

# Nix is fix

„Primary Health Care“ und der „Best Point of Service“ sind zu Modewörtern der österreichischen Gesundheitspolitik geworden. Ein Grundkonzept sollte in zwei Monaten vorliegen. Wie das aussehen wird, ist noch nicht so recht klar.

Erika Pichler

Theoretisch ist alles ganz einfach. Internationale Studien sagen, in Ländern mit stark ausgeprägter Primärversorgung „haben benachteiligte Gruppen einen besseren Zugang zur Versorgung und bei Patienten mit chronischen Erkrankungen können messbar bessere Behandlungsergebnisse erzielt werden“, erläuterte Georg Ziniel, Geschäftsführer der Gesundheit Österreich GmbH, auf der Bundes-Gesundheitskonferenz Ende März. Zudem sei die Krankenhaushäufigkeit geringer und außerdem liefere die Primärversorgung „einen wirkungsvollen Beitrag zum effektiven Einsatz der Ressourcen“.

Die Neugestaltung der medizinischen Primärversorgung ist das vielleicht wichtigste Vorhaben des Bundes-Zielsteuerungsvertrags, der im Juni 2013, also vor fast einem Jahr, präsentiert wurde (siehe Kasten). Rasch und fristgemäß unterzeichneten Wien und Oberösterreich im September des Vorjahres entsprechende Landes-Zielsteuerungsverträge, bis auf Niederösterreich, wo sich Land und Sozialversicherung immer noch nicht geeinigt haben, erledigten die anderen Bundesländer diese Hausaufgabe mit etwas Verzögerung, aber immerhin noch im Lauf des Jahres 2013. Dies sei ohnehin schon ein riesiger Fortschritt, wenn man bedenke, wie lange sonst Prozesse im Gesundheitswesen dauerten, heißt es aus der Pressestelle einer Landesregierung, die allerdings nicht zitiert werden möchte. Und weiter: „Es gibt erstmals das Verständnis, dass *jetzt* etwas passieren muss.“ Doch das „*jetzt*“ scheint trotz gesetzlicher Vorgaben ein dehnbare Begriff zu sein.

Und so wird die praktische Umsetzung auf sich warten lassen. Noch wird darüber verhandelt, wie diese Primärversorgung in Österreich aussehen könnte. Ende Juni will man sich auf ein Modell geeinigt haben. Spätestens 2015 sollen Pilotprojekte starten, die laufend evaluiert werden und

anschließend in den Regelbetrieb übergehen sollen. Aber: „Es gibt nicht das Modell, es gibt unterschiedliche Herangehensweisen“, sagt Ziniel. Auf Erprobtes kann man hierzulande nicht zurückgreifen, auch wenn einige Projekte bereits vollmundig angekündigt wurden.

## „Intensive Abstimmung“

Selbst im diesbezüglich ambitionierten Oberösterreich kann man derzeit nur von ungelegten Eiern sprechen. Dabei war man im Jänner bereits mit einem Konzept an die Öffentlichkeit gegangen, das noch heuer in Enns durchgeführt werden soll. In der 11.000-Einwohner-Stadt sollen mehrere Gesundheits-Netzwerke-Teams, bestehend aus Hausarzt, Diplomkrankenpflegekraft und Ordinationsassistenten, tätig werden, die auf Augenhöhe miteinander agieren und über eine Hotline rund um die Uhr erreichbar sind. Parallel dazu soll die Möglichkeit des direkten Facharzt- oder Ambulanzbesuchs bestehen bleiben. Ergänzt werden soll das

Modell durch bessere Präventionsangebote.

Auf Nachfrage, wie weit die praktische Umsetzung dieses im Jänner präsentierten Konzepts bereits gediehen und mit welchen Kosten

„Jetzt“ ist ein dehnbare Begriff.

## Klare Versorgungsaufträge

Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag sieht im Abschnitt „Versorgungsstrukturen“ vor, dass bis Mitte 2014 multi-professionelle und interdisziplinäre Primärversorgung („Primary Health Care“) zu konzipieren und in der Folge bis 2016 Primärversorgungsmodelle auf Landesebene umzusetzen sind.

Bis Ende 2014 sollen auf Bundesebene die für die Umsetzung des multi-professionellen und interdisziplinären

Primärversorgungsmodells erforderlichen Voraussetzungen (inklusive rechtlicher Voraussetzungen, Kompetenzprofile und Rahmenbedingungen) geschaffen werden.

Vorerst bis Ende 2016 soll mindestens ein Prozent der Bevölkerung pro Bundesland (das entspricht österreichweit mindestens 80.000 Personen) in Einrichtungen der Primärversorgung betreut werden.



Wiener Gesundheitsstadträtin  
Sonja Wehsely:  
„Bereits 2014 soll ein konkretes  
Pilotprojekt starten.“

bei Aufrechterhaltung einer Doppelstruktur (Gesundheits-Netzwerke im niedergelassenen Bereich parallel zu Spitalsambulanzen und Fachärzten) zu rechnen sei, heißt es aus der Kommunikationsstelle der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse nur: „Sehr viele Dinge befinden sich in intensiver Abstimmung mit unseren Partnern; Dutzende Fragen sind zu klären. Etwas so Umfangreiches wie eine PHC-Planung nimmt auch bei schneller Arbeitsweise einige Zeit in Anspruch.“

Im Bundesland Kärnten reagiert man auf die ÖKZ-Frage nach Umsetzungsmaßnahmen überhaupt mit der Totstell-Strategie beziehungsweise durch unauffälliges Schweigen.

### So allgemein wie möglich

Auch in Wien, das als erstes Bundesland seinen Landes-Zielsteuerungsvertrag ausverhandelt hatte und Anfang Oktober präsentierte, steht fünf Monate später in puncto Primärversorgung noch keine einzige konkrete Maßnahme fest. Immerhin gibt es gelebte Transparenz: Nicht nur der Inhalt des Landes-Zielsteuerungsvertrags, sondern auch das dazugehörige Landes-Jahresarbeitsprogramm werden ohne Umschweife aus dem Büro der Gesundheitsstadträtin übermittelt, was in anderen Bundesländern keineswegs selbstverständlich ist. Im Wiener Jahresarbeitsprogramm ist etwa unter „Maßnahme 2“ von den sogenannten NAV die Rede, den „Neuartigen ambulanten Versorgungsformen“, die in drei Wiener Bezirken mit unterschiedlichen Voraussetzungen (ein Stadtentwicklungsgebiet in Wien 21, ein spitalsnahes in Wien 22 und ein typisch urbanes in Wien 15) pilotiert werden sollen. In einer eigenen Spalte, die der Umsetzung dieser Maßnahmen gewidmet ist („Konkretisierung/Instrumente“), bleibt man jedoch so allgemein, wie es nur geht: „NAV Konzeption laut Projektplan fortsetzen“, „Weiterentwicklung des Konzeptes“, „Weiterentwicklung des Versorgungsauftrags“ heißt es dort lapidar.

Auf die Frage nach neuen Konzepten für Wien wiederholt Stadträtin Sonja Wehsely, was ohnehin bekannt ist: „Ein Großteil der gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Alltag soll in Zukunft wohnortnah durch interdisziplinäre Leistungserbringer abgeklärt werden. Dort soll auch die Fertigbehandlung der Patienten erfolgen. Allgemeinmediziner übernehmen eine Koordinationsfunktion. Das bringt mehr Service und schnellere Versorgung für die Menschen. Gleichzeitig können wir so auch Spitalsaufenthalte reduzieren.“

Warum noch kaum Konkretes auf dem Tisch liegt, erklärt Wehsely durch die parallel laufenden Verhandlungen des Bundes-Zielsteuerungsgremiums, dem auch sie selbst als Ländervertreterin angehört. Dort würden bis Ende Juni „die Eckpunkte für die neue Form der Primärversorgung auf Bundesebene erarbeitet“. Wie die aussehen wird, kann sie noch nicht sagen, „ein Dialog ist im Gang“. Wien werde die für den städtischen Bereich vorgesehenen Modelle der Primärversorgung möglichst rasch umsetzen. „Bereits 2014 soll ein konkretes Pilotprojekt starten.“ Aber „Dass am 1. Jänner 2016 alles anders ist, ist nicht möglich und auch nicht sinnvoll.“

### „Spürbare Verbesserungen“

Ein Ansatz, durch mehr Vernetzung die Primärversorgung zu optimieren, existiert in der Steiermark. Dort betreibt die steirische Ärztekammer seit fünf Jahren und in fünf Bezirken regionale Ärztenetzwerke unter dem Namen Styriamed. Um Patienten den Zugang zur ärztlichen Versorgung zu erleichtern, schließen sich Allgemeinmediziner und Fachärzte aus dem niedergelassenen Bereich wie aus Spitälern in Vereinen zusammen. Die Teilnehmer seien „per Fax und/oder E-Mail miteinander verbunden, das Netzwerk trifft sich zu gemeinsamen medizinischen Fortbildungen und organisatorischen Meetings und es gibt eine verpflichtende Teilnahme an einer Fehlermanagement-Analyse“, heißt es in einer auf der Ärztekammer-Homepage bis heute nachzulesenden Beschreibung des Leitbildes aus dem Jahr 2008. Für die Patienten würden sich daraus „spürbare Verbesserungen durch erleichterte Terminvereinbarungen im Netzwerk, abgestimmte Öffnungszeiten der Ordinationen und die kontinuierliche Verbesserung der Abläufe und Strukturen“ ergeben.

Wie sich die Zusammenarbeit heute tatsächlich gestaltet, ist leider nicht zu erfahren. Denn auf ÖKZ-Fragen wie „Worin bestehen aus heutiger Sicht konkret die Vorteile solcher Netzwerke aus der Sicht des Patienten, des Arztes und des gesamten Systems?“ erfolgt statt einer Antwort nur der Verweis auf eine Presseaussendung anlässlich der Gründung des jüngsten Styriamed-Netzwerks im Bezirk Hartberg-Fürstenfeld. „Ärztenezwerke sind eine wichtige Unterstützung unserer Patientinnen und Patienten und eine machbare Alternative zu Ärztesellschaften und Gruppenpraxen, für die es im Krankenkassensystem immer noch kaum überwindliche rechtliche Hürden gibt“, sagte Herwig Lindner, Präsident der Ärztekammer Steiermark aus diesem Anlass vor wenigen Wochen und mag damit Recht haben.“ Ob Styriamed-Erfahrungen auch in den steiermärkischen Landes-Zielsteuerungsvertrag eingeflossen sind, war nicht in Erfahrung zu bringen und darf bezweifelt werden.

### Hausarztzentrierte Versorgung

Dass es möglich ist, Versorgungsformen, die den Namen Primary Health Care verdienen, auf den Weg zu bringen, zeigt ein Beispiel aus Deutschland. Vor sechs Jahren führte in Baden-Württemberg die Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) die



Georg Ziniel, Gesundheit Österreich:  
„Es gibt nicht das eine Modell.“

Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) ein und erreichte dadurch in vieler Hinsicht einen Paradigmenwechsel. Die Teilnahme ist für Ärzte und Patienten freiwillig. Derzeit haben sich dafür 3.700 Hausärzte inklusive Kinder- und Jugendärzte (57 Prozent) und 1,2 Millionen (31 Prozent) Versicherte der AOK Baden-Württemberg entschieden. Der wesentlichste Unterschied zur Regelversorgung: Patienten binden sich mindestens zwölf Monate an einen Hausarzt und haben ausschließlich mit seiner Überweisung Zugang zu einer anderen Versorgungsebene. Dadurch habe man eine Verringerung von unkoordinierten Facharztkontakten um 12,5 Prozent erreicht, sagt Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg. Auch die Spitalweisungen und die Arzneimittelquoten hätten sich dadurch reduziert. „Auch der intensivere Austausch in mehreren 100 etablierten Qualitätszirkeln, darunter zur Arzneimitteltherapie, zahlt sich hierbei aus.“

### Mobile Versorgungsassistentinnen

Für die Ärzte bringt der HZV-Vertrag vor allem die Verpflichtung mit sich, nach evidenzbasierten Leitlinien zu behandeln und an Disease-Management-Programmen teilzunehmen, außerdem die Verpflichtung zur hausarztspezifischen Fortbildung sowie zur Nutzung einer bestimmten Software und eines bestimmten Arzneimittelmodus. Sie können dafür mit einer Vergütung rechnen, die um 20 bis 30 Prozent über der Regelvergütung liegt und aus einfach zu errechnenden Komponenten besteht (kontaktabhängige und

-unabhängige Pauschalen, Vorhaltezuschläge, Einzelleistungen – etwa für Krebsfrüherkennungsmaßnahmen oder „Besuche zur Unzeit“ – sowie ergebnisabhängige Vergütungen, zum Beispiel bei Erreichen bestimmter Impfquoten).

Zudem wird die hausärztliche Tätigkeit durch die Installation von sogenannten Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAHs) erleichtert. Das sind medizinische Fachangestellte, die zu diesem Zweck 200 Unterrichtseinheiten Weiterbildung absolvieren. „Sie optimieren die Versorgung von chronisch kranken Patienten, sie entlasten den Arzt durch Unterstützung bei ärztlich abgestimmten Hausbesuchen und beim Impf- und Medikamentenmanagement“, sagt Hermann. Die AOK unterstützt HZV-Ärzte finanziell bei der Bereitstellung eines sogenannten VERAHmobils, um das Absolvieren von Hausbesuchen zu erleichtern. HZV-Ärzte, die eine VERAH in der Praxis beschäftigen, erhalten zudem einen Zuschlag auf die Chronikerpauschale. Auch dadurch werde der besonders hohe Versorgungsaufwand für multimorbide Patienten honoriert.

Der österreichische Gesundheitsminister betonte auf der Bundes-Gesundheitskonferenz, dass er Einschreibemodelle wenig attraktiv findet. ::

Dr. Erika Pichler  
pichler@schaffler-verlag.com



**25. - 26. Juni 2014**  
Austria Trend Eventhotel Pyramide Vösendorf

[www.iir.at/diespital.html](http://www.iir.at/diespital.html)



15 % Ermäßigung  
mit Schaffler Verlag  
Vorteilskarte

## Notfall: Integrierte Versorgung Kann die Reform das System heilen?

- Wo ist der „**Best Point of Service**“? – Zur richtigen Zeit, am richtigen Ort & in der richtigen Qualität
- **Extramuraler versus intramuraler Bereich** – Die uferlose **Schnittstellenproblematik** und Lösungskonzepte
- **Interdisziplinarität** in Krankenhäusern – **Abteilungsdenken Ade!**
- Das Krankenhaus als Arbeitgeber – **HR-Ressourcenplanung und Optimierung**
- **Innovations in Health Care Delivery** – Naomi Fried, Ph.D., Chief Innovation Officer, Boston Children's Hospital

**Parallel finden statt:**






**Kontakt:**  
Magdalena Ludl  
Customer Service, IIR Österreich GmbH  
Tel.: +43 (0)1 891 59 - 212  
E-Mail: magdalena.ludl@iir.at

Unsere Partner:





**Key Note:**



Bundesminister  
Alois Stöger



Bundesminister  
Rudolf Hundstorfer