teams zu arbeiten. Der Wunsch nach Kooperationsmöglichkeiten entsteht aber sicherlich auch aus Berufs- und Lebenskonzepten, die sich von früheren Zeiten unterscheiden. Immer mehr Ärzte wollen zwar im extramuralen Bereich tätig sein, aber nicht die volle Unternehmerverantwortung und den vollen Zeitaufwand einer Ordination auf sich nehmen und suchen daher entsprechende Kooperationspartner.

Gerade im Hinblick auf die jüngeren Diskussionen um ein „PHC-Gesetz“ ist allerdings festzuhalten, dass die derzeitigen Rechtsgrundlagen völlig ausreichen und kein Bedarf an neuen Regelungen besteht. Wenn man sich die bisher vorliegenden Absichtserklärungen zum PHC-Gesetz ansieht, wird auch klar, dass es dabei nicht um die Stärkung des extramuralen Bereiches und die Verbesserung von Vernetzungsmöglichkeiten geht, sondern darum, die Balance des Kassensystems zugunsten der Sozialversicherungsträger zu kippen. Wenn man aber wirklich daran interessiert ist, Barrieren für die Vernetzung niedergelassener Arztordinationen wegzuräumen, muss man akzeptieren, dass die extramurale Medizin in Österreich nicht von einem verstaatlichten System angeboten wird, sondern von selbständigen Unternehmern, die mit ihrer Ordination eine wirtschaftliche Einheit führen, für die sie verantwortlich sind. Man wird daher akzeptieren müssen, dass Vernetzungen nicht zwangsweise aufoktroiert werden können, sondern dass es vielmehr politischer Anreize bedarf, um Kooperationen zwischen niedergelassenen Ärzten zu stimulieren. Aus Sicht des Autors sind dabei folgende Grundsätze zu beachten:

2. Freiwilligkeit der Zusammenschlüsse

Der extramurale Bereich ist in Österreich mittlerweile einigermaßen flächendeckend mit Kassenverträgen abgedeckt. Auch von Seiten der Sozialversicherungsträger wird daher immer wieder betont, dass Kooperationen nicht zusätzlich zu den bestehenden Strukturen eingeführt werden sollen. Kooperationen sollen vielmehr auf die bestehende Versorgungsstruktur aufgesetzt werden. Neue Strukturen sind daher weitgehend davon abhängig, dass sich bestehende Ordinationen zusammenschließen. Schon aus grundrechtlichen Überlegungen sind diese Kooperationen daher nicht erzwingbar, sondern müssen Gesundheitspolitik und So-

zialversicherung Bedingungen schaffen, die den Zusammenschluss bestehender Praxen attraktiv machen.

Natürlich wäre es auch vorstellbar, Versorgungslücken dadurch abzudecken, dass Kassenstellen von vornherein als Gruppenpraxen ausgeschrieben werden. Wenn die Sozialversicherungsträger allerdings dabei bleiben, keine zusätzlichen Stellen für Gruppenpraxen zu schaffen, bietet sich diese Möglichkeit nur dann an, wenn zeitgleich benachbarte Stellen frei werden und damit schon bei der Ausschreibung der Gruppenpraxis zusammengefasst werden können, was naturgemäß selten der Fall ist. Aber selbst wenn Kassenverträge von vornherein für Gruppenpraxen ausgeschrieben werden, muss ein gewisses Maß an Freiwilligkeit gesichert bleiben. Der Fortbestand einer Gruppenpraxis kann auf Dauer nicht erzwungen werden. Immerhin handelt es sich dabei um selbständige Unternehmen, deren Erfolg davon abhängig ist, dass die Gesellschafter den Willen haben, gemeinsam ein Unternehmen zu betreiben. Kaum ein Arzt wird bereit sein, in eine Gruppenpraxis einzusteigen bzw. eine Gruppenpraxisordination gemeinsam mit anderen aufzubauen, wenn er keine Möglichkeit hat, aus diesem Unternehmen wieder auszusteigen, wenn die Zusammenarbeit mit den anderen Gesellschaftern nicht mehr funktioniert.

Unterm Strich bleibt daher, dass gesundheitspolitische Regelungen zur Forcierung von Ärztenetzungen nur dann erfolgreich sein werden, wenn sie für Ärzte attraktiver sind als die Übernahme oder der Aufbau einer Einzelordination.

3. Die Wahl der Rechtsform muss den Beteiligten überlassen werden

So wie auch sonst im Wirtschaftsleben üblich, muss die Wahl der Rechtsform den Kooperationspartnern überlassen bleiben. Es versteht sich von selbst, dass eine möglichst große Varianz von rechtlich möglichen Zusammenarbeitsformen dazu führen wird, die Anzahl von ärztlichen Zusammenschlüssen zu steigern. Von Seiten des Gesetzgebers wurden bereits die Grundlagen geschaffen, ärztliche Zusammenschlüsse sowohl in Form einer Personengesellschaft (OG) als auch in Form einer Kapitalgesellschaft (GmbH) zu betreiben, was wohl in der Praxis völlig ausreicht. Da das mit ärztlichen Kooperationsformen verfolgte Ziel einer effizien-

enteren Leistungserbringung aber auch durch Kooperationsverträge verwirklicht werden kann, die zu bloßen Innengesellschaften, also nur zu Verpflichtungen zwischen den einzelnen Ärzten, führen, ist es darüber hinaus sinnvoll, auch derartige Kooperationsformen zu unterstützen und in Vernetzungskonzepte miteinzubeziehen.

4. Ärztliche Kooperationsformen auch in ländlichen Gegenden ermöglichen

Traditionell wird bei der Vernetzung niedergelassener Ärzte an einen Zusammenschluss an einem Standort gedacht. Tatsächlich ergibt aber auch die Zusammenarbeit in ländlichen Bereichen Sinn. Sie ermöglicht vor allem einen effizienteren Einsatz der Ressource „Arzt“. Es gibt eine nicht unerhebliche Anzahl von Ärzten, die sich zwar für Landarztpraxen interessieren, aber die damit verbundenen örtlichen und zeitlichen Einschränkungen scheuen. Zusammenschlüsse würden es ermöglichen, dass Ärzte, die vor Ort und bereit sind, sich überdurchschnittlich in die Patientenversorgung einzubringen, wenn es die Rabatt- und Limitierungsbestimmungen der Krankenversicherungsträger erlauben würden, mit Ärzten zusammenarbeiten könnten, die nicht die volle Last einer Ordination übernehmen wollen. Dadurch würde für alle Beteiligten eine Win-win-Situation entstehen. Ärzte, die ein besonders hohes Engagement einbringen wollen, wären nicht durch Verrechnungseinschränkungen daran gehindert. Ärzte, die nur in einem begrenzten Zeitumfang tätig sein möchten, müssen nicht die volle Verantwortung für das Versorgungsgebiet übernehmen und für die Patientenversorgung stünden mehr ärztliche Ressourcen zur Verfügung, was die Gefahr unbesetzbarer Landarztstellen reduziert. Standortübergreifende Vernetzungen (die sowohl als Innengesellschaften gegründet werden könnten als auch als OGs oder GmbHs) hätten außerdem den Vorteil, dass die beteiligten Ärzte Öffnungszeiten und Leistungsspektrum besser aufeinander abstimmen und damit insgesamt die Versorgungsqualität in einer Region anheben könnten.

5. Auch Vernetzungen müssen geplant erfolgen

Das Ziel einer flächendeckenden Versorgung mit Kassenärzten kann nur erreicht werden, wenn Niederlassungen geplant erfolgen. Dies geschieht in Form eines Stellenplans, der zwischen der Landesvertretung der Ärzte und den Kassen vereinbart wird. Vernetzungen von Ärzten müssen genauso geplant werden wie Einzelordinationen. Es macht in peripheren Regionen wenig Sinn, Ärztezusammenschlüsse an einem Standort zu forcieren, weil dann zwar die Öffnungszeiten ausgeweitet werden können, aber die Wege viel länger werden. Bei der Zulassung von ärztlichen Kooperationen muss auch darauf geachtet werden, dass dadurch nicht Einzelordinationen ihre wirtschaftliche Grundlage verlieren. Es wird weiterhin sowohl im städtischen Bereich als auch vor allem am Land gute Gründe dafür geben, dass Einzelordinationen eine wichtige Versorgungsfunktion bewahren. Bei der Planung muss daher darauf Rücksicht genommen werden, dass diese nicht einem Verdrängungswettbewerb mit ärztlichen Kooperationen ausgesetzt sind.

6. Generationenfairness

Da die Kassen als Monopolanbieter auftreten, müssen Kassenverträge nach objektiven Kriterien ausgeschrieben werden. Einzelordinationen haben aus der Sicht der jungen Ärztegeneration den Vorteil, dass sie von vornherein mit der aktiven Berufslaufbahn des Kassenarztes begrenzt sind und daher nach Pensionierung des Kassenarztes wieder für junge Ärzte zur Verfügung stehen. Wenn Kassenordinationen in Form von gesellschaftsrechtlichen Zusammenschlüssen betrieben werden, besteht hingegen für nachrückende Ärzte die Gefahr, dass Kassenverträge nicht mehr objektiv ausgeschrieben werden, sondern dass es im Belieben der Gesellschafter einer Ärztekooperation liegt, zu welchen Bedingungen sie im Falle eines Ausscheidens eines Arztes einen neuen Gesellschafter aufnehmen. Hier ist einerseits zu berücksichtigen, dass den Betreibern einer Ärztegesellschaft natürlich nicht zugemutet werden kann, einen neuen Gesellschafter aufzunehmen, mit dem sie nicht zusammenarbeiten wollen und können. Auf der anderen Seite muss darauf geachtet werden, dass trotzdem ein objektiv geregelter Zugang zu Kassen-

verträgen aufrecht bleibt. Vor allen Dingen aber muss vor allem für Zeitperioden, in denen ein Überhang an Nachfrage nach Kassenstellen besteht, sichergestellt sein, dass der frei werdende Anteil am Kassenvertrag zu einem fairen Preis weitergegeben wird. Es ist auf der einen Seite verständlich, dass der ausscheidende Gesellschafter dafür entschädigt werden möchte, dass ein Nachrückender in einen bereits aufgebauten und laufenden Betrieb einsteigen kann. Auf der anderen Seite darf es zu keiner Lizitation um Kassenverträge bzw. Anteile daran kommen. Es muss daher auf kollektiver Ebene im Gesamtvertrag sichergestellt werden, dass die Übergabebedingungen auch bei Weitergabe von Anteilen einer Kassengruppenpraxis fair bleiben.

7. Leistungsorientierung im Honorarsystem

Über Jahrzehnte waren die Krankenversicherungsträger vor allem bemüht, Überarztung, also das Anbieten unnötiger ärztlicher Leistungen dadurch zu vermeiden, dass sie durch Pauschalierungen und Limitierungen Mehrleistungen unattraktiv bzw. betriebswirtschaftlich unmöglich gemacht haben. Mittlerweile haben sich die Zeiten insoweit geändert, als die Versicherten darauf angewiesen sind, dass die immer geringere Zahl von Ärzten bereit ist, eine zunehmende Arbeitsbelastung auf sich zu nehmen. Erklärtes Ziel von ärztlichen Kooperationsformen ist es ja auch, den Einsatz ärztlicher Arbeitskraft effektiver zu machen, um Versorgungslücken zu schließen. Es ist daher kontraproduktiv, für ärztliche Kooperationsformen spezielle Limitierungsbestimmungen oder sogar Pauschalien einzuführen, weil damit das angestrebte Wirkungspotenzial wieder zunichte gemacht wird.

8. Finanzierungsbeteiligung der öffentlichen Hand

Mit der Forcierung von ärztlichen Kooperationsformen verbunden ist die Zielsetzung, Spitalsambulanzen zu entlasten und Leistungen in den extramuralen Bereich zu transferieren. Tatsächlich sind es nicht fehlende Rechtsgrundlagen oder das Desinteresse der Ärzte an Kooperationsformen, die das Entstehen von ärztlichen Zusammenschlüssen behindern. Das Hauptproblem liegt darin, dass die Sozialversicherungsträger für Spitalsleistungen nur einen Pauschalbetrag entrichten, der sich bei Auslagerung von Leistungen nicht automatisch reduziert, sodass die Auslagerung von Leistungen aus Sicht der Sozialversicherungsträger zu einem Mehraufwand führt. Die Sozialversicherungsträger haben daher die Errichtung von Gruppenpraxen in der jüngeren Vergangenheit nicht forciert, sondern teilweise sogar durch scharfe Rabattierungsregelungen behindert. Vertreter der Sozialversicherungsträger betonen auch immer wieder, dass ein Ausbau der extramuralen Leistungen nur dann möglich ist, wenn „Geld der Leistung folgt“, also öffentliche Mittel der Länder zur Finanzierung dieser Leistungen beitragen. Der Erfolg von Zusammenschlüssen im ärztlichen Bereich und die damit erwartete Steigerung des Leistungspotenzials des extramuralen Bereiches werden daher davon abhängig sein, dass die wesentlichen Finanzierer im Gesundheitssystem, also die Länder und die Sozialversicherungsträger, einen Konsens darüber finden, in welchem Ausmaß sie sich an der Stärkung dieser Leistungen beteiligen.

9. Investitionsschutz

Einzelordinationen und traditionelle Gruppenpraxen haben aufgrund des Sozialversicherungsrechts einen erhöhten Kündigungsschutz. Ihre Verträge können nur aus sachlichen Gründen aufgelöst werden. Dieser Kündigungsschutz erklärt sich daraus, dass von niedergelassenen Ärzten als eigenständige Unternehmer Investitionen erwartet werden, die auf die lokal zu versorgenden Kassenpatienten zugeschnitten sind und im Falle einer Kündigung in der Regel wertlos werden. Der Gesetzgeber hat sich entschlossen, den Bestand von Kassenverträgen besonders zu schützen, um sicherzustellen, dass im Interesse der Patientenversorgung die entsprechenden Investitionen getätigt werden. Dieser Investitionsschutz muss

natürlich in noch höherem Ausmaß für ärztliche Zusammenschlüsse gelten. Gerade von diesen wird ja erwartet, dass sie noch mehr als Einzelordinationen in ihre Infrastruktur investieren sollen. Bietet man keinen Einzelordinationen den gleichwertigen Kündigungsschutz, werden die Ärzte nicht bereit sein, im gesundheitspolitisch gewünschten Ausmaß langfristige Investitionen durchzuführen.

10. Beteiligung von Nicht-Ärzten?

Im Zusammenhang mit ambulanten Kooperationsformen wird auch regelmäßig die Beteiligung nicht ärztlicher Gesundheitsberufe an den Gesellschaften, aber auch die Beteiligung von bloßen Kapitalgebern diskutiert. In der Diskussion wird dabei übersehen, dass die berufs- und die gesellschaftsrechtliche Seite auseinandergehalten werden muss. Inwieweit die Angehörigen von Gesundheitsberufen verpflichtet sind, untereinander Anordnungen zu befolgen bzw. gegenseitige Aufsichtspflichten haben, ist in den jeweiligen Berufsgesetzen geregelt. An diesen Verantwortlichkeiten würden sich auch nichts ändern, wenn Angehörige unterschiedlicher Gesundheitsberufe gemeinsam eine Gesellschaft betreiben. Zu erinnern ist in diesem Zusammenhang an das Apothekenrecht. § 12 ApothekenG ermöglicht zwar den Betrieb einer öffentlichen Apotheke in der Rechtsform einer Personengesellschaft. Diese Vorschrift stellt aber gleichzeitig sicher, dass der Apotheker über eine Beteiligung am gesamten Apothekenunternehmen von mehr als der Hälfte verfügt und dass dem Apotheker ausschließliche Geschäftsführungs- und Vertretungsbefugnis zukommen müssen. Auch bei Ärztegesellschaften wäre es daher undenkbar, das Berufsrecht gesellschaftsrechtlich „nachzusteuern“. In Ärztegesellschaften müssen, auch wenn Nicht-Ärzte daran beteiligt sind, die ärztegesetzlichen Verantwortungen gewahrt bleiben und daher die Entscheidungsbefugnisse in medizinischen Fragen ausschließlich den ärztlichen Gesellschaftern übertragen bleiben. Die Beteiligung von Nicht-Ärzten würde daher nur als Kapitalgeber Sinn machen. Da eine Kapitalbeteiligung als Gesellschafter in der Regel mit einem höheren Risiko verbunden ist als als bloßer Kreditgeber, würden allerdings Nicht-Ärzte, die sich an einer Gesellschaft beteiligen, von einer höheren Renditeerwartung ausgehen als Kreditgeber, auf die der Arzt bzw. die Ärzte einer Ärztekooperation am Finanzmarkt zugreifen könnten. Die Beteiligung von Nicht-Ärzten an ärztlichen Gesellschaften würde daher tendenziell den Aufwand erhöhen und damit diametral dem gesundheitspolitischen Anliegen entgegenlaufen, durch Kooperationsformen ärztliche Leistungen effizienter zu machen.

11. Keine Konkurrenzierung durch öffentlich finanzierte Einrichtungen

Nach der Grundkonzeption des Kassenarztwesens soll die extramurale Medizin durch Gesundheitsberufe, insbesondere Ärzte, erbracht werden, die selbständig unternehmerisch tätig sind. Ärzte (und gleichermaßen andere selbständig tätige Gesundheitsberufe) müssen sich dabei ausschließlich aus ihren Honoraren finanzieren und haben keinerlei Anspruch auf Abdeckung allfälliger Abgänge aus öffentlichen Mitteln. Dies im Unterschied zu öffentlichen Krankenanstalten oder Kassenambulatorien, die ohne unternehmerisches Risiko arbeiten, weil letztlich Defizite durch Steuern oder Sozialversicherungsbeiträge ausgeglichen werden. Der Gesetzgeber hat daher öffentlichen Krankenanstalten und Kassenambulatorien nur dann die Möglichkeit zugestanden, ambulante Leistungen zu erbringen, wenn diese nicht durch die bestehende Struktur der niedergelassenen Ärzteschaft abgedeckt werden können. Kooperationsformen, die ambulante Leistungen erbringen, müssen daher weiterhin auf eine subsidiäre Funktion beschränkt bleiben, weil es andernfalls zu einer auch europarechtlich problematischen Konkurrenzierung privater Unternehmer durch öffentlich finanzierte Einrichtungen kommt.

12. Einbindung ambulanter Kooperationsformen in den Gesamtvertrag

Die Sozialversicherungsgesetze sehen schon seit ihrer Stammfassung vor, dass die Arbeitsbedingungen und Honorare der niedergelassenen Ärzte durch einen Gesamtvertrag geregelt werden, der zwischen den Krankenversicherungsträgern und den Ärztekammern abgeschlossen wird. Dahinter steht die Überlegung, dass dem Nachfragemonopol der gesetzlichen Krankenversicherungsträger ein gleichwertiger Verhandlungspartner gegenübergestellt werden muss, um im In-

teresse der Versorgung der Patienten den Verhandlungsdruck des Monopolisten abzuschwächen. Faktisch sind die Verhandlungspositionen auch so aufgeteilt, dass die Krankenversicherungsträger, die vorrangig an ihrem wirtschaftlichen Erfolg gemessen werden, vor allem daran interessiert sind, Leistungen möglichst billig einzukaufen und daher primär die Preiskomponente im Auge haben. Auf der anderen Seite sind es die Ärztevertreter, die Interesse an einem möglichst breiten Leistungsspektrum in der ambulanten Medizin haben und daher eine Ausweitung des Leistungsangebotes anstreben. Kippt die Balance zwischen den Verhandlungspartner daher zugunsten der Krankenversicherungsträger und setzen diese einseitig ihre Interessen durch, hat dies nicht nur für die Ärzte, sondern auch für die Versicherten negative Konsequenzen, weil dann das Korrektiv fehlt, das die Versicherungen zum Ausbau und zur Modernisierung der extramuralen Leistungen zwingt. Eine ausgewogene Verhandlungsposition liegt ja nicht nur im Interesse der Ärzte, sondern auch im Interesse der zu versorgenden Bevölkerung. Diese Balance der Verhandlungsstärke gründet sich nicht nur darauf, dass die Tarife kollektiv ausverhandelt werden. Die Balance ergibt sich vor allem daraus, dass die Aufrechterhaltung des Sachleistungssystems an sich schon davon abhängig ist, dass ein Konsens und damit ein Gesamtvertrag zustande kommt. Ein ausgewogener Gesamtvertrag setzt einerseits voraus, dass beide Partner kompromissfähig, auf der anderen Seite aber gleichem Druck ausgesetzt sind, zu einem Kompromiss zu kommen. Auf Kassenseite entsteht dieser Druck gerade dadurch, dass die Versicherten großes Interesse an der Aufrechterhaltung des Sachleistungssystems haben, was wieder wesentlicher Antrieb für die Kassen ist, zu einem Vertragsabschluss mit den Ärzten zu kommen. Dieser Druck bricht weg, wenn es den Kassen möglich ist, am Gesamtvertrag vorbei individuelle Vereinbarungen mit konkurrenzierenden Leistungsanbietern abzuschließen. Da eine Zerstörung der Verhandlungsbalance nicht nur für die Ärzte unzumutbar ist, sondern auch für die Bevölkerung gravierende negative Konsequenzen hätte, müssen ärztliche Kooperationsformen gleichermaßen wie Einzelordinationen im Rahmen von Gesamtverträgen zwischen den Kassen und den Ärztekammern vollinhaltlich und umfassend geregelt werden.

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 Wunschvorstellungen 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 PCH 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 Allgemeinmedizinern.⁴⁷ Diese Ergebnisse replizieren Kringos et al. (2013) anhand verlängerter 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 un gelenkte 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)

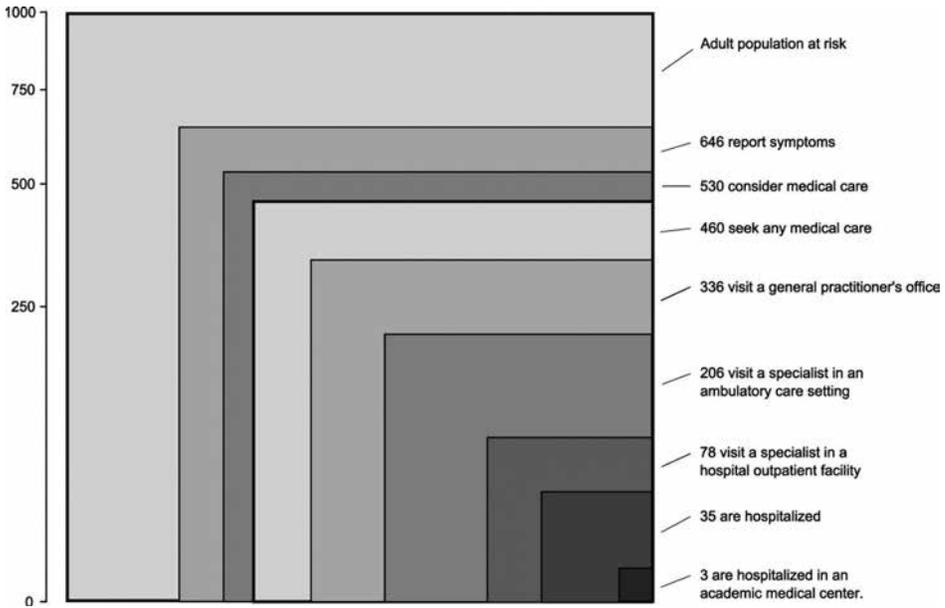


Abbildung 1: Freier Zugang zum Gesundheitswesen⁵⁸

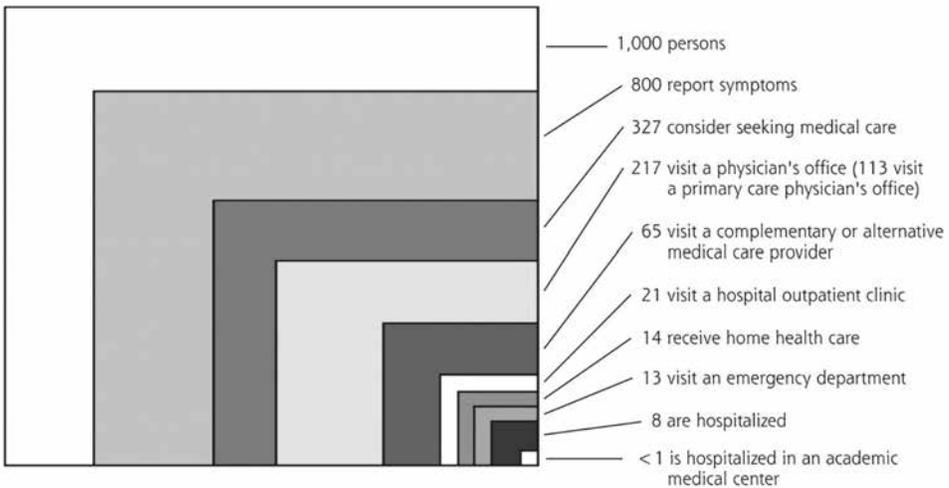


Abbildung 2: Zugang in den USA⁵⁹

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-Zielsteuergesetz

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, enpxenditures, 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)
- Ärztemagazin 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

Thomas Bergmair

Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung

Primärversorgung in Europa

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

1. Deutschland	112
2. Norwegen	115
3. Großbritannien	117
4. Niederlande	120
5. Dänemark	125
6. Belgien	128

Der vorliegende Beitrag gewährt einen Einblick in die Primärversorgungsstrukturen europäischer Länder mit unterschiedlich ausgeprägter Primärversorgung. Interessanterweise zeichnen sich länderübergreifend oftmals sehr ähnliche Probleme im Gesundheitswesen ab. Probleme, die man in Österreich durch eine Stärkung der Primärversorgung (PV) zu lösen hofft, bestehen in Ländern mit stark ausgeprägter Primärversorgung nach wie vor. In ganz Europa ist man auf der Suche nach Strategien, dem demografischen Wandel und seinen Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme zu begegnen. Ebenso zeichnet sich über die Grenzen der Länder hinweg ein einheitlicher Trend eines ärztlichen Nachwuchsproblems ab. Dieser Beitrag zeigt die unterschiedliche Herangehensweisen europäischer Staaten und ihrer Sozialsysteme an die Herausforderungen der Gesundheitspolitik auf.

1. Deutschland

Charakteristisch für das deutsche Primärversorgungswesen ist die hohe Anzahl an Arztbesuchen. Mit etwa 18 Arztkontakten pro Jahr und Kopf erweisen sich die Deutschen als leidenschaftliche Arztbesucher. Ein Hausarzt behandelt dabei im Durchschnitt 34 Patienten pro Tag, was eine durchschnittliche Konsultationsdauer von etwa 8 Minuten zulässt. Die Zahl der Arztbesuche nimmt mit dem Alter zu.⁹⁵

1.1. Medizinische Fachangestellte

Einer stetig schrumpfenden Zahl an primärversorgungswirksamen Ärzten stehen immer komplexere Bedürfnisse der Patienten gegenüber. Daher wurde der Kompetenzbereich medizinischer Fachangestellter in der Vergangenheit auf anspruchsvollere medizinische Aufgaben ausgeweitet.⁹⁶ Mit der Zusatzausbildung zum Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis (VERAH) wurde eine zusätzliche Qualifizierung für medizinische Fachangestellte geschaffen. Neue Vergütungsmechanismen erlauben es, die Anstellung derartiger Fachkräfte auch in Rechnung zu stellen.^{97,98,99,100}

1.2. Ärztenetze

Modelle integrierter Versorgung sind bestrebt, die sektorale Abschottung im Gesundheitsbereich durch ein integriertes System zu ersetzen. Aus diesem Grund bildeten sich in Deutschland zu Beginn der 1990er Jahre, nach Schaffung der rechtlichen Rahmenbedingungen, erste Ärztenetzwerke. Man strebt damit nach einer Steigerung der medizinischen Behandlungsqualität, möchte Kooperation fördern und durch ein verbessertes Patientenmanagement überflüssige Doppeluntersuchungen vermeiden, um so größere wirtschaftliche Effizienz zu erreichen.¹⁰¹ Diese Ärztenetze haben sich mittlerweile zu wichtigen Faktoren der ambulanten Versorgung entwickelt. Man schätzt ihre Zahl deutschlandweit auf etwa 700.¹⁰²

95 Gerlach, Szecsesenyi (2014)

96 Freund et al. (2015)

97 <https://www.verah.de/>

98 Freund et al. (2015)

99 <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=192>

100 Karsch-Völk, Kamps, Schneider (2010)

101 Schweighofer (2015)

102 Versorgungsforschung (2009)

1.3. MVZ (medizinische Versorgungszentren)

Seit dem Jahr 2004 besteht die Möglichkeit, ärztliche Gruppenpraxen, sogenannte medizinische Versorgungszentren, zu betreiben.^{103,104} Vorbild dafür sind die in der ehemaligen DDR weit verbreiteten Polikliniken.¹⁰⁵ Seit kurzem können diese Gruppenpraxen nicht nur fächerübergreifend, sondern auch auf einzelne Fachrichtungen spezialisiert betrieben werden. Die Leitung eines MVZ muss einem Arzt obliegen, der selbst in diesem Zentrum tätig ist und medizinisch weisungsfrei agiert. Ärzte sind in diesen Versorgungszentren entweder angestellt oder fungieren als Vertragsarzt.^{106,107} Dies ermöglicht vor allem jungen Ärzten, Erfahrungen in der Niederlassung zu sammeln, ohne die ökonomischen Risiken einer eigenen Praxis tragen zu müssen.

MVZ bilden als wichtiges Element der integrierten Versorgung eine Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung. Seit 2012 können MVZ nur noch von Vertragsärzten, Krankenhäusern und gemeinnützigen Trägerorganisationen gegründet werden, um zu verhindern, dass profitorientierte Betreiber medizinische Entscheidungen beeinflussen.¹⁰⁸

Mittlerweile versorgen deutschlandweit 6.000 Ärzte in 1.200 MVZ ihre Patienten. Auch Kooperationen mit Apotheken oder Physiotherapeuten sind keine Seltenheit, um Synergieeffekte zu nutzen und den Patienten kurze Wege zu ermöglichen. Die Koordination der Behandlungsprogramme erfolgt durch enge Abstimmung der unter einem Dach vereinigten Mediziner, so dass eine bessere Abstimmung von Untersuchungen und Medikamenten erfolgen kann – und den Patienten gleichzeitig unnötige Wartezeiten erspart bleiben.¹⁰⁹

103 Czypionka et al. (2011)

104 <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/ambulante-versorgung/medizinische-versorgungszentren.html>

105 <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Magazine/MagazinSozialesFamilieBildung/078/kontext-t1-mvz.html>

106 Czypionka et al. (2011)

107 <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/ambulante-versorgung/medizinische-versorgungszentren.html>

108 <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/ambulante-versorgung/medizinische-versorgungszentren.html>

109 <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Magazine/MagazinSozialesFamilieBildung/078/kontext-t1-mvz.html>

1.4. Hausarztzentrierte Versorgung (HzV)

Seit 2009 sind Krankenkassen verpflichtet, Hausarztmodelle als Vertragsvariante anzubieten. Durch die Wahl einer solchen Polizza verpflichten sich die Versicherten für 12 Monate, ihren Hausarzt als erste Anlaufstelle zu konsultieren. Dieser kann dann die weitere medizinische Vorgehensweise koordinieren. Wenn Bedarf besteht, kann er etwa den Patienten an einen Facharzt überweisen.¹¹⁰ Diese Leistungen werden als Selektivverträge vergeben und ihre Honorierung ist außerhalb des Kollektivvertragssystems der kassenärztlichen Vereinigung geregelt. Die Reglementierung erfolgt auf Bundesländerebene. In Baden-Württemberg erfolgt die Vergütung beispielsweise anhand kontaktabhängiger und kontakunabhängiger Pauschalen sowie verschiedener Zuschläge, beispielsweise für chronisch Kranke. Zusätzlich erfolgt eine Verrechnung nach Einzelleistungen oder ergebnisabhängigen Parametern.¹¹¹ Die Teilnahme an den Programmen der HzV ist sowohl für Patienten als auch für die Hausärzte freiwillig.¹¹²

110 Cypionka et al. (2011)

111 Dragosits (2013)

112 Dragosits (2013)

2. Norwegen

Das Gesundheitswesen in Norwegen wird durch Steuern und private Zuzahlungen (vorwiegend im ambulanten Bereich) finanziert.¹¹³ Die Allgemeinmediziner übernehmen im norwegischen PV-System eine Gatekeeper-Funktion für die fachärztliche Versorgung und den intramuralen Bereich.¹¹⁴ Seit 1984 tragen Gemeinden die Verantwortung für die Finanzierung und Bereitstellung der PV und werden dabei vom Staat unterstützt. So steht es den Gemeinden beispielsweise frei, ob sie Allgemeinmediziner als öffentliche Bedienstete anstellen oder Verträge mit selbständigen Ärzten schließen möchten. Tatsächlich sind die meisten Allgemeinmediziner in der norwegischen Primärversorgung selbständig und schließen Verträge mit den Gemeinden ab. Typischerweise bestehen Praxen aus zwei bis sechs Ärzten und unterstützendem Personal.¹¹⁵ Etwa 15 Prozent der Arztpraxen werden als Einzelpraxis geführt. Ein Arzt behandelt am Tag etwa 15 bis 20 Patienten, ein Patientengespräch dauert etwa 20 Minuten.¹¹⁶ Man arbeitet im kommunalen Gesundheitsdienst eng mit anderen Gesundheitsberufen, wie Hebammen oder Krankenpflegekräften, zusammen. Diese behandeln Patienten mitunter auch eigenständig, ohne ärztliche Weisung, so dass Hausarztarbeit mitunter als wahrhaftige Teamarbeit angesehen werden muss.¹¹⁷ Schon aufgrund der geografischen Gegebenheiten im norwegischen Landschaftsbild haben sich Allgemeinmediziner als wichtigste Versorgungsfunktion in der PV etabliert.¹¹⁸ Die Telemedizin stellt daher ein wichtiges Werkzeug zur Einholung von Zweitmeinungen und zur intersektoralen medizinischen Abstimmung dar.¹¹⁹

2.1. Leistungsvergütung

Die Leistungsvergütung in der hausärztlichen Primärversorgung erfolgt anhand von Einzelleistungsverrechnung durch die Krankenversicherung, den Zuzahlungen der Patienten und einer Kopfpauschale. Arztbesuche außerhalb der Ordinationsöffnungszeiten sowie Facharztkonsultationen erfordern höhere Zuzahlungen.¹²⁰

113 Karsch-Völk, Kamps, Schneider (2010)

114 HiT Norway

115 HiT Norway

116 Karsch-Völk, Kamps, Schneider (2010);

117 Karsch-Völk, Kamps, Schneider (2010);

118 Karsch-Völk, Kamps, Schneider (2010)

119 Neumann, Gierling, Dietzel (2014)

120 Karsch-Völk, Kamps, Schneider (2010)

2.2. RGP-Programm

Seit 2001 besteht die optionale Möglichkeit, sich im Zuge eines RGP- (regular general practitioner) Programmes in die Liste eines Allgemeinmediziners eintragen zu lassen. Dies bringt Vorteile bei der dortigen Terminvergabe sowie geringere Zuzahlungen mit sich. 99 Prozent der Versicherten und 97 Prozent aller Allgemeinmediziner nehmen diese Möglichkeit auch an und beteiligen sich an dem RGP-Programm. Die Listen umfassen in der Regel zwischen 1200 und 1500 Patienten je Arzt.¹²¹ Wartezeiten sind im norwegischen Gesundheitswesen vergleichsweise hoch, werden aber von der Bevölkerung gelassen hingenommen. Neben langer Wartelisten für Elektiv-Behandlungen kann es auch vorkommen, 2 bis 3 Wochen auf einen Termin beim Hausarzt warten zu müssen, wenn ein Problem nicht akut ist.¹²²

2.3. Legevakt

Allgemeinmediziner müssen aufgrund ihrer Verträge auch für Bereitschaftsdienste außerhalb ihrer Praxiszeiten zur Verfügung stehen.¹²³ Die Steuerung und Koordinierung übernimmt eine akutmedizinische Notfallzentrale mit intensivmedizinisch geschultem Personal.¹²⁴

In Städten und größeren Orten gibt es zusätzlich Ambulanzzentren (Legevakt), die bei akuten Krankheiten, Notfällen oder Schwierigkeiten in der Terminabstimmung konsultiert werden können. Dort gibt es je nach Bedarf unterschiedliche medizinische Abteilungen sowie Sozial- und Pflegedienste. Je nach Ausprägung des Legevakt wird dieser entweder von den lokalen niedergelassenen Ärzten besetzt, oder es werden Ärzte dort eigens angestellt. Aufgrund der leichten Zugänglichkeit zu dieser Versorgungseinrichtung ist ihre Auslastung mitunter sehr hoch, so dass es zu langen Wartezeiten kommen kann.¹²⁵

121 HiT Norway

122 Karsch-Völk, Kamps, Schneider (2010)

123 HiT Norway

124 Karsch-Völk, Kamps, Schneider (2010)

125 Karsch-Völk, Kamps, Schneider (2010)

3. Großbritannien

Seit 1948 wird die Gesundheitsversorgung in Großbritannien zentral vom NHS (National Health Service) geregelt und finanziert, die regionale Steuerung der PV übernehmen Primary Care Trusts oder Health Boards. Die Leistungen umfassen alle Versorgungsebenen. Während die Primärversorgung vorwiegend von Allgemeinmedizinern bereitgestellt wird, erfolgt die fachärztliche Versorgung durch sogenannte Specialists zumeist in Krankenhäusern. Die medizinischen Leistungen stehen den Versicherten zum Zeitpunkt des Leistungsbezuges großteils kostenfrei zur Verfügung.¹²⁶ Auch Pharmazeuten übernehmen einzelne primärversorgungsrelevante Leistungen, wie etwa Screening-Maßnahmen oder Beratungsfunktionen. Sie besitzen auch das Recht, gewisse Medikamente zu verschreiben.¹²⁷

3.1. General Practitioner

Allgemeinmediziner fungieren als Gate-Keeper. Jeder Bürger in Großbritannien muss sich in die Liste eines frei wählbaren Allgemeinmediziners seiner Region einschreiben. Etwa 95 Prozent der Gesundheitsprobleme werden dadurch gleich vom Hausarzt behandelt.¹²⁸ Vom Arzt wird eine umfassende, meist elektronische Patientenakte angelegt, die im Falle eines Arztwechsels weitergegeben wird.¹²⁹

Der Großteil dieser Familienmediziner (Family Practitioner) ist in kleinen, arztgeführten Gruppenpraxisformen mit 4 bis 6 Medizinern zusammengeschlossen. Zunehmend werden sie dort auch von Pflegepersonal und administrativen Assistenten unterstützt. Neben einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit als Teilhaber besteht außerdem die Möglichkeit, Ärzte in solchen Gruppenpraxen mit etwas niedrigerem Gehalt auch anzustellen. Die Konzentration der primärärztlichen Versorgung nahm durch diese Leistungsverdichtung in den vergangenen Jahren deutlich zu.¹³⁰ Heute werden nur noch etwa 15 Prozent aller Praxen von einem einzigen Arzt betrieben, in nur 5 Prozent der Praxen arbeitet ein Arzt tatsächlich komplett allein.^{131,132} Auch private Unternehmen können Praxen betreiben und

126 Roland, Guthrie, Thomé (2012)

127 Freund et al. (2015)

128 Czypionka (2011)

129 Roland, Guthrie; Thomé (2012)

130 Czypionka (2011)

131 Czypionka (2011)

132 Roland, Tuthrie, Thomé (2012)

Mediziner anstellen.¹³³ Eine Praxis betreut im Schnitt etwa 6600 Patienten, pro Arzt sind im Durchschnitt 1500 Patienten registriert – Tendenz sinkend. Neue Patienten können auch abgewiesen werden.¹³⁴

In einer typischen Praxis arbeiten 5 bis 6 Allgemeinmediziner, ein Nurse Practitioner (Fachgesundheits- und Krankenpfleger mit erweiterter Ausbildung und diagnostischer Kompetenz), 2 bis 3 Krankenpflegekräfte und 6 bis 10 Praxisassistenten im administrativen und organisatorischen Bereich.¹³⁵ Zusätzlich arbeitet man eng mit einem weiter gefassten PHC-Team zusammen, das etwa geriatrische, pädiatrische oder psychiatrische Pflege umfasst, sowie Hebammen und Sozialarbeiter. In der näheren Vergangenheit hat die Zahl der Hausbesuche stark abgenommen, während Konsultationen generell zugenommen haben. Gleichzeitig ist ein deutlicher Anstieg bei der Zahl der Konsultationen durch Pflegekräfte oder Nurse Practitioners, aber auch bei Konsultationen per Telefon zu verzeichnen. Auch die durchschnittliche Dauer einer Konsultation ist angestiegen.¹³⁶

3.2. Vergütung

Die Leistungsvergütung erfolgt anhand unterschiedlicher Schemata. Etwa zwei Drittel des Praxis-Einkommens wird über populationsabhängige¹³⁷ Kopfpauschalen generiert, 25 Prozent werden über ein anreizgebendes Pay-for-Performance-System anhand von 150 Kennzahlen lukriert und 5 Prozent kommen aus einem Topf für erweiterte Leistung. Das durchschnittliche Gehalt eines Allgemeinmediziners liegt leicht über dem durchschnittlichen Gehalt eines Facharztes im NHS.¹³⁸ Unter bestimmten Gegebenheiten besteht zudem die Möglichkeit, eine Hausapotheke zu betreiben.

Im Gesundheitswesen in Großbritannien sind in der Vergangenheit wiederholt Maßnahmen zur Reform des Gesundheitswesens gesetzt worden, die aber auch immer wieder scheiterten. Zum Beispiel versuchte man sich an der Organisation der Versorgung außerhalb der regulären Sprechzeiten durch kommerzielle Organisationen, kehrte aber im Jahr 2013 wieder dazu zurück, diese Notversorgung durch Notdienste von Allgemeinmediziner-Verbänden bereitzustellen.¹³⁹

133 Freund et al. (2015)

134 Roland, Guthrie; Thomé (2012)

135 Roland, Tuthrie, Thomé (2012)

136 Roland, Guthrie; Thomé (2012)

137 Czypionka (2011)

138 Roland, Guthrie; Thomé (2012)

139 Roland, Guthrie, Thomé (2012)

3.3. Nurse Practitioner (akademische Krankenpflegekraft)

Patienten können frei entscheiden, ob sie ihren Arzt oder einen bei ihm angestellten Nurse Practitioner konsultieren möchten.¹⁴⁰ Diese speziell geschulten Fachpflegekräfte verfügen sogar über das Recht, selbstständig sämtliche Arzneimittel zu verschreiben.¹⁴¹ Vor allem in der routinemäßigen Betreuung chronisch Kranker hat sich der Einsatz von geschulten Fachpflegekräften bewährt.

3.4. Advanced-Access-Modell

Um der fortwährenden Kritik langer Wartezeiten auf Arzttermine zu begegnen, wurde in einigen Regionen die Einführung eines Advanced-Access-Modells unterstützt. Ziel soll dabei sein, Patienten noch am Tag ihrer Anfrage einen Termin anbieten zu können. Wichtig ist es dafür, die Patientenströme annäherungsweise vorhersagen zu können und über entsprechende Kapazitäten zu verfügen, um der fortwährenden Nachfrage gerecht zu werden. In einem Übergangszeitraum muss eine bestehende Warteliste abgearbeitet werden, um zukünftig alle Termine am selben Tag bewältigen zu können. Eine erste Evaluierung dieses Konzepts bestätigt die Erwartungen. 85 Prozent der Patienten erhalten einen Termin am Tag ihrer Wahl, die durchschnittliche Terminwartezeit verkürzt sich von 3,6 auf 1,9 Tage.¹⁴²

140 Neumann, Gierling, Dietzel (2014)

141 Freund et al. (2015)

142 Neumann, Gierling, Dietzel (2014)

4. Niederlande

In der niederländischen PV finden 90 Prozent der medizinischen Versorgung bei Hausärzten statt, verursachen damit aber nur 4 Prozent der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen.¹⁴³ 96 Prozent dieser Konsultationen werden auch gleich in der hausärztlichen Praxis abgeschlossen, nur 4 Prozent der Fälle werden weitergegeben.¹⁴⁴

Die Primärversorgung in den Niederlanden genießt eine hohe internationale Reputation und wird oft in einem Atemzug mit starken PV-Systemen im Nordwesten Europas genannt. Allerdings ist das dortige PV-System weniger einheitlich gestaltet, als oftmals angenommen wird. Eine ganze Reihe an Professionen und Organisationen beteiligt sich an der niederländischen PV. Die wichtigsten Vertreter sind aber die Allgemeinmediziner als Kernelement. Weitere Professionen der PV umfassen Apotheker, Physiotherapeuten, Hebammen, Heimpflege-Organisationen, PV-Psychologen und Sozialarbeiter. Unterschiedliche Berufsgruppen der PV weisen durchwegs monodisziplinäre Finanzierungs- und Organisationsformen auf, was einer Zusammenarbeit wenig förderlich ist. Kooperationsformen sind daher oft von den Einzelpersonen der beteiligten Professionen abhängig.

4.1. Allgemeinmediziner

Allgemeinmediziner haben einen hohen Stellenwert in den Niederlanden, obwohl ihre Anzahl relativ niedrig ist.¹⁴⁵ Sie erfüllen eine Gatekeeping-Funktion für Facharzt oder Spitalsbehandlungen.¹⁴⁶ Selbstzuweisung ist nur bei Augenärzten oder in Notfallaufnahmen der Spitäler möglich. De Bakker und Groenewegen (2009) sind der Meinung, diese Gatekeeping-Funktion der Allgemeinmedizin widerspreche dem Grundsatz der europäischen Konsumentensouveränität und befürchten daher, dass dieses System langfristig keine Zukunft haben wird.¹⁴⁷ Die hohe Stellung der Allgemeinmedizin im niederländischen PV-System verdeutlicht die Tatsache, dass Patienten für Besuche bei Allgemeinmedizinern, im Gegensatz zu anderen Behandlungsformen, keinen Selbstbehalt entrichten müssen. Die Bewohner einer Region müssen sich in die Behandlungsliste eines Arztes eintra-

143 Freund et al. (2015) zitieren Wiegers et al. (2011)

144 Czypionka et al. (2011)

145 De Bakker, Groenewegen (2009)

146 Van Weel, Schers, Timmermans (2012)

147 De Bakker, Groenewegen (2009)

gen.¹⁴⁸ Aus der soziodemografischen Zusammensetzung der Bevölkerung ergibt sich der genaue Versorgungsauftrag einer Praxis.¹⁴⁹ Die Zahl der Bewohner, die auf einen Allgemeinmediziner fällt, ist dabei mit 2250 bis 2500 im europäischen Vergleich ausgesprochen hoch. Nur vereinzelt sind Einwohner nicht bei einem Allgemeinmediziner registriert, man befürchtet aber, dass diese Rate bis 2020 auf zwei bis acht Prozent der Bevölkerung ansteigen könnte.

4.2. Vergütung

Das Honorarsystem der Allgemeinmediziner setzt sich aus einer generellen Kopfpauschale sowie einer Behandlungsgebühr zusammen.¹⁵⁰ Dabei macht die Kopfpauschale etwa 70 Prozent der Einkünfte aus.¹⁵¹ Man experimentiert mit neuen, gebündelten Formen der Honorierung, etwa für Behandlungspakete im Zuge der Behandlung chronischer Krankheiten.¹⁵² Diese sogenannten Chain Diagnosis Treatment Combinations (chain-DTCs) bündeln Leistungen und Vergütungen für Patienten mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes oder COPD. Dadurch sollen Anreize geschaffen werden, Behandlungen über mehrere Versorgungsebenen hinweg zu koordinieren.¹⁵³

Eine zunehmende Tendenz ist erkennbar, dass sich Ärzte seit den 70er Jahren¹⁵⁴ vermehrt von der Ordinationsform einer Einzelpraxis abkehren und sich in Gruppenpraxen zusammenschließen. Zwischen 1997 und 2007 halbierte sich der Anteil der Ärzte, die eine Einzelpraxis betrieben, von beinahe 40 Prozent auf 22 Prozent. Der Staat fördert integrierte, multidisziplinäre Gesundheitszentren, die rund 10 Prozent der niederländischen Bevölkerung versorgen.¹⁵⁵ Trotz zahlreicher Veränderungen im Gesundheitswesen ist die Zufriedenheit der Bevölkerung mit der PV ungebrochen.¹⁵⁶

148 De Bakker, Groenewegen (2009)

149 Van Weel, Schers, Timmermans (2015)

150 De Bakker, Groenewegen (2009)

151 Van Weel, Schers, timmermans (2015)

152 Nolte (2015)

153 Czypionka et al. (2011)

154 Freund et al. (2015)

155 De Bakker, Groenewegen (2009)

156 De Bakker, Groenewegen (2009)

4.3. Dysbalance Angebot und Nachfrage

In den letzten Jahren zeichnet sich eine zunehmende Dysbalance zwischen Angebot und Nachfrage nach primärmedizinischen Dienstleistungen ab. Die Ursache dafür liegt beispielsweise im Anstieg der Nachfrage durch chronisch kranke Patienten sowie in einem relativen Rückgang der Ärzteschaft aufgrund eines zunehmenden Frauenanteils und einer Veränderung in der Wahrnehmung der Work-Life-Balance junger Nachwuchsmediziner. Man hat die bevorstehende Unterversorgung mit Allgemeinmedizinern schon vor einigen Jahren erkannt und damals begonnen, die Zahl der Ausbildungsstellen entsprechend zu erhöhen.

Zwischen 1987 und 2001 nahm die Zahl der durchschnittlich bei einem Allgemeinmediziner gelisteten Patienten um 10 Prozent auf 2500 pro VZÄ zu. Auch die Zahl der Konsultationen erhöhte sich auf 3,9 pro Patient und Jahr. Diesem Anstieg der Arbeitslast begegnete man mit veränderten Arbeitsmustern. So wurde etwa die Zahl der Hausbesuche halbiert, während sich die Zahl der Telefonkonsultationen verdreifachte. Auch die Möglichkeit einer Konsultation ohne vorherige Terminvereinbarung wurde begrenzt.¹⁵⁷

4.4. Delegation und Substitution

Eine bedeutende Reduktion der Arbeitslast brachte die Delegation und Substitution von Aufgaben. Neu geschaffene Gesundheitsberufe werden durchwegs gut angenommen und sind bereits in einem Großteil der Praxen als fixer Bestandteil etabliert. Ihre Aufgabenfelder wurden in den vergangenen Jahren stetig ausgeweitet, aber auch untereinander ausgetauscht.¹⁵⁸

Praxissekretäre (Praktijk-/Doktersassistent) übernahmen ursprünglich vorwiegend administrative und organisatorische Aufgaben, ihr Aufgabengebiet wurde aber auf medizinisch-technische Tätigkeiten, wie zum Beispiel die Behandlung von Warzen, Blutdruckmessungen, Entfernung von Nähten etc., ausgeweitet. Bereits 2009 kam schon beinahe auf jeden Arzt ein Praxissekretär.^{159,160}

Praxis-Pflegekräfte (Praktijkondersteuner/-verpleegkundige) kümmern sich vorwiegend um chronisch kranke Patienten mit Diabetes, Asthma, COPD oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Zu ihren Aufgaben zählen die Aufklärung der Patien-

157 De Bakker, Groenewegen (2009)

158 De Bakker, Groenewegen (2009)

159 De Bakker, Groenewegen (2009)

160 Freund et al. (2015)

ten, Anleitung zur Medikamenteneinnahme, Patientenüberwachung, oder Präventionsgespräche. Die Anstellung solcher Praxis-Pflegekräfte wird unter bestimmten Voraussetzungen von der Krankenversicherung zusätzlich abgegolten. Schon 2006 verfügten 60 Prozent aller Hausarztpraxen über eine solche Pflegekraft.^{161,162}

Durch den hausärztlichen Einsatz spezieller Pflegekräfte, die auf psychische Probleme spezialisiert sind, wurde zudem die primärmedizinische Betreuung von psychisch Kranken vereinfacht. Im Jahr 2013 waren derartige Pflegekräfte in 60 Prozent der Hausarztpraxen angestellt.^{163,164}

Auch die verstärkte Einbindung anderer Berufsgruppen, wie etwa Physiotherapeuten (freier Zugang) oder Pharmazeuten, trug dazu bei, die Arbeitslast für Allgemeinmediziner bewältigbar zu machen.¹⁶⁵ Zusätzlich gibt es in den Niederlanden andere Pflegekräfte mit erweiterter Ausbildung, sogenannte Nurse Practitioner und Physician Assistants, die ärztliche Tätigkeiten substituieren sollen. Diese durchlaufen eine zumindest zweijährige zusätzliche universitäre Ausbildung, stoßen aber auf großen Widerstand durch ärztliche Berufsverbände und sind nur in geringem Ausmaß in der PV tätig.¹⁶⁶

4.5. Akutversorgung außerhalb der Ordinationszeiten

Die primärmedizinische Versorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten wird von Ärzte-Konglomeraten auf regionaler Ebene organisiert. 128 derartiger Kooperativen versorgen die niederländische Bevölkerung dabei zumeist im Umfeld eines Krankenhauses. Ein standardisiertes telemedizinisches Triage-System erleichtert dabei die Zuteilung der Fälle. Rund 60 Prozent der Anfragen – meist handelt es sich um akute Erkrankungen – erfordern tatsächlich einen Behandlungstermin oder einen Hausbesuch. Da auch diese Versorgungsform verstärkt nachgefragt wird, versucht man in einem Pilotprojekt, Mediziner durch den Einsatz speziell geschulter akademischer Pflegekräfte zu unterstützen. In einer solchen Dienst-

161 De Bakker, Groenewegen (2009)

162 Freund et al. (2015)

163 Neumann, Gierling, Dietzel (2014)

164 Freund et al. (2015)

165 De Bakker, Groenewegen (2009)

166 Freund et al. (2015)

schicht arbeiten beispielsweise vier Ärzte und eine akademische Pflegekraft als Team zusammen.^{167,168}

Vor Einführung dieser Organisationsform betrieben meist 8 bis 12 Allgemeinmediziner in kleinen Verbänden einen Notdienst. Dank der neuen Organisationsform verringerte sich die Belastung der Mediziner durch Sonderschichten um das Fünffache.¹⁶⁹

4.6. Elektronische Patientendaten

Zwar bestehen elektronische Patientendaten bereits seit längerem auf beinahe allen unterschiedlichen Ebenen der Gesundheitsversorgung, allerdings wird zum Beispiel in der Primärversorgung von allen Disziplinen jeweils andere Software eingesetzt. Man möchte daraus ein einheitliches System entwickeln, betont in diesem Zusammenhang aber, dass keine Datenansammlung den persönlichen Arzt ersetzen kann, der den Patienten und seine ganze Familie ein Leben lang begleitend und durch ein zunehmend komplizierter werdendes Gesundheitssystem lotst.¹⁷⁰

167 Neumann, Gierling, Dietzel (2014)

168 De Bakker, Groenewegen (2009)

169 De Bakker, Groenewegen (2009)

170 De Bakker, Groenewegen (2009)

5. Dänemark

Dänemark verfügt, genau wie andere skandinavische Länder, über einen ausgeprägten Wohlfahrtsstaat und zeichnet sich durch ein universelles, steuerfinanziertes Gesundheitswesen mit starker PV aus. Die Allgemeinmedizin ist der Grundstein der Primärversorgung und wird von selbstständigen Vertragsärzten bereitgestellt.¹⁷¹ Name und Telefonnummer des Hausarztes sind auf der Versicherungskarte der Dänen vermerkt.¹⁷² Privatärzte gibt es de facto nicht. Zunehmend wird die bisher vorherrschende Struktur der Einzelpraxen durch Gruppenpraxen abgelöst.¹⁷³ 2003 lag der Anteil der Einzelpraxen bei 64 Prozent, 1973 lag dieser Anteil noch bei 74 Prozent.¹⁷⁴ Zusätzlich sind im Durchschnitt etwa 1,5 weitere Personen in einer solchen Praxis angestellt, zumeist handelt es sich um Krankenpflegepersonal oder Arztsekretäre.¹⁷⁵ Patientenbefragungen zeigen eine besonders hohe Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen.¹⁷⁶

5.1. Allgemeinmedizin

Die Allgemeinmedizin als Hauptbestandteil der PV ist für rund 8 Prozent der dänischen Gesundheitsausgaben verantwortlich. Durchschnittlich sieben Mal pro Jahr kontaktieren die Dänen ihren Hausarzt – entweder persönlich oder aber per Telefon oder E-Mail. Die Zugehörigkeit eines Patienten zu seinem Hausarzt wird über eine fakultative Eintragung in das Listensystem eines frei wählbaren Arztes geregelt. Dieser Empfehlung kommen etwa 98 Prozent der Bevölkerung nach. Ein Wechsel ist nach drei Monaten möglich. Den restlichen zwei Prozent steht der Zugang zur Primärversorgung gegen eine Zuzahlung frei, allerdings können sie dann auch ohne Zuweisung fachärztliche Konsultationen in Anspruch nehmen.¹⁷⁷ Patienten haben ein Recht darauf, innerhalb von 5 Werktagen einen Termin bei ihrem Arzt zu erhalten.¹⁷⁸ Sobald die Patientenliste eines Arztes 1.600 Einträge übersteigt, steht es ihm frei, keine weiteren Patienten aufzunehmen. In der Liste eines Allgemeinmediziners sind im Durchschnitt etwa 1.560 Personen eingetragen. Er

171 Pedersen, Andersen, Søndergaard (2012)

172 Egidi (2006)

173 Pedersen, Andersen, Søndergaard (2012)

174 Egidi (2006)

175 Pedersen, Andersen, Søndergaard (2012)

176 Pedersen, Andersen, Søndergaard (2012)

177 Pedersen, Andersen, Søndergaard (2012)

178 Pedersen, Andersen, Søndergaard (2012)

fungiert damit als Gatekeeper und erster Ansprechpartner in medizinischen Belangen. Zwischen 10 und 20 Prozent aller Fälle werden an weitere Versorgungsebenen weitergegeben. Ohne Überweisung ist es nur in wenigen Fällen möglich, einen Facharzt aufzusuchen oder die stationäre und ambulante Spitalsversorgung in Anspruch zu nehmen.¹⁷⁹

5.2. Vergütung

Die Vergütung der ärztlichen Leistungen erfolgt auf Basis eines Mischsystems aus Kopfpauschalen (ein Drittel) und Einzelleistungsvergütung (zwei Drittel). Das Einzelleistungssystem schafft Anreize, Behandlungen selbst durchzuführen, anstatt Patienten an andere Versorgungsebenen zu verweisen. Das Einkommen eines Hausarztes liegt typischerweise über dem eines angestellten Arztes im Krankenhaus. Dahinter steckt die vorsätzliche Bestrebung, den Beruf des Allgemeinmediziners zu attraktivieren, um einem bevorstehenden Mangel entgegenzuwirken.¹⁸⁰

5.3. Delegation

Zur Entlastung der Ärzteschaft wurden weitere Berufsgruppen geschaffen und ihre Kompetenzen ausgeweitet. Arztsekretäre etwa übernehmen mittlerweile neben administrativen Tätigkeiten zunehmend auch medizinische Aufgabenfelder. Dazu zählen etwa telefonische Konsultationen, bei denen sie anhand eines internetbasierten Tools eine Basisanamnese durchführen und so Termine nach Dringlichkeit vergeben können.¹⁸¹ Der Großteil der Routineversorgung chronisch Kranker wird von Pflegekräften übernommen. So findet etwa von vier Routinekontrollen eines Diabetes-Patienten im Jahr nur eine Jahreskontrolle tatsächlich beim Doktor statt. Den Pflegekräften wurden dafür umfangreiche Kompetenzen zugeteilt, nur im Bedarfsfall ist eine absichernde Absprache mit dem Arzt erforderlich.¹⁸² Durch konsequente Delegation ärztlicher Tätigkeiten an andere Berufsgruppen und effiziente Praxisorganisation mit Hilfe eines Arztsekretärs konnte die Zahl der täglichen Patientenkontakte auf 24 gesenkt und die Dauer dieser Kontakte auf durchschnittlich 15 Minuten erhöht werden.¹⁸³

179 Pedersen, Andersen, Søndergaard (2012)

180 Pedersen, Andersen, Søndergaard (2012)

181 Carmienke et al. (2014)

182 Carmienke et al. (2014)

183 Carmienke et al. (2014)

5.4. Notfallversorgung

In der Notfallversorgung außerhalb der regulären Dienstzeiten organisieren Ärzte in Dänemark eine regionale Rotation und besetzen damit Notfallambulanzen, die oft in den Notaufnahmen von Krankenhäusern untergebracht, aber unabhängig davon organisiert sind. Dieser Bereitschaftsarzt steht in einem Zentrum für telefonische Konsultation zur Verfügung und entscheidet dann etwa, ob ein Hausbesuch notwendig ist.^{184,185} Das selbstständige Aufsuchen derartiger Notfallaufnahmezentren ist oftmals nur nach Zuweisung möglich.¹⁸⁶

5.5. e-Health

Digitale Patientenakten enthalten alle relevanten Befunde, Zuweisungen, Rezepte und Ähnliches, so dass eine sektoren- und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsdienstleistern vereinfacht wird.¹⁸⁷

184 Pedersen, Andersen, Søndergaard (2012)

185 Carmienke et al. (2014)

186 Pedersen, Andersen, Søndergaard (2012)

187 Pedersen, Andersen, Søndergaard (2012)

6. Belgien

Das Gesundheitswesen in Belgien ist als Sozialversicherungssystem nach dem Geldleistungsprinzip organisiert. Den Patienten steht dabei der Zugang zur medizinischen Versorgung sowohl im niedergelassenen Bereich als auch im Spitalssektor offen. Aus diesem Grund stellt oftmals ein Facharzt den ersten Einstiegspunkt in Gesundheitswesen dar.¹⁸⁸ Trotzdem gibt der Großteil der Bevölkerung (95%¹⁸⁹) an, regelmäßig denselben Hausarzt aufzusuchen.¹⁹⁰ Der Großteil der Ärzte arbeitet unabhängig und selbstständig in einer Praxis, Fachärzte tun dies oftmals auch neben einer Anstellung in einem Krankenhaus. Auch andere Gesundheitsberufe spielen eine wichtige Rolle in der PV. So übernehmen beispielsweise Pflegekräfte oftmals die Betreuung chronisch Kranker.¹⁹¹

6.1. Offener Zugang

Pro Person und Jahr haben Belgier durchschnittlich 7 Kontakte mit dem ambulanten Gesundheitssektor, trotz uneingeschränktem Zugang ist damit die Zahl der Arztbesuche sehr niedrig.¹⁹² Die Zahl der Hausbesuche nimmt insgesamt immer weiter ab. Nur bei den Allgemeinmedizinerinnen sind nach wie vor ein Drittel aller Kontakte Hausbesuche. Wartezeiten für Termine beim Haus- oder Facharzt sind durchwegs gering.¹⁹³ 10 Prozent der Hausarztbesuche erfordern eine weitere Zuweisung zu einem Facharzt. Dieser vergleichsweise geringe Wert wird als Resultat der selbstständigen Arztwahl angesehen. Trotzdem möchte man die Allgemeinmedizin stärken.¹⁹⁴

Sowohl Fachärzte als auch Allgemeinmediziner lassen sich vorwiegend in Einzelpraxen nieder, oftmals werden mit Ausnahme einer Sekretariatskraft keine weiteren Gesundheitsberufe angestellt. Gruppenpraxen sind dagegen meist in Form von multidisziplinär besetzten Gesundheitszentren (Maison Médicale/Wijkgezondheidscentra) mit mehreren Allgemeinmedizinerinnen, administrativen Assis-

188 HiT Belgium

189 HiT Belgium

190 Groenewegen et al. (2013)

191 HiT Belgium

192 HiT Belgium

193 HiT Belgium

194 HiT Belgium

tenzkräften, Krankenpflegekräften, einem Physiotherapeuten und einem Psychotherapeuten organisiert.¹⁹⁵

6.2. Vergütung

Arztbesuche werden grundsätzlich nach Einzelleistungen abgerechnet und erfordern generell eine private Zuzahlung. Gesundheitszentren erhalten zusätzlich Kopfpauschalen, deren Höhe sich an soziodemografischen Faktoren sowie Gesundheitsparametern der versorgten Bevölkerung orientiert. Die Zahl dieser Zentren ist zwar ansteigend, aber immer noch gering. 2009 gab es 99 davon.¹⁹⁶

6.3. Hausärztliche Notversorgung

Die hausärztliche Notversorgung wird in Belgien von regionalen Allgemeinmedizinerverbänden organisiert. In bevölkerungsarmen Regionen sowie für besonders patientenfreundliche Organisationsformen, beispielsweise durch die Einrichtung einer zentralen Telefonnummer, winken den Verbänden zusätzliche finanzielle Fördermittel. Zunehmend versucht man, auch in der Notdienstversorgung Tätigkeiten an nicht ärztliche Berufsgruppen auszulagern. So übernimmt beispielsweise ein Telefonist anhand eines Triageprotokolls die Zuteilung der Notrufe und entscheidet so, ob ein umgehender Arztkontakt notwendig ist und in welcher Form er zu erfolgen hat.¹⁹⁷

6.4. Centralized Medical Record (global medisch dossier/dossier médical)

Die zentrale medizinische Akte (CMR) wurde 1999 eingeführt und war vorerst für Patienten über 60 vorgesehen. Diese Altersuntergrenze wurde kontinuierlich gesenkt und im Jahr 2002 dann ganz aufgehoben. Patienten wählen einen Hausarzt aus, der mit der Verwaltung der Patientenakte betraut wird. Die Teilnahme an dem Programm ist für beide Seiten freiwillig, allerdings werden Anreize gesetzt, um zur Teilnahme zu motivieren. Dem Patienten winkt eine verringerte Zuzahlung für Besuche bei jenem Arzt, der die Akte verwaltet. Außerdem gibt es Vergüns-

195 HiT Belgium

196 Groenewegen et al. (2013)

197 HiT Belgium

tigungen, falls eine Zuweisung zu einem Spezialisten erfolgt. Den Ärzten winkt eine zusätzliche Einnahmequelle für die Betreuung der Akte. Den entsprechenden Betrag (rund 30 Euro jährlich) bekommen die Patienten komplett von der Versicherung erstattet. Etwa die Hälfte der belgischen Bevölkerung partizipiert am CMR-Programm, besonders hoch sind die Teilnahmeraten unter chronisch Kranken und älteren Patienten. Es hat sich gezeigt, dass bei CMR-Teilnehmern die Zahl der Arztbesuche insgesamt und beim Hausarzt anstieg, sich die Zahl der Besuche bei Fachärzten und in Notfallambulanzen aber verringerte.¹⁹⁸

198 Groenewegen et al. (2013)

Quellenverzeichnis

- Carmienke, S.; Freitag, M.H.; Gensichen, J.; Schmidt, K. (2014): Allgemeinmedizin in Dänemark; *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*; 90 (1); S. 43–47
- Czypionka, T.; Riedel, M.; Obradovits, M.; Sigl, C.; Leutgeb, J. (2011): Ambulante Vergütung im internationalen Vergleich: Perspektiven für Österreich
- De Bakker, D.H.; Groenewegen, P.P. (2009): Primary care in the Netherlands: current situation and trends; *Italian Journal of Public Health*, Year 7; Vol. 6, Nr. 2; S. 128–135
- Dragosits, A. (2013): Darstellung der Hausarztzentrierten Versorgung am Beispiel des Baden-Württemberger Modells; *Kurzrecherche*; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
- Egidi, G. (2006): Hausarzt-Medizin in Dänemark – ein Bericht aus dem Professionalisierungskurs der DEGAM; *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*; 82; S. 11–17
- Freund, T.; Everett, C.; Griffiths, P.; Hudon, C.; Naccarella, L.; Laurant, M. (2015): Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: Who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world?; *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 52; S. 727–743
- Gerlach, F.; Szecsesenyi, J. (2014): Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HVZ) in Baden-Württemberg – Zusammenfassung der Ergebnisse zur Evaluationsphase 2013–2014
- Greß, S.; Baan, C.A.; Calnan, M.; Dedeu, T.; Groenewegen, P.; Howson, H.; Maroy, L.; Nolte, E.; Redaelli, M.; Saarelma, O.; Schmacke, N.; Schumacher, K.; van Lente, E.J.; Vrijhoef, B. (2009): Co-ordination and management of chronic conditions in Europe: the role of primary care – position paper of the European Forum for Primary Care; *Quality in Primary Care*; 17; S. 75–86
- Groenewegen, P.P.; Dourgnon, P.; Greß, S.; Jurgutis, A.; Willems, S. (2013): Strengthening weak primary care systems: Steps towards stronger primary care in selected Western and Eastern European countries. *Health Policy* (2013); <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.05.024>
- Karsch-Völk, M.; Kamps, H.; Schneider, A. (2010): Vergleich des deutschen mit dem norwegischen Primärarztsystem aus ärztlicher Sicht; *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*; 14; S. 468–473
- Neumann, K.; Gierling, P.; Dietzel, J. (2014): Gute Praxis in der ambulanten Versorgung – Anregungen für Deutschland auf Basis internationaler Beispiele; IGES Institut, Studie im Auftrag des GKV Spitzenverbandes
- Nolte, E. (2015): Strengthening Primary Health Care: Moving from experiments to routine practice; *Eurohealth incorporating Euro Observer*; Vol. 21; Nr. 3; S. 33–36
- Pedersen, K.M.; Andersen, J.S.; Søndergaard, J. (2012): General Practice and Primary Health Care in Denmark; *Journal of the American Board of Family Medicine*; Vol. 25; March-April 2012; S. 34–38

- Roland, M.; Guthrie, B.; Thomé, D.C.; (2012): Primary Medical Care in the United Kingdom; *Journal of the American Board of Family Medicine*; Vol. 25; March-April 2012; S. 6–11
- Schweighofer, C. (2015): Styriamed – Medizin im Netzwerk; *ärztemagazin* 13-14/2015; S. 12–15
- Suominen-Taipale, A.L.; Koskinen, S.; Martelin, T.; Holmen, J.; Johnsen, R. (2004): Differences in older adults' use of primary and specialist care service in two Nordic countries; *European Journal of Public Health*, Vol. 14; Nr. 4; S. 375–380
- Van Weel, C.; Schers, H.; Timmermans, A. (2012): Health Care in the Netherlands; *Journal of the American Board of Family Medicine*, Vol. 25 (Supplement), S. 12–17
- Wiegiers, T.; Hopman, P.; Kringos, D.; de Bakker, D. (2011): Effect of the delegation of GP-home visits on the development of the number of patients in an ambulatory health-care centre in Germany.; *BMC Health Serv. Res.* 12; 355
- Versorgungsforschung (2009); Ausgabe 02: Status: Ärztenetze in Deutschland; <http://www.monitor-versorgungsforschung.de/downloads/m-vf-02-2009-Arztenetze.pdf>
- HiT Belgium: <http://www.hspm.org/countries/belgium25062012/livinghit.aspx?Section=5.3%20Primary%20/%20ambulatory%20care&Type=Section> Health Systems in Transition (HiT) profile of Belgium; online HiT; abgerufen am 14.12.2015
- HiT Norway: <http://www.hspm.org/countries/norway08012014/livinghit.aspx?Section=5.3> Primary / ambulatory care&Type=Section Health Systems in Transition (HiT) profile of Norway; online HiT; abgerufen am 11.1.2016
- <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/ambulante-versorgung/medizinische-versorgungszentren.html> abgerufen am 21.1.2016
- <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Magazine/MagazinSozialesFamilieBildung/078/kontext-t1-mvz.html> abgerufen am 21.1.2016
- <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=192> abgerufen am 21.1.2016
- <https://www.verah.de/> abgerufen am 21.1.2016

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 Landesvertretung 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.



Wann ist es Zeit für eine Bank, die Sie ein Leben lang begleitet?

Wenn Sie einen Partner suchen, dem Sie jederzeit vertrauen können.
Nehmen Sie sich Zeit für ein Gespräch mit uns: LGT Bank Österreich
Wien Tel. 01 227 59-0 und Salzburg Tel. 0662 2340-0.

LGT. Partner für Generationen. In Wien, Salzburg und
an mehr als 20 weiteren Standorten weltweit. www.lgt.at



**Private
Banking**

Die Zeitschrift für Gesundheitspolitik (ZGP) des Linzer Instituts für Gesundheitssystem-Forschung (LIG) versteht sich als Medium zur Veröffentlichung neuer Denkanstöße und Perspektiven zu aktuellen Problemen des österreichischen Gesundheitssystems. Sie will damit einen Beitrag zur innovativen Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems leisten. Themenbereiche sind etwa intra- und extramurale Versorgung, Nahtstellenmanagement, Finanzierung, Organisation und Akteure des Gesundheitssystems. Die ZGP richtet sich an Personen aus Politik, Sozialversicherung, Kammern, Wissenschaft und an alle, die am Gesundheitssystem interessiert sind.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Gerne lassen wir Ihnen unverbindlich und kostenlos ein Exemplar zukommen.

Bestelladresse:

Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (LIG)
Dinghoferstraße 4, 4010 Linz
Tel.: ++43/732/77 83 71-320
Fax: ++43/732/78 36 60-320
E-mail: bergmair@aekoee.at

Bestellformular: <http://www.lig-gesundheit.at/abonnieren>

LIG
GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

LINZER
INSTITUT
FÜR

aekoee  Ärztekammer
für Oberösterreich