



Ende des Einzelkämpfertums in der Primärversorgung?

Foto: MAST - Fotolia.com

# Wunschzettel

**Ende Juni wurde das Konzept zur Primärversorgung von den Systempartnern unterzeichnet. Ehe der erste Patient in einer dieser erst zu schaffenden Einrichtungen betreut werden kann, müssen nicht nur rechtliche Fragen beantwortet werden.**

**Elisabeth Tschachler**

**M**it Umfragen ist das so eine Sache: Meist kommt durch geschickte Fragestellung das heraus, was der Auftraggeber hören und verlauten will. Aber manchmal sind die Ergebnisse doch recht aufschlussreich. 50 Prozent der österreichischen Bevölkerung haben keine Ahnung, ob sie es gut oder schlecht finden sollen, wenn sie nicht mehr nur vom Hausarzt, sondern von einem ganzen Team aus Allgemeinmedizinern, Pflegepersonen und Therapeuten betreut werden. Das ergab die Bevölkerungsstudie zur Gesundheitsreform, die das Marktforschungsinstitut GfK im Auftrag des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger im April und Mai dieses Jahres durchgeführt hat.

## **Erste Stufe**

Dabei wurde diese Art der Primärversorgung im Team („Primary Health Care“ PHC) bereits 1978 von der Weltgesundheitsorganisation WHO definiert: als erste Stufe eines Versorgungsprozesses, für jedermann leicht zugänglich und in die Lebens- und Arbeitswelt der Patienten integriert. Was in Ländern wie Australien, England, Spanien, den Niederlanden, Finnland oder Dänemark seit längerem Standard ist, das soll es demnächst auch in Österreich geben. Ende Juni einigten sich die Mitglieder der Bundes-Zielsteuerungskommission auf ein Konzept, das in den vergangenen Monaten von Vertretern von Bund, Ländern, der Sozialversicherung und der Gesundheit Österreich GmbH ausgearbeitet worden war. Das 27-Seiten-Papier sieht „die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung“ vor, ganz so, wie es in Paragraph drei des Bundes-Zielsteuerungsvertrags festgeschrieben ist. Für Gesundheitsminister Alois Stöger „ein Brückenschlag in die Zukunft.“<sup>41</sup>

Gleich mehrere Probleme des österreichischen Gesundheitswesens soll das Modell der Primärversorgung lösen:

- :: die unzureichende Lenkung der Patienten durch das Gesundheitssystem, zumal in Ballungsgebieten auch die medizinische Grundversorgung immer öfter in den Spitalsambulanzen stattfindet;
- :: die im internationalen Vergleich immer noch zu häufigen stationären Aufnahmen;
- :: die mangelnde Koordinierung der einzelnen Versorgungsstufen sowie der Gesundheits- und Sozialdienste;
- :: die aus Patientensicht wenig serviceorientierten Öffnungszeiten im ambulanten Bereich;
- :: die bislang unkoordinierte und bruchstückhafte Gesundheitsförderung und Prävention.

Zugleich sollen die einzelnen Versorgungswege transparenter werden, die Behandlung von chronischen Patienten kontinuierlicher und nachhaltiger, der Beruf des Allgemeinmediziners attraktiver und die Honorierung so gestaltet, dass effektive und nicht quantitative Leistungserbringung einen Anreiz darstellt. Möglich soll das alles durch eine Vernetzung der einzelnen Akteure werden, die sich tatsächlich oder virtuell um das Kernteam aus Hausarzt, Krankenpflegeperson und Ordinationsassistent gruppieren, eine Erreichbarkeit von 24 Stunden an sieben Tagen der Woche garantieren, Hausbesuche machen und von einer zusätzlichen telefon- und webbasierten medizinischen Auskunft unterstützt werden.



Public-Health-Experte  
Franz Piribauer:  
„Keine Referenzen auf internationale Standards.“

### Naives Papier

„Das ist nicht mehr als ein Wunschzettel“, sagt der Arzt und Public-Health-Experte Franz Piribauer, Mitbegründer des Sozialmedizinischen Zentrums Graz-Süd Liebenau, eines bereits in den 1980er-Jahren etablierten PHC-ähnlichen Projekts. Auch wenn Piribauer es insgesamt löblich findet, dass mit 30 Jahren Verzögerung endlich auch in Österreich Schritte in Richtung organisierter Primärversorgung gesetzt werden, so vermisst er „in dem absolut naiven Papier Referenzen auf bestehende Modelle in anderen Ländern und internationale Standards“. Ebenso fehle die sorgfältige Analyse des Ist-Zustandes, was allerdings nicht weiter verwunderlich sei, denn die Politik wisse aufgrund des chronischen Datenmangels gar nicht, was sie alles nicht wisse. Jedenfalls werde „es nicht damit getan sein, dass sich ein paar Leute zusammentun und auf ihr Türschild Primary Health Care schreiben“, sagt Piribauer.

„Es braucht unbedingt eine entsprechende Ausbildung der Akteure“, sagt Martin Sprenger, Allgemeinmediziner und Leiter des Universitätslehrgangs Public Health an der Medizinischen Universität Graz, „da sind wir ebenso rückständig wie in der Versorgungsforschung.“ An einer Reform der Allgemeinmediziner-Ausbildung wird schon lange gebastelt, jetzt gibt es einen Gesetzesentwurf, der noch dieses Jahr im Nationalrat beschlossen werden soll. Die detaillierten Ausbildungsinhalte sind Sache der Ärztekammer. Auch die Pflegeausbildung soll entsprechend angepasst werden.

„Es braucht unbedingt eine entsprechende Ausbildung der Akteure“, sagt Martin Sprenger, Allgemeinmediziner und Leiter des Universitätslehrgangs Public Health an der Medizinischen Universität Graz, „da sind wir ebenso rückständig wie in der Versorgungsforschung.“ An einer Reform der Allgemeinmediziner-Ausbildung wird schon lange gebastelt, jetzt gibt es einen Gesetzesentwurf, der noch dieses Jahr im Nationalrat beschlossen werden soll. Die detaillierten Ausbildungsinhalte sind Sache der Ärztekammer. Auch die Pflegeausbildung soll entsprechend angepasst werden.

Was die Finanzierung anlangt, ist noch alles offen. Etwas verquast heißt es im Konzept, dass ein „gemeinsames Finanzierungspaket zu schnüren [sein wird], das dem Versorgungsangebot in den jeweiligen Sektoren gerecht wird“. Immerhin besteht die Möglichkeit, für den Auf- und Ausbau der multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung Mittel aus dem EU-Förderungsprogramm ländlicher Entwicklung ELER zu lukrieren. Und zwar bis 2020 rund zehn Millionen Euro, die Gesundheitsdiensteanbietern, Städten und Gemeinden zugutekommen sollen. Allerdings nur bei einer Kofinanzierung durch die Länder. Aus dem Finanzministerium wiederum ist zu hören, dass das Primary-Health-Care-Konzept begrüßt werde, dass es aber wichtig sei, die Ausgabenobergrenzen einzuhalten und Doppelstrukturen zu vermeiden.



Martin Sprenger, MedUni Graz:  
„Hochtechnikmedizin ist nicht gleichbedeutend mit einer Verbesserung der Gesundheit.“

### Kein Geldsack

Über die Art der Honorierung der einzelnen Berufsgruppen, allen voran der Ärzte, muss ebenfalls erst verhandelt werden, was umso schwieriger ist, als die Honorierungsordnungen der einzelnen Krankenkassen schon jetzt äußerst unterschiedlich sind. Im Konzept werden mögliche Modelle – Budget, Kopfpauschale, Fallpauschale, Einzelleistungsvergütung, Pay for Performance – mit Vor- und Nachteilen aufgezählt, ohne dass einem der Vorzug gegeben wird. „Wenn der Schwerpunkt nicht mehr auf der Einzelleistung, sondern auf der Betreuung und Begleitung der Patienten liegt, muss das honoriert werden“, sagt Bernhard Wurzer, stellvertretender Generaldirektor im Hauptverband der Sozialversicherungsträger. Nachsatz: „Ohne dass solche Posten immer dazu addiert werden.“ Zudem muss auch erst vereinbart werden, wie das Einkommen der anderen Teammitglieder geregelt wird. „Dass man einen Geldsack in die Mitte stellt und der Arzt teilt den Inhalt unter den Akteuren auf, wird es jedenfalls nicht spielen“, sagt Gabrielle Jaksch, Präsidentin von MTD-Austria, dem Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs, zu denen Diätologinnen ebenso gehören wie beispielsweise Physiotherapeuten oder Logopädinnen.

### Freie Arztwahl

Laut Piribauer gibt es international „eine scharfe Hinwendung zur Kopfpauschale“. Das bedeutet: Alle Menschen eines Einzugsgebietes sind bei einem Team eingeschrieben. Das muss nicht für alle Zeiten sein, in Frankreich etwa gilt die Bindung nur ein Jahr. Mit dieser Honorierungsweise wird Überversorgung eingedämmt und sie befördert Patientenorientierung und Wettbewerb. Bloß ist sie mit der in Österreich nach wie vor politisch



Bernhard Wurzer, Hauptverband:  
„Wenn der Schwerpunkt nicht mehr auf der Einzelleistung liegt, muss das honoriert werden.“

gewollten freien Arztwahl nicht vereinbar. Das Festhalten an der freien Arztwahl ist überhaupt so eine Sache, die den Erfolg einer funktionierenden Primärversorgung gefährdet. „Es geht um die Stärkung der Rolle der Allgemeinmedizin, eine klare Profilbildung gegenüber der zweiten Versorgungsstufe (ambulante spezialisierte Versorgung durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte, Ambulatorien und Spitalsambulanzen), ohne damit den freien Zugang zu den einzelnen Versorgungsstufen zu beschränken“, lautet das Vorhaben im Konzept, das ein wenig nach Quadratur des Kreises klingt.

Die GfK-Umfrage ergab, dass zwar 93 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher angeben, einen Haus- bzw. Vertrauensarzt zu haben. Aber für rund jeden Zweiten ist der bei medizinischen Problemen nicht die erste Anlaufstelle: Facharzt oder Spitalsambulanz werden eher angesteuert. Und rund ein Drittel der Befragten sieht auch keinen Vorteil darin, wenn der Hausarzt alle Fäden in der Hand hält. Wie also sollen die Menschen in die Primärversorgung neuen Zuschnitts umgelenkt werden, wenn es ihrem Gutdünken überlassen bleibt, wo sie um medizinische Behandlung einkommen? Der Zielsteuerungsvertrag sieht vor, dass bis 2016 ein Prozent der österreichischen Bevölkerung in den PHC-Modellen betreut wird. Bernhard Wurzer ist vom „Steuerungseffekt durch die normative Kraft des Faktischen“ überzeugt, was wohl so viel heißt wie: Die Ärzte und Ärztinnen engagieren sich in PHC und nehmen ihre Patienten quasi mit.

### Arzt im Mittelpunkt

Dass sich die Ärzte für die neue Primärversorgung begeistern, stand bis zuletzt auf der Kippe und ist auch weiterhin alles andere als gesichert. In den ersten Entwürfen kamen die Begriffe „Hausarzt“ oder „Allgemeinmediziner“ nicht ein einziges Mal vor. Vielmehr war stets von „multiprofessioneller und interdisziplinärer Versorgung“ die Rede. Grund genug für die Ärztekammer, die Abschaffung des Hausarztes und überhaupt „der sozialen Medizin, wie wir sie kennen“ zu wähen und sich „gegen Schildbürgerstreiche in der Gesundheitspolitik“ in Position zu bringen. So wurde in



Sebastian Huter:  
Lernen, wie man  
im Team arbeitet.

### Optimistische Jungmediziner

Die JAMÖ, die Gruppe der jungen Allgemeinmediziner Österreichs, macht das bestehende Konzept der Primary Health Care „optimistisch, dass wir in Zukunft bessere Arbeitsbedingungen und mehr Teamarbeit in der Primärversorgung vorfinden werden, womit auch das Profil des Faches Allgemeinmedizin geschärft wird“. Allerdings findet JAMÖ-Sprecher Sebastian Huter die freie Arztwahl „kontraproduktiv. Die PHC sollte die erste Anlaufstelle sein. Dafür muss sich aber erst eine Kultur entwickeln.“

Jedenfalls müsse laut Huter die Ausbildung angepasst werden. Es müsse Leadership gelehrt werden, aber auch, wie man im Team arbeitet. Auch Lehrinhalte zu Prävention und Gesundheitsförderung fehlen derzeit weitgehend im Medizinstudium und in der Ausbildung zum Allgemeinmediziner.

der letzten Verhandlungsrunde der Hausarzt, bisher nicht gerade Liebling der Politiker, zur zentralen Person der Primärversorgung à l'autrichienne, womit weder die Patientenanwaltschaft – die naturgemäß gern die Patienten im Mittelpunkt sehen würde –, noch die anderen Berufsgruppen eine große Freude haben.

„International ist es üblich, dass abgesehen von Ärzten auch die Vertreter von MTD-Berufsgruppen als Erstes aufgesucht werden können, wenn sie gewisse Kriterien erfüllen“, sagt Gabriele Jaksch und will diese Bestimmung auch in Österreich verankert sehen. „Das ist insofern sinnvoll, als die Ärzte es allein nie schaffen werden, die Menschen auch präventiv und im Sinn der Gesundheitsförderung zu versorgen.“ Auch die Präsidentin des Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes Ursula Frohner ist vom gelungenen Versuch der Ärztekammer, die Vormachtstellung der Hausärzte abzusichern, wenig begeistert.

### Pseudolösungen mit Staubsaugereffekt

Als Erstes müssen nun ohnehin legislative Schritte gesetzt und ein Rahmenregelwerk für die einzelnen Organisationsformen geschaffen werden. Dabei geht es um Berufsrechte ebenso wie um Haftungsfragen. Bis Ende des Jahres sollen die entsprechenden Gesetze im Parlament beschlossen sein. An Pilotprojekten wird jetzt schon getüftelt, sie dürfen in Großstädten anders aussehen als auf dem Land. Das genaue Leistungsspektrum muss erst mit der Sozialversicherung und anderen Finanzierungsträgern vereinbart werden. Dabei ist unter anderem eins wichtig, sagt Martin Sprenger: „Alle Beteiligten müssen verstehen, dass Hochtechnikmedizin nicht gleichbedeutend mit einer Verbesserung der Gesundheit ist.“ Doch dieser Gedanke sei derzeit so fest in den Köpfen verankert, dass alles auf die Versorgung im Krankenhaus ausgerichtet sei. Deshalb sei zu befürchten, dass etliche der Projekte, die jetzt aufgesetzt werden, „Pseudolösungen sind, den Krankenhäusern vorgeschaltete Einrichtungen, die im Grunde nichts anderes sind als eine Triagegestelle. Durch die Nähe zu dem technischen Pipapo im Spital kann es dann zu einem Staubsaugereffekt kommen – das bedeutet: noch mehr Ambulanzbesuche und stationäre Aufenthalte.“

Ob die Ärzteschaft und Vertreter anderer Gesundheits- und Sozialberufe überhaupt an Primary Health Care teilnehmen wollen, ist nicht nur eine Frage der Legistik, des Honorars und der Reibereien zwischen den einzelnen Berufsgruppen. „Dieses Konzept richtet sich [...] in erster Linie an die zukünftigen Einsteiger in die Primärversorgung“, umschreiben die Autoren das Faktum des Trägheitsmoments und Verharrens in gewohnten Strukturen. So geht auch Bernhard Wurzer vom Hauptverband nicht davon aus, dass die PHC-Netzwerke wie Pilze aus dem Boden schießen werden, und setzt auf nachfolgende Generationen. „Die jüngere Generation ist teamorientiert“, weiß Martin Sprenger aus seiner Arbeit mit Medizinstudenten und Jungärzten, „von 100 wollen 100 nicht mehr allein in einer Praxis sitzen“. ::

Literatur:

<sup>1</sup> Das Team rund um den Hausarzt. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Zugang: <http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH0998/CMS1404305722379/primaerversorgung.pdf>. Zugriff: 2.7.2014.

Elisabeth Tschachler  
[tschachler@schaffler-verlag.com](mailto:tschachler@schaffler-verlag.com)