

Ergebnisbericht

Analyse und Bewertung internationaler und nationaler Entwicklungen im Bereich der Primärversorgung

Kompetenzzentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsökonomie

(ZEG)

Mai 2019

Impressum

Herausgeber:

Universität für Weiterbildung Krems (Donau-Universität Krems), Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30,
3500 Krems

Gesamtprojektleitung: Dr.ⁱⁿ Eva Krczal

Department für Wirtschaft und Gesundheit
Kompetenzzentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsökonomie (ZEG)
Tel.: +43 2732 893 – 2641
E-Mail: eva.krczal@donau-uni.ac.at

Finanzierung:

Der Bericht wurde im Auftrag des Niederösterreichischen Gesundheitsfonds (NÖGUS) erstellt

Zitiervorschlag:

Krczal E, Braun A, Franczukowska A: Analyse und Bewertung internationaler und nationaler Entwicklungen im Bereich der Primärversorgung, Universität für Weiterbildung Krems, 2019.
Doi: <https://doi.org/10.48341/yvcb-eg79>

Abkürzungsverzeichnis

ACSC	Ambulatory Care Sensitive conditions
ALVA	Automatische Leistungen der Vertragspartner abrechnen
ARRS	Additional Roles Reimbursement Scheme
AU	Arbeitsunfähigkeit
BIP	Bruttoinlandsprodukt
CCG	Clinical Commissioning Group
COPD	Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung
DES	Directed Enhanced Services
DM2	Diabetes mellitus Typ 2
DoH	Department of Health
EU	Europäische Union
FA	Fachärztin/-arzt
FOKO	Folgekosten
GP	General Practitioner
HEMA	Heilmittelabrechnung
ICS	Integrated Care System
KAL	Katalog ambulanter Leistungen
KH	Krankenhaus
LHB	Local Health Board
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
MBDS	Minimum Basic Data Set
NHS	National Health Service
NHSCB	NHS Commissioning Board
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PCC	Patient and Client Council

PCG	Primary Care Group
PCH	Primary Care Home
PCN	Primary Care Network
P4P	Pay-for-Performance
PCT	Primary Care Trust
PHC	Primary Health Care
PVE	Primärversorgungseinheit
QOF	Quality Outcomes Framework
SHA	Strategic Health Authority
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SMC	Scottish Medicines Consortium
SV	Sozialversicherung
UK	United Kingdom
WHO	World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Cluster des Aneurin Bevan University Health Boards (Quelle ABUHB, 2018)	24
Abbildung 2: Primärvorsorgungs Orientierungshilfe (Quelle: Kringos, 2010a).....	52

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Prozessindikatoren zur Evaluation von Einrichtungen der Primärversorgung	53
Tabelle 2: Ergebnisindikatoren zur Evaluation von Einrichtungen der Primärversorgung	54
Tabelle 3: Wirtschaftlichkeitsindikatoren zur Evaluation von Einrichtungen der Primärversorgung ...	54
Tabelle 4: Qualitätsindikatoren des Master-Evaluationskatalogs für österreichische Einrichtungen der Primärversorgung.....	56
Tabelle 5: Ökonomische Outcomes aus den Monitoring-Indikatoren der Primärversorgung.....	59

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3
Abbildungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	4
A Analyse und Evaluierung von Strukturen und (Pilot-)Projekten im Bereich der Primär- und multiprofessionellen Fachversorgung	7
1 Einleitung	7
2 Strukturmerkmale von Primärversorgungszentren	10
2.1 Governance-Perspektive	10
2.2 Ökonomische Konditionen	11
Literatur	13
3 Strukturen und Projekte der Primärversorgung im UK	15
3.1 Einleitung	15
3.1.1 Überblick über das Gesundheitswesen des UK	15
3.1.2 Bedeutende strukturelle Reformschritte	16
3.1.3 Das Gesundheitssystem des UK in Zahlen	17
3.1.4 Organisatorische Unterschiede der UK Länder	17
3.2 Primärversorgung im UK	19
3.2.1 Organisatorische Aspekte	19
3.2.2 Finanzielle Aspekte	21
3.2.3 Personelle und kooperative Aspekte	22
3.3 Primärversorgung in Gwent (Wales)	23
3.3.1 Organisatorische Aspekte	23
3.3.2 Personelle und kooperative Aspekte	24
3.3.3 Neue Primärversorgungsmodelle: Pilotprojekt „Allgemeinmedizinische SozialarbeiterInnen“	28
3.4 Primary Care Networks im UK	28
3.4.1 Ziele	29
3.4.2 Organisation	29
3.4.3 Finanzierung	30
3.4.4 Risiken und Herausforderungen	30
Literatur	32
4 Analyse von Pilotprojekten der Primärversorgung in Österreich	34
4.1 Hintergrund und Ziel der Befragung	34
4.2 Ziele der Erhebung	34

4.3	Methode	35
4.4	Ergebnisse der Einzelinterviews mit AllgemeinmedizinerInnen aus PVEs.....	36
4.4.1	Beweggründe für die Gründung einer PVE bzw. den Beitritt in eine PVE.....	36
4.4.2	Herausforderungen im Arbeitsalltag einer PVE.....	37
4.4.3	Arbeitsbedingungen in einem Gesundheitszentrum.....	40
	Literatur.....	49
B	Entwicklung ökonomisch relevanter Kennzahlen im Zusammenhang mit der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems und dessen Einrichtungen inkl. der Primärversorgung	50
1	Ziele und Funktionen von Indikatoren-Sets	50
2	Konzeptueller Bezugsrahmen für Indikatoren-Sets in der Primärversorgung	50
2.1	Benchmarksystem von Kringos et al. (2010).....	51
2.2	Indikatoren-Sets für Pilotprojekte der Primärversorgung in Deutschland	52
3	Indikatoren-Sets für die Primärversorgung in Österreich	55
3.1	Master-Evaluationskatalog für österreichische Primary Health Care (PHC) Einrichtungen	55
3.2	Monitoring-Indikatoren der Primärversorgung	58
	Literatur.....	64
C	Analyse und Evaluierung struktureller Entwicklungen im Bereich der Gesundheitsplanung	66
1	Ziele der Erhebung	66
2	Methode	66
3	Rahmenbedingungen für die Verbreitung von Primärversorgungseinheiten in Österreich.....	68
3.1	Status der Allgemeinmedizin in Österreich	69
3.2	Zwischen Kooperation und Wettbewerb.....	71
3.3	Interesse von Seiten der JungärztInnen.....	71
3.4	Unklarheiten bei AllgemeinmedizinerInnen in Einzelpraxen.....	73
3.5	Institutionelle und rechtliche Rahmenbedingungen	74
3.6	Nachteile und Risiken in Verbindung mit der Arbeit in einer PVE	75
3.7	Fördernde Faktoren zur Verbreitung von Primärversorgungseinheiten	76
3.8	Wünsche/Empfehlungen aus Sicht der befragten AllgemeinmedizinerInnen	77
3.8.1	Wünsche/Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Primärversorgung in Österreich .	77
3.8.2	Wünsche/Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Primärversorgungseinheiten in Österreich	80
4	Empfehlungen für die zukünftige Entwicklung von Primärversorgungseinheiten.....	82
	Literatur.....	86

A Analyse und Evaluierung von Strukturen und (Pilot-)Projekten im Bereich der Primär- und multiprofessionellen Fachversorgung

Alexander Braun

1 Einleitung

Primärversorgung, eine aus dem Englischen übersetzte Bezeichnung für *Primary Health Care*, stellt das Rückgrat der modernen Gesundheitsversorgung dar. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) verortet die Primäre Gesundheitsversorgung sogar unter dem Artikel 25 der universellen Erklärung der Menschenrechte, die ein Recht auf individuelle Gesundheitsversorgung und gesundheitliches Wohlbefinden verbrieft. Was unter Primärversorgung verstanden wird, ist jedoch nicht einheitlich definiert und bedarf deswegen einer konzisen Eingrenzung. Gerade für die österreichische Versorgungslandschaft, die aufgrund des hochgradig ausgeprägten Föderalismus sehr stark fragmentiert ist, gibt es bzgl. einer einheitlichen Definition auch unterschiedliche Herangehensweisen in der Umsetzung dieser Strategie. Grundsätzlich lässt sich jedoch festhalten, dass Primärversorgung einen hohen Stellenwert in der österreichischen Gesundheitsversorgung hat und die Evidenzlage von starken Primärversorgungssystemen hinsichtlich der positiven Outcomes eindeutig ist (Aaraas, Søråsdekkan & Kristianse, 1997; Atun, 2004; Erlinghagen & Pihl, 2004; Kringos et al., 2010a/2010b/2013; Garrido, Zentner & Busse, 2011; Garson, et al., 2012). In einem Bericht für Österreich stellten Czypionka & Ulinski (2014) verschiedene Ansätze der Primären Gesundheitsversorgung vor und hielten fest, dass im aktuellen Bundes-Zielsteuerungsvertrag grundsätzlich eine Stärkung der Primärversorgung gefordert wird. So sieht der Art. 5 Abs. 3 vor: „*Der Bereich der Primärversorgung (»Primary Health Care«) ist nach internationalem Vorbild auch im niedergelassenen Bereich zu stärken*“. Denn wie in vielen Industrienationen steht auch Österreich vor der Veränderung des Versorgungsbedarfs, der ursprünglich von infektiösen Krankheiten geprägt war und nun von chronisch-degenerativen Störungs- und Krankheitsbildern beeinflusst wird. Aufgrund dessen steht die Versorgungslandschaft in einem kontinuierlichen Veränderungs- und Anpassungsprozess, der einer interprofessionellen Versorgung bedarf (Cutler & Meara, 2004). So muss sich beispielsweise die Versorgung vom Bedarf ehemals bettlägeriger PatientInnen auf relativ aktive und mobile chronisch Kranke umstellen und der Behandlungsbedarf sowie die Therapieangebote an diese PatientInnengruppe müssen angepasst werden. Denn es zeigt sich auch durch die stärkere Verzahnung der Sektoren im Gesundheitswesen, dass sich auch aufgrund der steigenden Anspruchshaltungen und besser informierten PatientInnen die Nachfrage nach medizinischen Angeboten verändert und die Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung komplexer werden und sich hochgradig spezialisieren.

verändern sich auch die Anforderungen an die Primärversorgung, die neben den klassischen individuellen medizinischen Problemstellungen auch bevölkerungsgesundheitliche Antworten auf chronisch-degenerative Krankheiten finden muss (Linde-Feucht & Coulouris, 2015). Diesen strukturellen Wandel berücksichtigte die WHO schon 1978 in der Alma Ata Deklaration, die festhält: Das Gesundheitssystem „*empower(s) people and communities; multisectoral policy and action; and primary care and essential public health functions as the core of integrated health services*“ (WHO, 2019). Somit spielen neben der interprofessionellen Verzahnung auch die Integration der

Primärversorgung und Public Health eine wichtige Rolle für eine nachhaltige Gesundheitsversorgung (Rechel, 2020). Damit sollen präventive und kurative Bereiche in die Primärversorgung integriert werden und individualmedizinische Ansätze mit kollektiven Ansprüchen der Gesundheitsversorgung in der Primärversorgung ineinander greifen (vertikale Integration). Am Beispiel Großbritanniens sieht man diesen Ansatz idealtypisch umgesetzt und es zeigt sich, dass dort die bevölkerungsgesundheitlichen Fragen mit Primärversorgung assoziiert werden.

Im Public-Health-Ansatz der WHO lassen sich hierbei Gesundheitssysteme sowohl auf der Makro- als auch auf der Mikroebene, über die Priorisierung der Bedürfnisse (Universalität, Zugang und Bezahlbarkeit) bewerten und entsprechende Klassifikationen der Primärversorgung in Ländern ausmachen (White, 2015). Gerade im Hinblick auf den Zugang zum System bietet die Primärversorgung die Schlüsselrolle und fungiert in vielen Gesundheitssystemen als einziger direkter Zugang zur sekundären und tertiären Versorgung (Stichwort: *Gate-Keeping*). Während in Österreich die freie ÄrztInnenwahl ein großes Gut darstellt, ist es in Großbritannien und in den Vereinigten Staaten vielmehr so, dass die Primärversorgung den Zugang zur sekundären und tertiären Versorgung komplett steuert und die Überweisung zur fachärztlichen und intramuralen Versorgung, mit wenigen Ausnahmen, nur über die/den HausärztIn (General Practitioner) erfolgt. Gleichzeitig bedeutet dies aber auch, dass nicht alle Primärversorgungsinstanzen mit einem *Gate-Keeping-System* versehen werden müssen, sondern oftmals auch nur als priorisierte Stelle für den medizinischen Erstkontakt angedacht sind und zwar eher steuernd anstatt regulierend (*first stop health care*) (Czypionka & Ulinski, 2014). Dadurch sollen die komplette Versorgungskette und -prozesse von einer/m PrimärversorgerIn koordiniert und gesteuert werden. Gleichzeitig sollen alle Informationen auch dort gebündelt werden, um die Behandlung entsprechend effizient gestalten zu können. Diese Effizienzüberlegungen sind es, was die Primärversorgungslandschaft in Großbritannien ausmacht und gerade an der Ausgestaltung der Primärversorgungseinrichtungen als ‚One stop shop‘ festhalten lässt (Shahzad et al., 2019; Rechel, 2020). Dies bedeutet aber auch, dass Primärversorgungseinheiten als primäre Anlaufstelle auch in der Lage sein sollten, möglichst viele Untersuchungen, Diagnostikverfahren und Behandlungen anbieten zu können. Auch aus Gründen der Kostenamortisation können die gemeinschaftliche Nutzung von Medizintechnik und radiologischen Diagnoseverfahren zur Kostenreduktion sowohl aus betriebs- als auch volkswirtschaftlicher Sicht führen (Luft, 1981; Breyer, Zweifel & Kifmann, 2013: 470f.). Gerade aus gesundheitsökonomischer Sicht zeigt sich, dass sich durch diese Stärkung der Primärversorgung mit einem Gate-Keeper-System oftmals die Dauer stationärer Aufenthalte verkürzen, unnötige Arztbesuche vermeiden und eine extramurale Versorgung chronischer Erkrankungen gewährleisten lassen (Erlinghagen & Pihl, 2004; Garrido, Zentner & Busse, 2011; Garson et al., 2012).

Aus mikroökonomischer Betrachtungsweise ergeben sich hierbei aber auch Probleme des Marktversagens, die v.a. aus der Nutzung gemeinschaftlicher Gerätschaften und anderer Ressourcen resultieren (Stichwort: Kollektivgutprobleme). Einerseits lässt sich feststellen, dass es durch die Zentralisierung der Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (PVE) zu längeren Wartezeiten kommen kann und sich aus institutionenökonomischer Sicht auch ein höherer Wartungsaufwand und höhere Grenzkosten durch die gemeinsame Nutzung von Gerätschaften und Ressourcen ergeben (Hiatt, 1975; Weinstein, 2001). Dieser Problemstellung lässt sich dabei relativ einfach durch eine gemeinsame Beteiligung an Budget und einer gemeinsamen Ressourcenallokation entgegenwirken. Dies geschieht durch Gesellschafterregelungen und einer „*Quid-pro-quo*“-Regelung in der gemeinsamen Nutzung von Geräten und der Praxisausstattung.^[1] Gleichzeitig lässt sich auch festhalten, dass die Primärversorgungseinheiten effizienter sind, wenn sie als One-stop-shop konzipiert sind. So zeigt

sich, dass ein Ausbau der Primärversorgung deutlich ineffizienter ist, wenn AllgemeinmedizinerInnen aufgrund mangelnder Ausbildung und berufsrechtlicher Kompetenzzuordnung Tätigkeiten an FachärztInnen auslagern müssen, weil sie diverse Behandlungen nicht durchführen können oder dürfen (Luft, 1981). Auf der anderen Seite ist es aber auch so, dass bis heute ein Teil der Tätigkeiten in der Primärversorgung von ärztlichem Personal durchgeführt werden muss, die – aufgrund der Erfahrungen anderer Länder – problemlos an pflegerisches Personal delegiert werden könnten. Konkret fordert das Institut für Höhere Studien: „*Standespolitische Interessen sollten hierbei gegenüber aufgabenorientierter Sachkompetenz in den Hintergrund treten*“ (Czypionka & Ulinski, 2014: 31). Beispielsweise lässt sich ein Teil der medizinischen Dokumentation und Hilfstätigkeiten, wie Blutabnahme und Blutzuckermessung, an die medizinische Hilfskraft verlagern. Gerade in der organisationalen Ausgestaltung von Primärversorgungszentren lassen sich auch Synergieeffekte durch die interprofessionelle und –disziplinäre Zusammenarbeit andenken (Schuss & Blank, 2018). Interdisziplinäre Konzile zu schwereren Krankheitsbildern und –verläufen können hierbei im PVE behandelt werden und können unter Umständen die Einweisung in das Krankenhaus verhindern (Macinko, Starfield & Shi, 2003). Organisationstheoretisch lassen sich drei Arten von PVE unterscheiden (Breyer, Zweifel & Kifmann, 2013, S. 466ff.):

1. *Health Maintenance Organisation (HMO)*, in der die Krankenkasse als Leistungserbringer auftritt und Versicherungsleistungen und Versorgung komplett integriert sind.
2. *Preferred Provider Organisations (PPO)*, in denen die PatientInnen ihre Präferenz bzgl. der HausärztIn vorgegeben und diese als PrimärversorgerIn fungiert und
3. *Independent Practice Associations (IPA)*, in denen auf eine freie Arztwahl durch eine verpflichtende Einschreibung verzichtet wird.

Grundsätzlich lässt sich gesundheitsökonomisch zeigen, dass PVEs „*im Vergleich zu einer konventionellen Versorgung zu substantiellen Kostenersparnissen führen. Im Allgemeinen geht dies nicht zu Lasten der Gesundheit der Versicherten. Eine Ausnahme bilden allerdings die wirtschaftlich Schwachen mit schlechtem Gesundheitszustand*“ (Breyer; Zweifel & Kifmann, 2013: 470). Gerade letzter Satz verdeutlicht, dass es trotz effizienter Versorgungsstruktur zu Selektionseffekten kommen kann. Gerade sozioökonomisch schwache Bevölkerungsschichten scheitern an PVE Strukturen und tendieren bereits jetzt erfahrungsgemäß zur intramuralen Versorgung (Leoni, 2015). Tatsächlich muss eben jener Selektionseffekt, der je nach Ausgestaltung der PVEs unterschiedlich stark ist, mit starken Versicherungsstrukturen ausgeglichen werden. Deshalb fordert die Einrichtung von PVEs auch neben der vertikalen Integration, die die medizinische Versorgung in einzelnen Organisationseinheiten regelt, auch eine horizontale Integration unterschiedlicher Versorgungsbereiche, v.a. aber auch den Einbezug von Public Health und Sozialmedizin.

Darüber hinaus zeigt sich, dass in diesem Modell der Primärversorgung nicht nur auf die horizontale Integration verwiesen wird, sondern, dass Primärversorgung auch sektorenübergreifend erfolgt (vertikale Integration). Eine klare Abgrenzung über die medizinische Profession geschieht hier v.a. über die Trennung der Facharztausbildung von der Allgemeinmedizin (Rebhandl, 2014). Trotzdem erstreckt sich die Primärversorgung nicht nur auf die medizinische Versorgung, sondern ist auch auf andere Therapieberufe und die Pflege ausgeweitet (Czypionka & Ulinski, 2014). Ein Spezifikum der Primärversorgung ist dabei eine familien- und gemeindeorientierte Versorgung, die eine gemeinschaftsorientierte Netzwerkumgebung aufbaut und nutzt (Starfield, Shi & Macinko, 2005; WHO, 2008). Hierbei gibt der Bundeszielsteuerungsvertrag die Vorgabe, dass die Ausgestaltung der Primärversorgung – gerade im Hinblick auf die Inter- und Multiprofessionalität – bundesländer spezifisch

gestaltet wird. Als Ziel einer Stärkung der Primärversorgung kann hierbei genannt werden, dass die starke Ausrichtung auf den intramuralen Bereich aufgebrochen wird und sich die extramurale Behandlung als vorgelagerte Versorgung zur sekundären und tertiären Versorgungsstufe etabliert.

Gerade durch die Substitution kostengünstigerer Leistungen durch Pflege und andere Therapieberufe, lassen sich durch die Stärkung einer interprofessionellen Zusammenarbeit von Medizin, Pflege und Therapieberufen kosteneffektive Primärversorgungseinheiten gestalten (Garrido, Zentner & Busse, 2011). Bereits 1997 zeigten Aaraas, Søråsdekkan & Kristianse (1997), dass durch den Aufbau von PVEs, in Form von Allgemeinarztkliniken im ländlichen Bereich eine Kosteneinsparung der Einrichtungen von 10,3%^[2] pro Jahr zu erreichen ist. Garrido, Zentner & Busse (2011) kamen in einer systematischen Übersichtsarbeit zum Ergebnis, dass sich durch Gate-Keeping die durchschnittliche Krankenhausverweildauer und andere ambulante Behandlungen im intramuralen Bereich reduzieren lassen, bei gleichbleibenden gesundheitlichen Outcomes und hoher Versorgungsqualität. In einem großen Ländervergleich konnten Macinko, Starfield und Shi (2003) darlegen, dass durch die Stärkung der Primärversorgung viele medizinische Outcomes der Bevölkerung deutlich verbessert werden. Gleichzeitig zeigt Atun (2004), dass der Ausbau der Primärversorgung zur Verbesserung des gesellschaftlichen Zugangs zu medizinischen Leistungen führt. So halten die AutorInnen fest, dass die schichtspezifische Selektion in Systemen mit starker Orientierung an der fachärztlichen Versorgung deutlich ausgeprägter ist und schwache Gesellschaftsschichten beim Zugang ins System höhere Hürden vorfinden (*ibid.*). Gerade für sozio-ökonomisch benachteiligte Bevölkerungsschichten erleichtert sich der Zugang zu medizinischen Leistungen durch den Ausbau der Primärversorgung deutlich (Starfield, Shi & Manciko, 2005; Leoni, 2015). Entgegen einer konstatuierten Kostenreduktion zeigten Kringos et al. (2013) jedoch, dass die Gesundheitsausgaben in Ländern mit starker Primärversorgung höher sind als in Ländern mit gering ausgeprägter Primärversorgung. Auch zeigt sich, dass durch starke Gate-Keeping-Systeme die PatientInnen-Zufriedenheit signifikant niedriger ist (Atun, 2004).

2 Strukturmerkmale von Primärversorgungszentren

2.1 Governance-Perspektive

In der möglichen Konzeption der österreichischen Primärversorgungslandschaft schlagen Czypionka und Ullinski (2004) das Bellagio-Modell (Schlette et al., 2009) vor, das 2008 als eine Blaupause für eine zukunftsfähige und nachhaltige Primärversorgung gesehen werden kann. Neben einer gemeinschaftlichen Führung sind dabei auch integrative Ansätze der multi- und interprofessionellen Zusammenarbeit ein Kernanliegen für eine leistungsfähige Primärversorgung. Dabei können verschiedene Ansätze der Primärversorgung angedacht werden, die sich über Disease-Management-Programme (DMP), integrierte oder hausarztzentrierte Versorgung erstrecken. Während gerade bei DMP eine starke Orientierung der Gesundheitsversorgung entlang von medizinischen Leitlinien verlangt wird, soll die integrierte Versorgung sowohl vertikale Bereiche als auch horizontale Sektoren integrieren. Dies bedeutet, dass auch soziale Dienstleistungen und Gemeindedienste in die Versorgung mit einbezogen werden sollen (Schlette et al., 2009). Dadurch bindet die integrierte Versorgung viele Fachbereiche ein und kann auf höchstmöglichen Niveau ambulante Versorgung für die PatientInnen bereitstellen. Genau dadurch schafft es die integrierte Versorgung in PVEs, langwierige stationäre Behandlungen so weit wie möglich hinauszögern und sich als Best-point-of-Service (BPoS) für ambulante Versorgung zu positionieren. So zeigt sich, dass Primärversorgung

hinsichtlich der Verbesserung des Gesundheitszustandes der PatientInnen und der sozialen Gleichheit positive Auswirkungen hat (Kringos et al., 2010a; 2010b; 2013).

Gleichzeitig lässt sich aber auch feststellen, dass in Österreich – auch aufgrund der doppelten Facharztschiene – die Ärztedichte grundsätzlich enorm hoch ist und sich die PVEs aufgrund dieser spezifischen Rahmenbedingung anders positionieren müssen als in anderen Ländern. Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass in Österreich die ÄrztInnendichte mit 5,1 ÄrztInnen pro 1.000 EinwohnerInnen nach Griechenland mit 6,3 ÄrztInnen pro 1.000 EinwohnerInnen die zweihöchste in allen OECD-Staaten ist (OECD, 2014). Gerade hier wiederum wird schlagend, dass es im Jahr 2018 1,5x so viele approbierte FachärztInnen wie AllgemeinmedizinerInnen gab und das österreichische Gesundheitssystem deswegen stärker selektiert als beispielsweise Belgien oder Spanien (Leoni, 2015; Ärztekammer, 2019). In Summe waren 23.246 von 46.136 approbierten ÄrztInnen als FachärztInnen tätig und nur 14.805 als AllgemeinmedizinerInnen. Dieser Befund wird auch von Czypionka & Ulinski (2014) kritisiert und auf die mögliche Stärkung der Allgemeinmedizin als wichtige gesundheitspolitische Maßnahme hingewiesen. So lässt sich beispielsweise die Facharztausbildung, wie z.B. in Deutschland durch die Zusammenlegung von Allgemeiner und Innerer Medizin, deutlich aufwerten. Durch die Zusammenführung der Facharztausbildung zur/m FachärztIn für Allgemeine und Innere Medizin lassen sich JungärztInnen vielleicht für die Allgemeinmedizin begeistern und entsprechend für PVEs gewinnen. Gerade hierzu gab es einige Anmerkungen, die in der durchgeführten Fokusgruppe herauskamen.

2.2 Ökonomische Konditionen

Ein weiteres Spezifikum der Konzeptionalisierung von Primärversorgungssystemen um ein PVE herum, stellen die finanziellen und ökonomischen Rahmenbedingungen dar. Hierbei zeigt sich, dass die aktuelle Situation der Finanzierungsgrundlagen von Bundesland zu Bundesland variieren und auch die politischen Zielrichtungen der Financiers (Bund, Land und Kassa) teilweise widersprüchlich sind.

Grundsätzlich lassen sich für die Finanzierungsmodalitäten drei Arten vorsehen (Czypionka, Kraus & Kronemann, 2015: 29):

1. Kopfpauschale (Capitation)
2. Einzelleistungsvergütung (fee-for-service)
3. Leistungsbezogene Vergütung (pay-for-performance)

Tatsächlich beklagen viele ÄrztInnen in der ambulanten Versorgung, dass gerade die Finanzierungsmöglichkeiten durch den Einsatz von Kopfpauschalen und Einzelleistungsvergütungen den Versorgungsbedarf nicht decken. Auch in PVEs scheint diese Grundlage aufgrund der Finanzierungsstruktur konfliktbeladen zu sein. Während aus mikroökonomischer Sicht die Kopfpauschalen zwar den Vorteil aufweisen, in hohem Maße gleichheitspolitische Grundlagen zu schaffen, haben sie den Nachteil, dass die Mengenanpassung unflexibel ist und aus Effizienzgründen meist ausgeschöpft wird und damit nicht effektiv sind (Stichwort: Roemer-Effekt). Tatsächlich scheinen Einzelleistungsvergütungen diese Problemstellung zu umgehen; jedoch zu dem Preis, dass sie hinsichtlich der Mengenanpassung zur Überinanspruchnahme von Leistungen führen können (Stichwort: Angebotsinduzierte Nachfrage). Aus diesem Grunde versuchen Budgetrestriktionen diese Überinanspruchnahme einzugrenzen, was ebenfalls zu einem unelastischen Angebot führen kann. Grundsätzlich kann man jedoch festhalten, dass es bei PVEs zu ähnlichen Problemen kommt, wie sie in der ambulanten und

stationären Versorgung bestehen (Breyer et al., 2013, S. 397ff.). Darum schlägt die mikroökonomische Forschung auch prospektive Vergütungssysteme (pay-for-performance) für PVEs vor, da diese die geringsten Schwierigkeiten hinsichtlich Über-/Unter-/Fehlversorgung aufweisen (ibid.). Als Grundlage der gesundheitsökonomischen Gestaltung von Anreizsystemen muss dabei gelten:

„Aus ökonomischer Perspektive sind jedoch weniger die Kosten per se von Interesse als die Frage, ob die Leistungserbringer den Anreiz haben, unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Aspekte die Patienten optimal zu behandeln. Hierbei spielen neben der Höhe der Ausgaben auch die Qualität der Behandlung und die Anreize zu einer Selektion der Patienten eine wichtige Rolle. Zu starke Anreize, die Kosten niedrig zu halten, können eine Senkung der Qualität oder eine unerwünschte Selektion der Patienten zur Folge haben.“ (ibid., S. 398)

In diesem Entscheidungsdilemma müssen demnach Anreizsysteme gestaltet werden, die sowohl eine Selektion vermeiden als auch Kosten reduzieren und die Qualität lege artis garantieren. Hier haben PVEs den entscheidenden Vorteil, dass die Betreiberstruktur von Land, Kassen und ÄrztInnenkammer aktuell noch beeinflusst werden kann und sich auf die konzeptionelle Ausrichtung von PVEs in korporatistischer Manier geeinigt werden muss. Gerade hinsichtlich der Entwicklung einer Finanzierungsmöglichkeit, die auf der dritten Säule (pay-for-performance) fußt, können Benchmarksysteme und entsprechende Kennzahlen zur Erfolgsmessung entwickelt werden, die ökonomisch effektive PVZ auch durch finanzielle Anreize schaffen und unterstützen.

Hinsichtlich der Ausgestaltung von pay-for-performance Finanzierungen lassen sich zwei Ebenen andenken: Einerseits lassen sich Anreizsysteme für einzelne AkteurInnen innerhalb des PVE umsetzen (Mikroebene), die beispielsweise durch Unternehmensbeteiligung (Haftungsfrage), Boni oder Stückzahlvereinbarungen (unter Nutzung der Economics of Scale) die Einzelakteure in die Verantwortung holt. Aber auch auf der Teamebene (Mesoebene) lassen sich Boni oder Auszeichnungen entwickeln, die eine Anreizwirkung haben und damit patientenorientierte Outcomes in die Praxis integrieren. Die dritte Möglichkeit der Anreizsetzung erfolgt auf der Makroebene, die die PVEs als Organisation adressiert und beispielsweise mit Hilfe wettbewerblicher Strukturen Boni für erfolgreiche Versorgungssicherheit ermöglicht. Tatsächlich bietet die gesundheitsökonomische Literatur hierzu eine große Bandbreite für die Ausgestaltung von Pay-for-performance-Verträgen. So zeigen beispielsweise Veit et al. (2012), dass es grundsätzlich drei finanzielle Anreizmöglichkeiten für pay-for-performance-Verträgen gibt:

1. Absolute Zielerreichung: Hierbei werden Boni oder Malusse dann gewährt, wenn vorab definierte Zielwerte überschritten werden
2. Relative Zielerreichung: Hier werden die AkteurInnen belohnt, die beispielsweise zu den Top 5% gehören.
3. Vorjahresvergleich: In diesem Anreizsystem erhalten die AkteurInnen entsprechend der vereinbarten relativen Veränderung zum Vorjahr Boni oder Malusse. Dabei ist es unerheblich, ob es sich um ein Überschreiten oder Unterschreiten des Vorjahreswertes handelt.

All diese Anreizmöglichkeiten stehen den Stakeholdern zur Verfügung und aufgrund der Möglichkeit der Neukonzeptionierung von PVZ-Strukturen lassen sich neue Bedarfsstrukturen und -anreize andenken und verhandeln.

Literatur

- Aaraas, I., Søråsdekkan, H., Kristianse, I.S. (1997): Are general practitioner hospitals cost-saving? Evidence from a rural area of Norway. *Fam Pract.* 14(5): 397-402.
- Ärztekammer (2019): Ärztestatistik für Österreich. Wien.
- Atun, R. (2004): What Are the Advantages and Disadvantages of Restructuring a HealthCare System to Be More Focused on Primary Care Services? London: Health EvidenceNetwork.
- Breyer, F.; Zweifel, P.; Kifmann, M. (2013): Gesundheitsökonomie. 6. Aufl. Springer: Berlin, Heidelberg.
- Cutler, D. M., Meara, E. (2004): Changes in the Age Distribution of Mortality over the Twentieth Century. In D. A. Wise (Hrsg.): Perspective on the Economics of Aging (S. 333-365). University of Chicago Press: Chicago.
- Czypionka, T., Ulinski, S. (2014): Primärversorgung. Research Report des IHS. Wien.
- Czypionka, T., Kraus, M.; Kronemann, F. (2015): Bezahlungssysteme in der Primärversorgung. Research Report des IHR. Wien.
- Erlinghagen, M., Pihl, C. (2004): Der Hausarzt als Lotse im System der ambulanten Gesundheitsversorgung. Empirische Analysen zum Einfluss der individuellen Hausarztbindung auf die Zahl der Arztbesuche. Diskussionspapier der Fakultät für Sozialwissenschaft (04-4).
- Flick, U. (2012): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Rowohlt: Hamburg.
- Garson, A., Green, D.M., Rodriguet, L, Beech, R., Nye, C. (2012): A new corps of Trained Grand-Aides has the Potential to Extend Reach of Primary Care Workforce and Save Money. *Health Affairs*: 31: 1016-21.
- Hiatt, H.H. (1975): Protecting the medical commons: who is responsible? *New England Journal of Medicine*, 293: 235-241.
- Kringos, D. S., Boerma, W. G. W., Bourgueil,Y., Cartier, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., Lember, M., Oleszczyk, M., Pavlic, D. R., Svab, I., Tedeschi, P., Wilson, A., Windak, A., Dedeu, T., Wilm, S. (2010a): The european primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Health Service Research*, 11 (81): 1-8.
- Kringos, D. S., Boerma, W. G. W., Hutchinson, A., van der Zee, J., Groenewegen, P. P. (2010b): The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*, 10 (65).
- Kringos, D.S., Boerma,W., van der Zee,J., Groenewegen,P. (2013): Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs*, 32(4):686-694.
- Leoni, T. (2015): Soziale Unterschiede in Gesundheit und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung. *WIFO-Monatsbericht*:88(8): 649-662.

Linde-Feucht, S., Coulouris, N. (2015): Integrating Primary Care and Public Health: A Strategic Priority. American Journal of Public Health, 102(S3): Supplement 3.

Luft, H.S. (1981): Health Maintenance Organizations. J. Wiley: New York.

Macinko, J.; Starfield, B.; Shi, L. (2003): The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. Health Services Research, 38: 831-836.

Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. Aufl. Beltz: Weinheim/Basel.

Rechel, B. (2020): How to enhance the integration of primary care and public health? Approaches, facilitating factors and policy options. Policy Brief 34, Health Systems and Policy Analysis. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO: Copenhagen.

Rebhandl, E. (2014): Zur Optimierung der wohnortnahmen Gesundheitsversorgung in Österreich. Gesundheits-Oeconomica. Wien.

Schlette, S., Lisac, M., Wagner, E., Gensichen, J. (2009): Das Bellagio-Modell: Ein evidenzgestützter, internationaler Bezugsrahmen für bevölkerungsorientierte Primärversorgung. Erste Erfahrungen. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 103: 467-474.

Schuss, U., Blank, R. (2018): Qualitätsorientierte interprofessionelle Kooperation (QuiK). Pflegefachkräfte und Mediziner im Fokus. Hogrefe: Basel.

Shazad, M., Upshur, R., Bharmal, A., Wei, X., Feng, P., Brown A.D. (2019): A population-based approach to integrated healthcare delivery: a scoping review of clinical care and public health collaboration. BMC Public Health, 19: 708. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7002-z>

Starfield, B., Shi, L.; Macinko, J. (2005): Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Quarterly, 83(3): 457-502.

Veit, C.H., Hertle, D., Bungard, S. et al. (2012): Pay-for-Performance im Gesundheitswesen. Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. Bundesministerium für Gesundheit: Berlin/Bonn.

Weinstein, M. (2001): Should physicians be gatekeepers of medical resources? Journal of Medical Ethics, 27(4): 268-274.

White, F. (2015): Primary Health Care and Public Health: Foundations of Universal Health Systems. Medical Principles and Practice, 24(2): 103-116.

WHO (1978): Alma Ata Deklaration. WHO Report: Brüssel.

WHO (2008): Primary Health Care – Now more than ever. WHO Report: Brüssel.

WHO (2019): What is primary health care? WHO Report: Genf.

[1] „Ich gebe, damit Du mir gibst“ als ökonomisches Prinzip.

[2] Auf Basis von 35,9 Mio. Norwegischer Kronen

3 Strukturen und Projekte der Primärversorgung im UK

Arleta Franczukowska

3.1 Einleitung

Das Konzept der Primärversorgung wird in der von der World Health Organization (WHO) im Jahr 1978 in Alma-Ata abgehaltenen „Conference on Primary Health Care“ als „Schlüssel zur Verwirklichung von Gesundheitszielen“ bezeichnet. Dabei stellt die WHO die Primärversorgung bereits in einen umfassenderen Kontext und dehnt den Begriff von der eigentlichen Erstversorgung über Gesundheitsprävention und multiprofessionelle Teams bis hin zur integrierten Versorgung aus (World Health Organization, 1978). Dreißig Jahre später kritisiert die WHO in ihrem Bericht „Primary Health Care – now more than ever“, dass das Konzept der Primärversorgung selbst in Industrienationen bedingt durch einen ausgeprägten und als problematisch eingestuften Krankenhauszentralismus und einer starken Fragmentierung der Gesundheitssysteme noch immer schwach ausgeprägt ist (World Health Organization, 2008, S. 2).

Zahlreiche Studien haben sich zwischenzeitig mit Wirksamkeitsmechanismen der Primärversorgung beschäftigt. So nennen beispielsweise Starfield et al. (2005, S. 474ff., zitiert nach Czypionka & Ulinski, 2014, S. 15f.) als Merkmale einer effizienten Primärversorgung den erleichterten Zugang zur Gesundheitsversorgung die Verbesserung der klinischen Versorgungsqualität, die Gesundheitsprävention, die Früherkennung von Krankheiten, die Behandlungsqualität sowie die Reduktion unnötiger fachärztlicher Versorgung.

Czypionka & Ulinski (2014, S. 8) halten fest, dass in europäischen Ländern vermehrt der Versuch unternommen wird, die Qualität und Effizienz der Gesundheitssysteme durch eine Stärkung der Primärversorgung zu verbessern. Eine ausgeprägte Primärversorgung wird mit der Verbesserung der Gleichheit und des Zugangs zum Gesundheitssystem und geringeren Gesundheitsausgaben in Zusammenhang gebracht (Czypionka & Ulinski, 2014, S. 12ff.).

Durch die Einführung des Primärversorgungsgesetzes im Jahr 2017 soll auch in Österreich die Entwicklung der Primärversorgung ausgebaut werden. Dabei werden in Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit Ziele zur Stärkung der Primärversorgung und deren Implementierung genannt. So soll in Österreich bis zum Jahr 2021 die Zahl der Primärversorgungseinheiten von 19 bereits in Betrieb befindlichen (Stand 06/2019) auf 75 Einrichtungen steigen und die Primärversorgung auch im niedergelassenen Bereich nach internationalem Vorbild gestärkt werden (Hauptverband der Sozialversicherung, 2019).

3.1.1 Überblick über das Gesundheitswesen des UK

Das Gesundheitssystem des UK ist im Gegensatz zu dem in Österreich vorliegenden Bismarck-Modell nach dem Beveridge-Modell gestaltet. Das Konzept des überwiegend aus Steuermitteln und zu einem kleinen Teil aus Sozialversicherungsbeiträgen finanzierten NHS wurde dem britischen Parlament erstmals 1942 im Beveridge Report vorgelegt. Es geht auf den ehemaligen Bergarbeiter und späteren Politiker und Gesundheitsminister Aneurin Bevan zurück, der den BürgerInnen des Vereinigten Königreichs einen universellen, kostenlosen und gleichberechtigten Zugang zu einem zentral finanzierten Gesundheitssystem gewährleisten wollte. Der schlussendlich 1948 gegründete NHS ist

der größte Arbeitgeber im UK. Die einzelnen Länder (England, Schottland, Wales und Nordirland) weisen eine separate Verwaltung auf (siehe Kapitel 3.1.4), Leistungen werden nach dem Sachleistungsprinzip erbracht (Grosios et al., 2010, S. 529f.).

Der Bereich der Primärversorgung, der stark vom Begriff des „Gatekeeping“ geprägt ist (siehe Kapitel 3.2), wird von AllgemeinmedizinerInnen (General Practitioners – GPs), ZahnärztlInnen und ApothekerInnen abgedeckt. Davon grenzt sich die von NHS Hospital Trusts und NHS Foundation Trusts verwaltete und durch Krankenhäuser erbrachte Sekundärversorgung und in weiterer Folge die Tertiärversorgung ab, die von spezialisierten Krankenhäusern übernommen wird (Grosios et al., 2010, S. 529f.).

Im nun folgenden Abschnitt werden zunächst die wichtigsten strukturellen Reformschritte des UK Gesundheitssystems der letzten Jahrzehnte skizziert, einige Aspekte des UK Gesundheitssystems mit Zahlen belegt, und es wird auf Unterschiede in der Organisation des Gesundheitssystems der einzelnen Länder eingegangen.

3.1.2 Bedeutende strukturelle Reformschritte

In den letzten Jahrzehnten kam es bedingt durch strukturelle Änderungen im NHS zu einer immer stärkeren Verlagerung von einer ursprünglich rein zentralen hin zu einer dezentralen Verwaltungsstruktur sowie zu einem sukzessiven Abbau der Grenzen zwischen Primär- und Sekundärversorgung und zu einer stärkeren Ausrichtung an den PatientInnen (Grosios et al., 2010, S. 529).

Das White Paper „The new NHS, S. Modern, dependable“ aus dem Jahr 1997 führte zu einer wiederholten Neuausrichtung des NHS und zur Gründung von 481 Primary Care Groups (PCGs), die von nun an den Großteil des NHS Budgets verwalten, zwischen 46.000 und 257.000 Personen versorgen und den Kontakt zwischen PatientInnen, niedergelassenen ÄrztInnen und dem Pflegepersonal verbessern sollten. Dadurch wurde der Bereich der kommunalen Gesundheitsversorgung gestärkt, viele Leistungen innerhalb des primären Gesundheitssektors erbracht und der Krankenhaussektor entlastet. Die PCGs wurden 2002 durch 28 regionale Gesundheitsbehörden (Strategic Health Authorities – SHAs) und 303 lokale Gesundheitsdienste (Primary Care Trusts – PCTs) abgelöst, deren Anzahl bereits 2006 aus Effizienzgründen und zur Reduzierung der Gesundheitsausgaben auf 10 SHAs und 152 PCTs reduziert wurde. Die SHAs zeichneten für das regionale NHS Management und die Überwachung der PCTs verantwortlich und letztere für die Verwaltung von rund 80% des NHS-Budgets sowie für das lokale medizinische Leistungsangebot im ambulanten und stationären Versorgungsbereich für eine Population von im Durchschnitt rund 340.000 EinwohnerInnen (Hajen, 2012, S. 13).

Mit dem White Paper „Equity and excellence, S. Liberating the NHS“ wurde 2010 die zu behandelnde Person in den Mittelpunkt gestellt, die nach ihrem medizinischen Bedarf und nicht ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit versorgt werden sollte (Grosios et al., 2010, S. 529; Hajen, 2012, S. 10f.).

Der 2013 in Kraft getretene „Health and Social Care Act“ führte zur bislang größten Gesundheitsreform und zu einer radikalen Veränderung der bisherigen Strukturen. Mit dem Ziel des Bürokratieabbaus und der Effizienzsteigerung wurden die SHAs und PCTs durch das NHS Commissioning Board (NHSCB) und Clinical Commissioning Groups (CCGs) abgelöst. Die Aufgabe des NHSCB ist es, die Werte des NHS im Versorgungssystem zu wahren und das Budget auf die CCGs zu verteilen, sie in ihrer Arbeit zu überwachen und zu unterstützen sowie die Qualität der Behandlung zu sichern (Hajen, 2012, S. 11f.). Dieser Reformschritt brachte den lokalen Behörden sowohl größere Autonomie

als auch größere Verantwortung (Grosios et al., 2010, S. 532). Die ihnen überantwortete Planung des regionalen medizinischen Bedarfs sowie die Vergabe von Versorgungsaufträgen sollen die Kontinuität der Behandlungsprozesse erhöhen, die Effizienz und Qualität der Leistungen verbessern und den bislang auf die AllgemeinmedizinerInnen ihres jeweiligen Wohnbezirks angewiesenen PatientInnen eine freiere Auswahl von ÄrztInnen und Krankenhäusern ermöglichen (Hajen, 2012, S. 8).

Im Jänner 2019 veröffentlichte der NHS seinen „Long Term Plan“, der die Richtung des NHS bis 2028 vorgibt. Dabei sollen sich GPs zu Primary Care Networks (PCNs) (siehe Kapitel 3.4) zusammenschließen und den PatientInnen zusätzlich auch Online-Dienste anbieten. Der Fokus wird somit zunehmend vom zwischenzeitig forcierten Wettbewerb unter den einzelnen LeistungsanbieterInnen (private AnbieterInnen und NHS-Einrichtungen) auf deren verstärkte Kooperation verlagert und so das Gesundheitssystem immer mehr in Richtung Integriertes Versorgungssystem ausgebaut (OECD, 2017, S. 6).

3.1.3 Das Gesundheitssystem des UK in Zahlen

Das Vereinigte Königreich besteht aus vier eigenständigen Gesundheitssystemen – England, Schottland, Wales und Nordirland (siehe auch Kapitel 3.1.4). Während in England das Gesundheitsbudget von der Regierung direkt verwaltet wird, bestimmen die anderen UK-Länder über das ihnen via Blockzahlungen zugeteilte Gesundheitsbudget sowie dessen Verwendung selbst (OECD, 2017, S. 6f.). Die Gesundheitsausgaben des UK liegen im EU-Durchschnitt und sind im Jahr 2015 auf 9,9 % des BIP angestiegen. Die Pro-Kopf-Ausgaben lagen bei EURO 3.080,--, verglichen mit dem EU-Durchschnitt von EURO 2.797,-- (OECD, 2017, S. 6).

Während das im NHS beschäftigte Pflegepersonal in den letzten Jahrzehnten einen massiven Rückgang verzeichnete, stieg die Zahl der ÄrztInnen stetig an. Mit 2,8 ÄrztInnen auf 1.000 EinwohnerInnen blieb das UK dennoch im unteren Drittel der EU (3,6 ÄrztInnen auf 1.000 EinwohnerInnen). Der NHS ist der größte Arbeitgeber im UK und beschäftigte seit jeher auch Fachkräfte aus Ländern des Commonwealth sowie der EU; so stammten in den Jahren 2015/16 rund ein Drittel der Pflegefachkräfte aus der EU (OECD, 2017, S. 15). Es bleibt abzuwarten, wie sich der Austritt des UK aus der EU auf die Beschäftigungssituation des NHS auswirken wird.

Offiziellen Schätzungen zufolge wird der NHS im Jahr 2021 mit einem 30 Milliarden Pfund großen Budgetdefizit konfrontiert sein, was die Regierung zu Effizienzeinsparungen und finanziellen Zuschüssen veranlassen wird (OECD, 2017, S. 15). Mit dem verstärkten Ausbau in Richtung Integriertes Versorgungssystem und der damit verbundenen stärkeren Integration der verschiedenen Sektoren des Gesundheitssystems sollen die Qualität der Leistungen verbessert, die Kosten gesenkt und die zum Füllen des prognostizierten Budgetdefizits notwendigen Effizienzeinsparungen erreicht werden. Die Regierungen der einzelnen UK-Länder erhoffen sich durch den 2019 veröffentlichten NHS Long Term Plan (siehe Kapitel 3.1.2) einen Aufschwung und Ausbau diesbezüglich bereits seit 2015 bestehenden Initiativen (siehe Kapitel 3.2 und Kapitel 3.4) (OECD, 2017, S. 15).

3.1.4 Organisatorische Unterschiede der UK Länder

Wie bereits in den vorhergehenden Kapiteln ausgeführt, weisen die vier Länder des UK geringfügige Unterschiede in der Organisation und Struktur ihres jeweiligen Gesundheitssystems auf. Während in England in den vergangenen Jahren im Primärversorgungsbereich ein wettbewerbsorientiertes System mit AllgemeinmedizinerInnen in der Doppelrolle als LeistungserbringerInnen und Budget-

verwalterInnen vorherrschend war, lag der Fokus in den anderen UK Ländern schon seit jeher auf integrierten Versorgungssystemen (Roland et al., 2012, S. 9) – ein Trend, der sich mittlerweile auch in England etabliert (OECD, 2017, S. 6).

In **England** ist das Gesundheitsministerium für die Ausrichtung des NHS verantwortlich. Derzeit wird der NHS durch das NHSCB vor Ort vertreten, das das Budget auf die 191 CCGs verteilt, welche damit wiederum Gesundheitsleistungen von privaten LeistungsanbieterInnen und NHS-Einrichtungen ankaufen (Grosios et al., 2010, S. 530). Alle AllgemeinmedizinerInnen sind Teil einer CCG, die die Planung und Vergabe von Leistungen für die ihr zugehörige PatientInnengruppe übernimmt. Im Bereich der Sekundärversorgung werden Leistungen nach dem Sachleistungsprinzip von spezialisierten NHS Trusts erbracht (Acute, Care, Mental Health, Ambulance, Children's und Foundation Trusts). Diese sind gesetzlich zur Einbindung von PatientInnen und der Öffentlichkeit verpflichtet und organisieren und veröffentlichen jährlich PatientInnenbefragungen. Das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) wurde 1999 als für die Entwicklung nationaler Richtlinien und Standards zuständiges Organ eingerichtet und ist darüber hinaus innerhalb des NHS auch für Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsprävention sowie für das Assessment neuer und bestehender Technologien und Behandlungsmethoden verantwortlich. NHS England verfügt über ein Budget von rund 80 Milliarden Pfund und finanziert damit im Primärversorgungsbereich allgemein-medizinische, zahnärztliche, pharmazeutische und optometrische Leistungen (NHS, 2018).

In **Wales** übernehmen sieben lokale Gesundheitsbehörden (Local Health Boards – LHBs) die Planung, Sicherstellung und Vergabe von Gesundheitsleistungen für die Bevölkerung bestimmter geografischer Gebiete und drei Trusts erbringen spezialisierte Leistungen im Public Health Bereich sowie auf den Gebieten der Akutmedizin und der Onkologie (Grosios et al., 2010, S. 531). Eine vertiefende Auseinandersetzung mit dem walisischen Gesundheitssystem findet in Kapitel 3.3 statt.

Die Regierung in **Schottland** erhält von der Zentralregierung in England eine Blockzahlung, die in weiterer Folge auf die einzelnen Ministerien und auch den NHS Schottland aufgeteilt wird. Dieser besteht aus 14 Gesundheitsbehörden (Health Boards) und 8 weiteren, auf einzelne Gesundheitsthemen spezialisierte Einrichtungen. Klinische Richtlinien werden durch das Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) veröffentlicht und das Scottish Medicines Consortium (SMC) übernimmt die Einführung neuer Medikamente (Grosios et al., 2010, S. 531).

Das Gesundheitssystem **Nordirlands** unterscheidet sich von den anderen Ländern des UK dadurch, dass sowohl Gesundheits- als auch Sozialdienste von einer einzigen Einrichtung zur Verfügung gestellt werden und Rezepte grundsätzlich für alle BürgerInnen kostenfrei sind. Das nordirische Ministerium für Gesundheit, Soziale Dienste und Öffentliche Sicherheit erhält vom britischen Finanzministerium eine Blockzahlung, mit der sämtliche Gesundheits- und Sozialdienste, Public-Health-Maßnahmen sowie der Bereich der Öffentlichen Sicherheit finanziert werden. Das Health and Social Care Board, das dem Ministerium für Gesundheit, Soziale Dienste und Öffentliche Sicherheit unterstellt ist, ist für die Vergabe von Aufträgen und sechs Health and Social Care Trusts für deren Umsetzung zuständig. Weitere Gesundheitseinrichtungen bieten Zusatzdienste an, wie beispielsweise im Bereich der Krebsvorsorge oder im Public-Health-Bereich. Der Patient and Client Council (PCC) vertritt PatientInnen, KundInnen und Pflegende (Grosios et al., 2010, S. 531).

Abschließend wird festgehalten, dass die Gesundheitssysteme der Länder des UK zwar jeweils eine separate Organisationsstruktur aufweisen, die NHS Grundprinzipien des universellen, kostenlosen

und gleichberechtigten Zugangs zu einem zentral finanzierten Gesundheitssystem jedoch in allen vier Ländern gleichermaßen umgesetzt werden.

3.2 Primärversorgung im UK

Wie in der Einführung zu Kapitel 2 festgehalten, wird das Gesundheitssystem im UK seit 1948 zentral vom NHS verwaltet. Die regionale Steuerung übernehmen CCGs in England bzw. Health Boards in den übrigen UK Ländern (siehe Kapitel 3.1.4).

Die Primärversorgung wird von AllgemeinmedizinerInnen dominiert, die als „Gatekeeper“ (TorwächterInnen) zur sekundären und tertiären Versorgung fungieren und die PatientInnen durch das Gesundheitssystem lotsen. Sie sind für die Steuerung des Behandlungsverlaufs und den Zugang zur spezialisierten Versorgung zuständig, die von FachärztlInnen in spezialisierten Krankenhäusern erbracht wird (Boyle, 2011, S. 229).

Die PatientInnen sind verpflichtet, sich in die Liste einer Praxis ihrer Wahl einzuschreiben, wodurch sie einen überwiegend kostenlosen Zugang zur staatlich finanzierten Primär- und Sekundärversorgung erhalten. Dadurch werden rund 95 % der Gesundheitsprobleme von der Hausärztin/vom Hausarzt behandelt (Czypionka et al., 2011, S. 7). Die/der gewählte Ärztin/der Arzt kann jederzeit gewechselt werden und ÄrztInnen können PatientInnen ablehnen (Cylus et al., 2015, S. 81). Die angelegte elektronische PatientInnenakte wird bei einem Arztpraxiswechsel weitergegeben. Studien zufolge gilt die PatientInnenzufriedenheit im UK Gesundheitssystem als sehr hoch (Wilson, 2015, S. 299).

Im nun folgenden Abschnitt wird näher auf die AnbieterInnen der Primärversorgung sowie auf das durch sie abgedeckte Leistungsspektrum eingegangen.

3.2.1 Organisatorische Aspekte

Die regional für die Steuerung der Primärversorgung zuständigen CCGs in England und Health Boards in den übrigen UK Ländern führen Listen von ÄrztInnen, die in ihrem jeweiligen regionalen Gebiet eine Primärversorgung anbieten (Boyle, 2011, S. 226). Rund 71 % der unabhängig und selbständig agierenden HausärztlInnen schließen mit diesen Behörden einen Vertrag über die Behandlung der bei ihnen registrierten PatientInnen ab, wobei davon nur 5 % eine Einzelordination betreiben. Weitere 18 % arbeiten in Teilhaberschaft bzw. als Angestellte in Gemeinschaftspraxen und 11 % befinden sich in der Ausbildung zur/zum AllgemeinmedizinerIn (Boyle, 2011, S. 226). Die PatientInnenlisten sind in England am größten und in Schottland am kleinsten (Wilson, 2015, S. 299). Die Anzahl der Einzelordinationen ging, gemessen an der Gesamtzahl der Allgemeinpraxen, in der Zeitspanne zwischen 2000 und 2010 von 22,8 % auf 14,5 % zurück (Roland et al., 2012, S. 7f.).

AllgemeinmedizinerInnen bieten zu den üblichen Ordinationszeiten von 08:00 bis 18:30 Uhr präventive, diagnostische und heilende medizinische Leistungen an (Boyle, 2011, S. 228). Behandlungen erfolgen üblicherweise in einem 10-minütigen Intervall; die Zahl der Hausbesuche ist rückläufig, jene von digitalen Diensten hingegen steigend (Wilson, 2015, S. 299).

Die AllgemeinmedizinerInnen werden in ihrer Arbeit von rund 21.935 Krankenpflegepersonen unterstützt, wobei diese in den Ordinationen überwiegend Behandlungen bei chronischen Krankheitsverläufen übernehmen (z. B. Diabetes Typ II, Bluthochdruck, Asthma, COPD, Angst- und Depressionsstörungen) (Wilson, 2015, S. 299). Erst bei einem problematischen Krankheitsverlauf wird an

SpezialistInnen verwiesen, wobei der Trend generell hin zu einer intensiveren Zusammenarbeit zwischen dem Primär- und Sekundärversorgungsbereich führt (Fisher et al., 2019, S. 6). Auch PharmazeutInnen gewinnen in der Primärversorgung zunehmend an Bedeutung. So führen sie Screening-Maßnahmen durch, beraten PatientInnen und sind berechtigt, selbständig gewisse Medikamente zu verschreiben (Freund et al., 2015, S. 732). An dieser Stelle sei auf die vertiefende Auseinandersetzung mit dem multiprofessionellen Team in der Primärversorgung am Beispiel des walisischen Gesundheitssystems in Kapitel 3.2.3 verwiesen.

Der Primärversorgungsbereich ist auch für die Gesundheitsprävention zuständig. Im Bereich der Primärprävention werden Impfmaßnahmen (z. B. Impfungen von Kindern, Grippeimpfungen), im Bereich der Sekundärprävention Screening-Maßnahmen (z. B. Voruntersuchungen bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Gebärmutterhalskrebs) gesetzt. Die AllgemeinmedizinerInnen und das Pflegepersonal leisten darüber hinaus Aufklärungsarbeit und setzen Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsüberwachung von Kindern (Wilson, 2015, S. 301f.).

Im letzten Jahrzehnt wird die Primärversorgung der AllgemeinmedizinerInnen immer mehr durch alternative LeistungsanbieterInnen ergänzt. So agieren neben den allgemeinmedizinischen Hausarztpraxen auch Walk-in-Centres, der Telefon- und Internetservice NHS Direct sowie „district nurses“ und „health visitors“.

Die Telefon- und Internethotline NHS Direct wurde in England bereits 1998 eingeführt und steht den PatientInnen in ihren Gesundheitsbelangen rund um die Uhr zur Verfügung. Laut NHS Direct werden pro Jahr rund 8 Millionen Anrufe entgegengenommen. Die von CCGs verwalteten, von Krankenpflegekräften geführten und an 365 Tagen im Jahr geöffneten Walk-in-Centres wurden im Jahr 2000 gegründet. Im Gegensatz zum Telefon- und Internetdienst NHS Direct stehen Walk-in-Centres nicht rund um die Uhr zur Verfügung und im Gegensatz zu den allgemeinmedizinischen Praxen ist bei ihnen keine Registrierung erforderlich. Ihr Leistungsspektrum umfasst Dienstleistungen für leichtere Erkrankungen (z. B. Infektionen, Ausschläge, Frakturen, Wunden, Magenverstimmungen, Schnitte, Prellungen, Verbrennungen, Zerrungen). Hausbesuche werden auch von „district nurses“ und „health visitors“, die speziell dazu ausgebildet wurden, durchgeführt. Insgesamt werden in derartigen Zentren ca. 3 Millionen PatientInnen pro Jahr behandelt (Boyle, 2011, S. 228f.).

Die Primärversorgung des UK hatte lange Zeit auch mit dem Problem der Out-Of-Hours-Care zu kämpfen, der Versorgung der PatientInnen außerhalb der üblichen Ordinationszeiten. Kommerzielle AnbieterInnen sollten in diesem Punkt ab 2004 zu einer Entlastung der AllgemeinmedizinerInnen beitragen. Die dadurch jedoch problematisch gewordene Vor-Ort-Behandlung immobiler PatientInnen führte 2013 dazu, dass die Rund-um-die-Uhr-Versorgung wieder in die Hände der AllgemeinmedizinerInnen gelegt wurde (Roland et al., 2012, S. 8). Zur Bekämpfung des Problems der langen Wartezeiten auf einen Arzttermin wurde gebietsweise ein Advanced-Access-Modell eingeführt, um den PatientInnen noch am Tag ihrer Anfrage einen Termin zu ermöglichen. Dabei wurde versucht, PatientInnenströme und benötigte Kapazitäten vorherzusagen, um künftigen Nachfragen besser begegnen zu können (Bergmair, 2015, S. 119).

In den letzten 20 Jahren geht der Trend im Primärversorgungsbereich in Richtung multiprofessionelles, gemeinschaftliches Versorgungsmodell. Der nationale Verband der Primärversorgung hat dazu im Jahr 2005 das personenzentrierte, holistische Konzept der Primary Care Homes (PCH) eingeführt. Diese kümmern sich um rund 10 Millionen PatientInnen Englands (rund 17 % der Bevölkerung) und betreuen in den nunmehr 240 bestehenden Einrichtungen jeweils eine einge-

tragene Population von 30.000 bis 50.000 Personen. Viele der im Anfang 2019 veröffentlichten NHS Long Term Plan aufgelisteten Initiativen wurden von den PCHs bereits umgesetzt, wie beispielsweise gesundheitspräventive Maßnahmen, Rapid Response Teams in den Gemeinden, erweiterte multidisziplinäre Teams, soziale Medikation und verstärkte Zusammenarbeit mit Apotheken (National Association of Primary Care, 2019, S. 3). Die PCHs ermöglichen eine bessere Zusammenarbeit der Primär- und Sekundärversorgung. Die Betreuung soll an die PatientInnen angenähert, Kosten für Gesundheitsleistungen gesenkt und eine Balance zwischen professioneller Betreuung und der Eigenverantwortlichkeit der Betroffenen ermöglicht werden (National Association of Primary Care, 2019, S. 4f.).

3.2.2 Finanzielle Aspekte

Das Gesundheitsbudget des UK wird zwischen dem Finanzministerium (Treasury) und dem Gesundheitsministerium (Department of Health – DoH) jeweils für drei Jahre zentral ausgehandelt und im Sinne der Devolutionspolitik in Form von historisch gewachsenen Blockzahlungen den Regierungen in Wales, Schottland und Nordirland zugeteilt (Gerlinger & Mosebach, 2014, S. 3). Seit dem 2013 in Kraft getretenen Health and Social Care Act, der unter anderem auch zur Dezentralisierung in der Finanzierung des NHS geführt hat, werden die zugewiesenen Finanzmittel in weiterer Folge von den in den einzelnen Ländern tätigen kommunalen Gesundheitsbehörden nach unterschiedlichen Regeln und Zielsetzungen auf die LeistungsanbieterInnen verteilt. Die vier Gesundheitssysteme werden zentralstaatlich, zu einem Großteil aus Steuern und in einem geringeren Ausmaß auch aus Sozialversicherungsbeiträgen finanziert, wobei deren Beitragssatz vom Staat festgelegt wird und sie daher als Steuern betrachtet werden (Gerlinger & Mosebach, 2014, S. 3).

Der Anteil der Gesundheitsausgaben gemessen am BIP des UK galt lange Zeit als niedrig, weshalb der nationalen Gesundheitsversorgung auch in der Vergangenheit eine chronische Unterfinanzierung nachgesagt wurde. Seit 2010 sind die Gesundheitsausgaben gemessen am BIP jedoch stark angestiegen – von 8,4 % im Jahr 2010 auf 9,8 % im Jahr 2018 (OECD Health Statistics 2019). In den Jahren 2016/2017 wurden 124,6 Milliarden britische Pfund für die nationale Gesundheitsversorgung in England ausgegeben, 14,2 Milliarden britische Pfund entfielen dabei auf die Primär- und Sekundärversorgung (Lee & Stoye, 2018, S. 32f.).

Die Arztpraxen beziehen den Großteil ihres Einkommens über die mit dem NHS abgeschlossenen Verträge (Roland et al., 2012, S. 6). So wird das Arztpraxiseinkommen zu 75 % aus einer populationsabhängigen Kopfpauschale, zu 20 % aus Zuzahlungen aus einem leistungsorientierten Anreizsystem sowie zu 5 % aus einem erweiterten Leistungspool gespeist (Roland et al., 2012, S. 6). Die Behandlungskosten werden an die lokalen Gesundheitsbehörden – CCGs in England bzw. Health Boards in den übrigen UK Ländern – überwiesen. Investitionen der HausärztInnen und alternativen PrimärversorgungsanbieterInnen werden aus den laufenden Einnahmen finanziert (Gerlinger & Mosebach, 2014, S. 4). Das Durchschnittsgehalt einer Allgemeinmedizinerin/eines Allgemeinmediziners liegt leicht über dem einer Fachärztin/eines Facharztes im NHS (Roland et al., 2012, S. 7), wobei das Gehalt von in Arztpraxen angestellten ÄrztInnen um rund 25 % niedriger ist als jenes von selbständigen ÄrztInnen und die Gehälter der übrigen ProfessionistInnen innerhalb des NHS noch weit darunter angesiedelt sind (Wilson, 2015, S. 298).

Jede Bürgerin/jeder Bürger des UK hat grundsätzlich das Recht auf einen freien Zugang zur medizinischen Versorgung ohne Beachtung ihrer/seiner finanziellen Möglichkeiten. Während es in

den übrigen Landesteilen keine Rezeptgebühren gibt, sind in England einige Arzneimittel, zahnärztliche Leistungen und auch Sehtests mit Selbstbehalten belegt, wobei bestimmte Gruppen (z. B. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, Schwangere, Mütter, ältere Menschen über 60 Jahre und BezieherInnen von Sozialleistungen) davon ausgenommen sind. Um sich einen schnelleren Zugang zur Versorgung zu sichern und die Wartezeit für Operationen zu verkürzen, schließt ein geringer Prozentsatz der BewohnerInnen des UK private Krankenzusatzversicherungen ab (Gerlinger & Mosebach, 2014, S. 5).

Ende des 20. Jahrhunderts kam es bedingt durch eine hohe Überstundenanzahl und durch eine niedrige Bezahlung zu einer schwerwiegenden Demotivierung der in der Primärversorgung tätigen ÄrztInnen, die sich auch stark auf die Qualität ihrer Leistungen auswirkte. Zur Verbesserung der Qualität in der Primärversorgung sowie zur Erhöhung der ÄrztInnenzufriedenheit wurde im Jahr 2004 ein Pay-for-Performance (P4P)-Rahmenwerk, der Quality Outcomes Framework (QOF) eingeführt (Czypionka & Ulinski, 2014, S. 22). Mit diesem leistungsorientierten Anreizsystem können Arztpraxen bis zu 559 QOF-Punkten sammeln und sich durch die Erfüllung bestimmter Kriterien ein zusätzliches Einkommen erarbeiten. In den Jahren 2016/2017 konnten pro gesammeltem QOF-Punkt 171,20 britische Pfund an Zuzahlung erarbeitet werden. Die Kriterien werden in vier Domänen unterteilt (Boyle, 2011, S. 122): klinische und organisatorische sowie Kriterien im Bereich der PatientInnen-erfahrung und zusätzlicher Dienstleistungen (wie z. B. Kindergesundheit und Mütterberatung) und umfassen beispielsweise Zielvorgaben für die Behandlung von chronischen Krankheiten, wie z. B. Asthma oder Diabetes oder Vorgaben hinsichtlich der Praxisorganisation (Wilson, 2015, S. 298).

3.2.3 Personelle und kooperative Aspekte

Das Primärversorgungs-Kernteam besteht im UK aus AllgemeinmedizinerInnen (general practitioners), ausgebildetem Pflegepersonal (nurse practitioners) und administrativen AssistentInnen, wobei die ersten beiden Berufsgruppen als Dreh- und Angelpunkt in der Primärversorgung gelten, PatientInnen an SpezialistInnen überweisen und sie durch das Gesundheitssystem lotsen. Durch Kooperationen mit einem erweiterten Team, bestehend aus ambulantem Pflegepersonal (community nurses), TherapeutInnen, FußpflegerInnen, Hebammen und SozialarbeiterInnen (Wilson, 2015, S. 298) werden Synergieeffekte genutzt, um PatientInnen möglichst kurze Behandlungswege zu ermöglichen.

Die für eine bestimmte, registrierte PatientInnengruppe zuständigen AllgemeinmedizinerInnen arbeiten entweder als selbständige VertragsärztInnen oder in gemeinschaftlichen Praxen von zwei bis sechs ÄrztInnen als TeilhaberInnen oder mit etwas niedrigerem Gehalt als Angestellte. Im Jahr 2012 wurden im Schnitt 6.000 PatientInnen pro Praxis betreut, wobei auf jede Ärztin/jeden Arzt rund 1.500 registrierte PatientInnen entfielen. Rund 15 % aller Praxen wurden von einer einzigen Ärztin/einem einzigen Arzt betrieben, in ca. 5 % aller Praxen arbeitete eine Ärztin/ein Arzt komplett allein (Czypionka et al., 2011, S. 7; Roland et al., 2012, S. 7).

Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit eines vollzeittägigen GPs beträgt 44,4 Stunden, wobei 68 % dieser Zeit in die direkte PatientInnenversorgung fließt. Die Verpflichtungen eines GPs sind in dem mit dem NHS abgeschlossenen Vertrag geregelt. In allen medizinischen Ausbildungsstätten des UK gibt es eigene Departments für Allgemeinmedizin. Rund 1/4 aller AbsolventInnen schließen an ihr Grundstudium die Zusatzausbildung zur/zum AllgemeinmedizinerIn an (Wilson, 2015, S. 298). Die Berufsgruppe der AllgemeinmedizinerInnen deckt ein breites Leistungsspektrum ab. Dieses reicht

von diagnostischen Leistungen und kleineren Operationen über Familienplanung bis hin zur Behandlung von akut, chronisch und unheilbar kranken PatientInnen (Czypionka & Ulinski, 2014, S. 21).

Das im Primärversorgungsbereich tätige Pflegepersonal wird von AllgemeinmedizinerInnen angestellt. Dabei ist grundsätzlich zwischen dem allgemeinen Pflegepersonal (general nurses) und dem akademisch geschulten Pflegepersonal (nurse practitioners) zu unterscheiden. Das allgemeine Pflegepersonal übernimmt Impfungen, gesundheitsfördernde Maßnahmen und die Gesundheitsbewertung älterer PatientInnen (Boyle, 2011, S. 228). Das akademisch ausgebildete Pflegepersonal hingegen kann ÄrztInnen in vielerlei Hinsicht vertreten und entlasten und hat sogar das Recht, selbständig Arzneimittel zu verschreiben. PatientInnen können sich im Bedarfsfall frei für eine Behandlung durch ihre Ärztin/ihren Arzt oder durch die/den von ihm angestellte/n Nurse Practitioner entscheiden (Bergmair, 2015, S. 119). Der vermehrte Einsatz dieser speziell geschulten Fachkräfte, insbesondere im Bereich der routinemäßigen Betreuung chronisch Kranker, führte zu einem sprunghaften Anstieg der Konsultationsrate der Nurse Practitioners sowie zu einem Rückgang der Anzahl der PatientInnen pro GP (Wilson, 2015, S. 302f.). An dieser Stelle sei nochmals auf die vertiefende Auseinandersetzung mit dem multiprofessionellen Team in der Primärversorgung am Beispiel des walisischen Gesundheitssystems in Kapitel 3.2.3 verwiesen.

Das Team einer Primärversorgungseinheit besteht somit typischerweise aus fünf bis sechs AllgemeinmedizinerInnen, einer/einem Nurse Practitioner, zwei bis drei zusätzlichen Krankenpflegekräften und sechs bis zehn organisatorischen und administrativen PraxisassistentInnen. Vom erweiterten Kernteam, das direkt beim NHS angestellt und entweder an eine Praxis oder eine lokal begrenzte Bevölkerungsgruppe gebunden ist (Wilson, 2015, S. 298), wird unter anderem die geriatrische, pädiatrische oder psychiatrische Pflege erbracht (Roland et al., 2012, S. 7).

3.3 Primärversorgung in Gwent (Wales)

Im Folgenden wird schwerpunktmäßig ein Überblick über die Primärversorgung innerhalb des Aneurin Bevan University Health Boards in Gwent (Wales) geliefert.

3.3.1 Organisatorische Aspekte

Innerhalb des Aneurin Bevan University Health Boards (ABUHB) im walisischen Gwent ist die Primärversorgung in zwölf Cluster unterteilt (siehe Abbildung 1). Jeder Cluster umfasst sämtliche Gesundheits- und Pflegedienste eines geografischen Gebietes, die in der Regel zwischen 25.000 und 100.000 Menschen versorgen. Dadurch soll eine besser koordinierte Versorgung sichergestellt werden, die sich letztlich positiv auf das gesundheitliche Wohlbefinden der Bevölkerung auszuwirken vermag (Public Health Wales, 2019a).



Abbildung 1: Cluster des Aneurin Bevan University Health Boards (Quelle ABUHB, 2018)

Die Primärversorgung innerhalb des ABUHB und des gesamten NHS Wales deckt nicht nur die Allgemeinmedizin ab, sondern bietet auch andere Dienstleistungen wie Pharmazie, Zahnmedizin und Optometrie an. In 90% aller Fälle stellt sie die erste Anlaufstelle für die walisische Bevölkerung in gesundheitlichen Angelegenheiten dar. Ein essentieller Beitrag der Primärversorgung besteht darin, den Zugang der Menschen zu den zahlreichen Dienstleistungen in der örtlichen Gemeinde zu koordinieren. Diese gemeinnützigen Dienste umfassen BezirkskrankenpflegerInnen, Hebammendienste, GesundheitsberaterInnen, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, PodologInnen, PhlebotomikerInnen, SanitäterInnen, Sozialdienste, MitarbeiterInnen der örtlichen Behörden sowie sämtliche Personen, die in unabhängigen Sektoren und für freiwillige Organisationen arbeiten, um die Menschen in ihren Gemeinden zu unterstützen (Public Health Wales, 2019a).

3.3.2 Personelle und kooperative Aspekte

Jede allgemeinmedizinische Praxis innerhalb des ABUHB ist in unterschiedlichem Maße mit medizinischem Fachpersonal ausgestattet. Viele Praxen beschäftigen private PhysiotherapeutInnen, Krankenpflegepersonal für psychische Gesundheit und andere Health Professionals. Die Praxen arbeiten eng mit den Cluster-Management-Teams des ABUHB zusammen, um die Versorgung der Bevölkerung mit medizinischem Fachpersonal sicherzustellen. Insbesondere prüft das Cluster-Management-Team, ob in den Praxen ein Unterstützungsbedarf besteht und stellt im Bedarfsfall zusätzliche NHS-Ressourcen und Personal zur Verfügung.

Eine Schlüsselrolle in der multiprofessionellen Zusammenarbeit kommt vor allem dem pflegerischen und pharmazeutischen Personal zu, weshalb diese beiden Berufsgruppen nachstehend genauer unter die Lupe genommen werden.

Pflege

Allgemeinmedizinische Krankenpflege (General Practice Nursing - GPN)

Die allgemeinmedizinische Krankenpflege ist eine Spezialkrankenpflege, die einen Schwerpunktwechsel von der Sekundär- zur Primärversorgung aufweist. Sie ist in einer Allgemeinpraxis angestellt und kann die Gemeinde auf diese Weise direkt versorgen. Zu ihren primären Aufgabenfeldern zählen das Management chronischer Krankheiten, die Frauengesundheit, Gesundheitsbewertung, Gesundheitsförderung, Wundversorgung, Impfungen und vieles mehr (Public Health Wales, 2019b).

Hochqualifizierte Krankenpflege (Advanced Practice Nursing - APN)

Häufig besteht das Pflegeteam einer Allgemeinpraxis auch aus hochqualifizierten KrankenpflegerInnen. Diese speziell geschulten Fachkräfte verfügen über erweiterte Fähigkeiten und Kompetenzen und können ÄrztInnen in vielerlei Hinsicht vertreten und entlasten. Unter anderem sind sie berechtigt, selbstständig gewisse Untersuchungen (z.B. Röntgenaufnahmen) durchzuführen und Arzneimittel zu verschreiben (Public Health Wales, 2019b).

Bezirkskrankenpflege (District Nursing – DN)

Bezirkskrankenpflegekräfte spielen eine Schlüsselrolle in der Gemeinde, die sie versorgen. Sie übernehmen die ambulante Betreuung von PatientInnen in ihrer häuslichen oder wohnlichen Umgebung, Dabei kümmern sie sich vor allem um PatientInnen mit komplexen Erkrankungen und deren Familienangehörige. Sie sind dafür verantwortlich, die Gesundheitsbedürfnisse von PatientInnen und deren Familien zu ermitteln und deren optimale gesundheitliche Versorgung - insbesondere am Lebensende - zu gewährleisten (Public Health Wales, 2019b).

Gesundheitswesen unterstützende MitarbeiterInnen (Healthcare Support Workers – HCSW)

Zu den Gesundheitswesen unterstützenden MitarbeiterInnen zählen nicht registrierte Pflegekräfte, die die Primärversorgung sowohl innerhalb der Allgemeinpraxis als auch in der Gemeinde und in Wohngebieten unterstützen, indem sie registriertem Krankenpflegepersonal in der Pflegearbeit zur Hilfe gehen (Public Health Wales, 2019b).

Pharmazie

Klinische PharmazeutInnen (Clinical Pharmacists/Advanced Practice Pharmacists) in Allgemeinpraxen und Primärversorgungsclustern

Klinische PharmazeutInnen verfügen über fundierte Kenntnisse hinsichtlich Krankheiten und Arzneimittel. Sie können entweder in einem speziellen klinischen Bereich tätig sein oder eine allgemeinere Rolle einnehmen, indem sie eine Reihe von Fragen im Zusammenhang mit Arzneimitteln innerhalb der hausärztlichen Praxis behandeln. Als Teil des Praxisteam s bieten klinische PharmazeutInnen Fachberatung für PatientInnen an, insbesondere für ältere Personen und jene, die mehrere Arzneimittel einnehmen müssen (Polypharmazie) oder mehrere Erkrankungen aufweisen. Zudem können sie proaktiv dabei helfen, RisikopatientInnen in Bezug auf die sichere Einnahme ihrer Arzneimittel zu identifizieren und zu managen. Durch die Übernahme der Verantwortung für PatientInnen mit Langzeiterkrankungen können klinische PharmazeutInnen AllgemeinmedizinerInnen

Arbeit abnehmen und dazu beitragen, die Anzahl der Personen in der Unfall- und Notfallaufnahme klein zu halten. Im Falle des Vorliegens einer zusätzlichen Non-Medical-Prescriber-Qualifikation sind klinische PharmazeutInnen auch befugt, selbstständig Arzneimittel für jede Erkrankung innerhalb ihrer klinischen Kompetenz zu verschreiben (Public Health Wales, 2019c).

Praxisbasierte PharmazeutInnen (Practice Based Pharmacists)

Praxisbasierte PharmazeutInnen unterstützen das Praxisteam, indem sie sich auf alle Aspekte der PatientInnenversorgung fokussieren, die das Arzneimittelmanagement betreffen (Gregory, 2017, S. 1; Public Health Wales, 2019c). Ihr spezielles Fachwissen ist vor allem gefragt bei

- der Lösung alltäglicher Arzneimittelangelegenheiten;
- der Untersuchung und Behandlung verbreiteter Krankheiten;
- der Arzneimittelverschreibung zur Behandlung chronischer und lang andauernder Erkrankungen;
- beim Abgleich von Arzneimitteln nach der Entlassung aus dem Krankenhaus;
- der Unterstützung der Allgemeinpraxis bei der Erreichung der Qualitätsziele und höherer Dienstleistungsqualität;
- der Leitung klinischer Audits mit dem multidisziplinären Team;
- der klinischen Ausbildung in der Praxis (Gregory, 2017, S. 1).

Der/die praxisbasierte PharmazeutIn kann der Allgemeinpraxis eine Reihe von Vorteilen bieten:

- Verbesserung des Zugangs der PatientInnen zur Gesundheitsversorgung;
- Optimierung der Arzneimittelverordnung und -einnahme;
- Erhöhung der Arzneimittelsicherheit;
- Verbesserung des PatientInnen-Outcomes;
- Abnahme und Reduktion der allgemeinen Arbeitsbelastung in der hausärztlichen Praxis;
- Entlastung der AllgemeinmedizinerInnen, die sich dadurch vermehrt auf PatientInnen mit komplexen Krankheitsbildern fokussieren können (Gregory, 2017, S. 1).

Praxisbasierte PharmazeutInnen stellen keinen Ersatz für AllgemeinmedizinerInnen dar, sondern ergänzen das Praxisteam um ihre speziellen Fachkenntnisse (Gregory, 2017, S. 1). Sie können entweder von einer Allgemeinpraxis, vom Health Board oder von einem/einer Gemeinde-PharmazeutIn angestellt und für praxisbezogene Aufgaben beauftragt werden (Public Health Wales, 2019c).

Klinische Cluster-PharmazeutInnen (Cluster Clinical Pharmacists)

Diese speziell geschulten PharmazeutInnen arbeiten als Teil eines multidisziplinären Teams in einem der zwölf Cluster, um die strategischen Prioritäten des Health Boards zu unterstützen. Angestellt beim Health Board unterstützen sie den Cluster auch in Bezug auf die Analyse von pharmazeutischen Daten und Trends (Public Health Wales, 2019c).

Gemeinde-PharmazeutInnen (Community Pharmacists)

Die über 700 Gemeinde-PharmazeutInnen in Wales stellen hochqualifiziertes Gesundheitspersonal dar, auf die PatientInnen auch ohne Termin und zu erweiterten Zeiten zugreifen können. Der Community Pharmacy Contractual Framework bestimmt das Leistungsspektrum, das PharmazeutInnen für PatientInnen innerhalb einer Gemeinde erbringen. Dieses Leistungsspektrum kann unterteilt werden in:

- *Wesentliche Dienste*, wie z.B. die klinische Überprüfung und Überprüfung der Angemessenheit verschriebener Arzneimittel, Abgabe von Arzneimitteln, wiederholte Abgabe, Beschilderung, Selbstbehandlung und Arzneimittelberatung;
- *Anspruchsvolle Dienste*, wie z.B. Kontrollen der verordneten Medikation (Medicines Use Reviews - MURs);
- *Erweiterte Dienste*, zusätzlich angebotene Dienste, die vom Health Board oder der Allgemeinpraxis in Auftrag gegeben werden können, wie z.B. Raucherentwöhnungsprogramme (Public Health Wales, 2019c).

PharmazeutInnen in der Primärversorgung/VerschreibungsberaterInnen (Primary Care Pharmacists/Prescribing Advisors)

Diese Fachkräfte werden vom Health Board angestellt und arbeiten eng mit Allgemeinpraxen zusammen, um die Prioritäten des Health Boards zu forcieren. Sie bieten Allgemeinpraxen und Primärversorgungsclustern Unterstützung durch die Analyse von Verschreibungsdaten und die Serviceentwicklung und -erleichterung bezogen auf das Arzneimittelmanagement an.

PharmazietechnikerInnen in der Primärversorgung (Primary Care Pharmacy Technicians)

Angestellt beim Health Board kümmern sich PharmazietechnikerInnen um die technischen Aspekte des Arzneimittelmanagements, wie z.B. die Überprüfung der Inhalationstechnik, Synchronisierung von Arzneimitteln, Überprüfung der wiederholten Verschreibung etc. Zudem sind sie häufig in die Audits von Allgemeinpraxen involviert. In einigen Bereichen sind PharmazietechnikerInnen auch mit der Analyse von Verschreibungsdaten betraut; davon ausgenommen sind klinischen Prüfungen.

3.3.3 Neue Primärversorgungsmodelle: Pilotprojekt „Allgemeinmedizinische SozialarbeiterInnen“

In dem Bestreben, die Expertise und Kapazitäten allgemeinmedizinischer Praxen zu erhöhen, wurde im Juli 2015 ein Pilotprojekt in der südwälisischen Region Caerphilly gestartet, das auf die aktive Einbindung von SozialarbeiterInnen in die Allgemeinpraxen setzte. Während der zwölfmonatigen Pilotphase wurden mehr als 397 PatientInnen an die SozialarbeiterInnen überwiesen. 50% der Überweisungen erfolgten direkt durch die AllgemeinmedizinerInnen, insgesamt 74% der Überweisungen erfolgten durch das Gesundheitspersonal. Im Rahmen des Pilotprojektes fanden auch Medikamentenüberprüfungen statt, die geschätzte finanzielle Einsparungen von 326,08 GBP pro Jahr erbrachten. Weiters kam es zu finanziellen Einsparungen durch die Vermeidung der Aufnahme von PatientInnen in die Sekundärversorgung sowie vorzeitige Entlassungen. Insbesondere konnte anhand des Pilotprojektes demonstriert werden, dass die Einbindung von SozialarbeiterInnen in die Allgemeinpraxen zu einer höheren Zufriedenheit von PatientInnen und AllgemeinmedizinerInnen beitragen kann, indem der gesundheitliche Outcome und das Wohlbefinden der PatientInnen gesteigert und die ÄrztInnen in ihrer täglichen Arbeit entlastet werden (ABUHB, 2016).

3.4 Primary Care Networks im UK

Die Allgemeinpraxis im UK hat im Laufe der Zeit einen Wandel durchlaufen. Waren in den 50er-Jahren des 20. Jahrhunderts noch Einzelpraxen vorherrschend, so wurden in den 60er und 70er Jahren Gemeinschaftspraxen zur Norm. Ab 1991 konnten GPs zunehmend Budgetverantwortung für die Gestaltung der Versorgung der bei ihnen registrierten PatientInnen übernehmen, wobei sie gegebenenfalls auch das Recht hatten, Budgetersparnisse einzubehalten (Prinzip des „fundholding“). Von 2005 bis 2013 konnte Praxen basierend auf ihren bisherigen Ausgaben ein vorläufiges Budget zugesprochen werden (Prinzip des „practice-based commissioning“). Obwohl es ihnen in diesem Zeitraum nicht erlaubt war, Budgetersparnisse direkt einzubehalten, konnten Ersparnisse teilweise für die Verbesserung der PatientInnenversorgung aufgewendet werden (Fisher et al., 2019, S. 9).

Mit Beginn der 90er Jahre begannen Praxen damit, sich zusammenzuschließen, um die Versorgung ihrer PatientInnen auch außerhalb der normalen Ordinationszeiten sicherzustellen. Ab 2014 wurden großangelegte Initiativen für die Zusammenarbeit von Allgemeinpraxen untereinander sowie von Allgemeinpraxen mit sekundärmedizinischen Einrichtungen und dem sozialen Bereich verstärkt betrieben. Die Vorteile dieser Ansätze wurden in der gemeinsamen Nutzung erweiterter, multiprofessioneller Teams gesehen; so werden neben den AllgemeinmedizinerInnen und dem allgemeinen und spezialisierten Krankenpflegepersonal der Gemeinden auch angrenzende Berufsgruppen wie PhysiotherapeutInnen, FußpflegerInnen, ApothekerInnen, SanitäterInnen und SozialarbeiterInnen in diese Netzwerke miteinbezogen (Fisher et al., 2019, S. 6).

Im Jahr 2016 arbeiteten Schätzungen zufolge bereits rund drei Viertel der Praxen auf gemeinschaftlicher Basis und 2017 waren es bereits 81 % (Fisher et al., 2019, S. 9f.).

Mit der Veröffentlichung des neuen Vertrages für AllgemeinmedizinerInnen am 31. Jänner 2019 konnten sich Praxen auf freiwilliger Basis bis Anfang Juli 2019 zu Primary Care Networks (PCNs) zusammenschließen und ihren jeweiligen CCGs ein gemeinsam unterzeichnetes Netzwerkabkommen unterbreiten. Damit sollten ab 01.07.2019 alle PatientInnen Englands von einem Primary Care Network erfasst sein. PCNs bestehen aus benachbarten Gruppen an Gemeinschaftspraxen. Um in den Netzwerken die Personalrekrutierung und das Leistungsangebot für PatientInnen der

Mitgliedspraxen sicherzustellen, fließen Geldmittel in die Netzwerke. Der NHS erhofft sich dadurch eine Anhebung des Leistungsspektrums, der Effizienz und des Status der Allgemeinpraxen (Fisher et al., 2019, S. 1).

PCNs unterscheiden sich von früheren Formen der Zusammenarbeit darin, dass sie durch Unterzeichnung des gemeinsamen Netzwerkabkommens und der Zustimmung zu denselben Vertragsbedingungen eine einheitliche Organisationsform aufweisen, demselben Finanzierungsprinzip unterliegen, sich zur Erfüllung der festgelegten sieben nationalen Dienstleistungsspezifikationen verpflichten (siehe Kapitel 3.4.2) und Vorgaben hinsichtlich ihrer Größe und räumlichen Anordnung einhalten müssen (Fisher et al., 2019, S. 10f.). Letzteres trifft auf bestehende Großraum-Formen der Zusammenarbeit unter Allgemeinpraxen (z. B. Primary Care Homes – siehe Kapitel 3.2.1) nicht zu.

Die Einführung der PCNs findet in einer für die Allgemeinpraxis sehr schwierigen Zeit statt. Im NHS Long Term Plan findet die Tatsache Berücksichtigung, dass die im Zeitraum zwischen 2004 und 2014 in die Allgemeinmedizin getätigten Investitionen verglichen mit den übrigen Investitionen des NHS rückläufig waren, während gleichzeitig die Bedürfnisse der PatientInnen und die Komplexität ihrer Ansprüche gestiegen sind. Dies führte zu einem Rückgang bei der PatientInnenzufriedenheit, erhöhte den Druck auf das Personal und verschlimmerte den Mangel an AllgemeinmedizinerInnen und Krankenpflegepersonal (Fisher et al., 2019, S. 10f.).

3.4.1 Ziele

Mit der Einführung der PCNs beabsichtigt der NHS, die Primärversorgung zu stärken und ihr im Rahmen der noch größerräumigeren, in England bis 2021 zu schaffenden Integrierten Versorgungssysteme (Integrated Care Systems – ICS) mehr Einfluss einzuräumen (Fisher et al., 2019, S. 1). Gemäß NHS sollen die Netzwerke eine bessere proaktive, personalisierte, koordinierte und integrierte Gesundheits- und Sozialversorgung ermöglichen und dem chronischen Fachkräftemangel entgegenwirken (Fisher et al., 2019, S. 7). Viele der erhofften Vorteile werden davon abhängen, ob es durch den Einsatz multiprofessioneller Teams tatsächlich zur erwarteten Entlastung der AllgemeinmedizinerInnen und damit verbunden zu einer Qualitätsverbesserung in der Versorgung kommt. Die Entscheidung, zusätzliche Finanzmittel nicht an einzelne Praxen, sondern in die Netzwerke zu leiten, ist jedoch ein eindeutiger Hinweis, dass die EntscheidungsträgerInnen die Zukunft der Primärversorgung in Integrierten Versorgungssystemen sehen (Fisher et al., 2019, S. 13).

3.4.2 Organisation

PCNs sind Zusammenschlüsse einzelner Allgemeinpraxen, deren Unabhängigkeit trotz gemeinsamem Einsatz von Personal und einer engen Kooperation gewahrt bleibt. Laut NHS sollen die Netzwerke typischerweise eine Bevölkerung von 30.000 bis 50.000 Menschen abdecken, wobei auch Einzelpraxen mit einer Listengröße von über 30.000 PatientInnen und Netzwerke mit über 50.000 PatientInnen unter gewissen Umständen erlaubt sind. Derzeit sind im Durchschnitt rund 8.000 PatientInnen bei einer Praxis registriert. Englandweit werden rund 1.300 Primärversorgungsnetzwerke tätig sein (Fisher et al., 2019, S. 2).

Durch Unterzeichnung des Netzwerkvertrags, der zusätzlich zum bestehenden AllgemeinmedizinerInnen-Vertrag abgeschlossen wird, stimmen die dem jeweiligen Netzwerk angeschlossenen Allgemeinpraxen der Erfüllung der sieben nationalen Dienstleistungsspezifikationen zu. Diese müssen noch genau ausgearbeitet werden und umfassen beispielsweise Bereiche wie das Arzneimittel-

management oder die Verbesserung der Pflege in Pflegeheimen sowie der Frühdiagnosen bei Krebserkrankungen und der Diagnose von und der präventiven Maßnahmen bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Fisher et al., 2019, S. 2). Darüber hinaus werden freiwillige Zusatzleistungen (Directed Enhanced Services – DES) eingeführt, um die Erbringung bestimmter Dienstleistungen anzuregen (wie z. B. der Abwicklung von Impfprogrammen oder der Pflege von an Demenz erkrankten Menschen). Diese Zusatzleistungen werden ebenfalls in den Netzwerkvertrag aufgenommen und umfassen beispielsweise auch die Einführung erweiterter Ordinationszeiten außerhalb der vertraglich ausgehandelten Zeiten von Montag bis Freitag von 08:00 bis 18:30 Uhr (Fisher et al., 2019, S. 2).

3.4.3 Finanzierung

Die Primärversorgungsnetzwerke erhalten zusätzliche finanzielle Mittel im Rahmen des Additional Roles Reimbursement Scheme (ARRS) – ein Anreizsystem, das die Netzwerke beim Aufbau des für die Umsetzung der national vorgegebenen Dienstleistungsspezifikationen notwendigen Personals unterstützt und sie bei Anstellung gewisser Berufsgruppen entlohnt. Dabei werden beispielsweise die Gehaltskosten von SozialarbeiterInnen, die auch soziale Medikation verschreiben dürfen (social prescribing link workers) zu 100 % vom ARRS übernommen, jene von ApothekerInnen, PhysiotherapeutInnen oder SanitäterInnen nur zu 70 %. Die verbleibenden 30 % der Gehaltskosten dieser Professionen sind von den Netzwerken selbst zu tragen. Die Primärversorgungsnetzwerke bleiben sowohl bei der Erstellung von auf ihr jeweiliges Netzwerk zugeschnittenen Stellenbeschreibungen sowie bei der Auswahl des in ihrem Netzwerk beschäftigten Personals flexibel (Fisher et al., 2019, S. 4).

Die in einem Netzwerk zusammengeschlossenen Allgemeinpraxen verfügen über nur ein gemeinsames Bankkonto, durch das sämtliche Netzwerkzahlungen fließen. Laut NHS England wird ein typisches Netzwerk mit einer registrierten Bevölkerung von 50.000 Menschen bis zu 1,47 Milliarden britische Pfund durch den Netzwerkvertrag an finanziellen Mitteln erhalten (Fisher et al., 2019, S. 2).

3.4.4 Risiken und Herausforderungen

Die von der Einführung der Primärversorgungsnetzwerke im Jänner 2019 bis zu deren Umsetzung im Juli 2019 verfügbare Zeit stellte viele Allgemeinpraxen vor große Herausforderungen. Während in einigen Landesteilen bereits gut ausgeprägte Netzwerkstrukturen vorlagen, wird es in anderen Landesteilen bis zur Erfüllung der Netzwerkvorgaben noch ein langer Weg sein. Die für die rechtzeitige Umsetzung der Netzwerke geschaffenen finanziellen Anreize werden daher auch nur den Regionen zugutekommen, die die Vorgaben der Netzwerke bereits zu einem Großteil erfüllen und Regionen, in denen dies noch nicht der Fall ist, benachteiligen. Darüber hinaus begünstigt der extrem straffe Zeitplan überhastete Entscheidungen der Netzwerke im Hinblick auf deren Organisationsstrukturen und die von ihnen für ihre jeweils registrierte Population geplanten Leistungen (Fisher et al., 2019, S. 14f.).

Obwohl der Großteil der Allgemeinpraxen in finanzieller Hinsicht von der Gründung der Primärversorgungsnetzwerke profitieren wird, bleiben Befürchtungen aufrecht, dass dies nicht generell der Fall sein wird. Mögliche Risiken umfassen beispielsweise die Streichung zusätzlicher Einkommensquellen der Praxen (z. B. lokaler Anreizsysteme) durch deren CCGs sowie die Finanzierung des Postens der/des klinischen Direktorin/Direktors dieser Netzwerke, der auf Basis eines englandweiten Durchschnitts entlohnt werden soll und dadurch Gebiete mit hohen Gehaltskosten diesbezüglich nicht finanziell unterstützt werden. Weiters stellt die finanzielle Belastung der Netzwerke, die die Gehaltskosten der neu durch die Netzwerkgründung hinzukom-

menden Professionen zu 30 % selbst tragen müssen (Fisher et al., 2019, S. 14f.), ein Problem dar. Dies wird für einige Netzwerke mit größeren Schwierigkeiten verbunden sein.

Durch die Einführung eines erweiterten multidisziplinären Teams erhofft man sich eine Entlastung der AllgemeinmedizinerInnen. Dabei besteht jedoch das Risiko, dass durch die notwendige Supervision der neu hinzukommenden Professionen durch den GP dessen Arbeitszeit noch stärker in administrativer Hinsicht in Anspruch genommen wird und noch weniger Zeit für den direkten PatientInnenkontakt bleibt. Ebenso muss dem erweiterten multidisziplinären Team ein entsprechender Arbeitsplatz zur Verfügung gestellt werden, was für einige Netzwerke eine zusätzliche finanzielle Belastung bedeutet und bis dato noch nicht feststeht, ob dafür Zuschüsse aufgewendet werden (Fisher et al., 2019, S. 16).

Durch die Einführung der Netzwerke sollen auch bestehende Ungleichheiten in der Primärversorgung ausgeglichen werden. Doch in ihrer derzeitigen Form könnten die Netzwerke bestehende Ungleichheiten verstärken. So trifft der Fachkräftemangel besonders sozial benachteiligte Gebiete. Der Anteil der AllgemeinmedizinerInnen ging in diesen Gebieten zwischen 2008 und 2017 um 511 Posten zurück, während ihr Anteil in wohlhabenden Gebieten im selben Zeitrahmen um 134 Posten anstieg. Darüber hinaus wird das Geld aus dem ARRS-Fonds nur für bereits angestellte Fachkräfte freigesetzt. Dadurch wird in sozial benachteiligten Gebieten die ohnehin problematische Rekrutierung multidisziplinärer Fachkräfte auch finanzielle Einbußen nach sich ziehen. Da es in diesen Gebieten auch vermehrt zu Praxisschließungen kommt, wird der Druck auf weiter bestehende Praxen erhöht (Fisher et al., 2019, S. 17).

Abschließend wird festgehalten, dass die mit Juli 2019 geschaffenen Primärversorgungsnetze für die Schaffung ihrer Finanzierungs- und Rekrutierungsstrukturen vor allem Zeit und Unterstützung benötigen. Es muss sichergestellt werden, dass Ressourcen unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der einzelnen Regionen aufgeteilt werden. Die durch ihre Entstehung ausgelöste substantielle Umstrukturierung eines komplexen Systems, das seit jeher großen Wert auf seine Unabhängigkeit einerseits sowie auf die Nähe zu den PatientInnen andererseits gelegt hat, soll zur Stabilisierung des Primärversorgungsbereichs und zur Verbesserung des Leistungsangebots beitragen. Vor allem die PatientInnen werden von der durch die PCNs ermöglichte, verbesserte Nutzung von Medikamenten, der geringeren Abhängigkeit von Krankenhäusern und der verbesserten Zusammenarbeit der LeistungsanbieterInnen untereinander profitieren. Um die ambitionierten Ziele der Netzwerke nicht zunichte zu machen, dürfen bei der Einführung der Netzwerke die in diesem Kapitel geschilderten Herausforderungen jedoch nicht unterschätzt werden (Fisher et al., 2019, S. 18f.).

Literatur

- ABUHB - Aneurin Bevan University Health Board (2016). *Practice-based social workers.* <http://www.aneurinbevanprimarycare.co.uk/wp-content/uploads/2016/07/Practice-based-Social-Workers-2015-16.pdf> [19.03.2020].
- ABUHB - Aneurin Bevan University Health Board (2018). *Primary care clusters.* <http://www.primarycareone.wales.nhs.uk/aneurin-bevan-uhb> [19.03.2020].
- Bergmair, T. (2015). Primärversorgung in Europa. *Zeitschrift für Gesundheitspolitik*, 4, 111-132.
- Boyle, S. (2011). United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition*, 13 (1), 1-486.
- Cylus, J., Richardson, E., Findley, L., Longley C. & Steel, D. (2015). United Kingdom. Health system review. *Health Systems in Transition*, 17 (5), 1-126.
- Czypionka, T., Riedel, M., Obradovits, M., Sigl, C. & Leutgeb, J. (2011). Ambulante Vergütung im internationalen Vergleich. Perspektiven für Österreich. *Health System Watch*, III. Wien: Institut für Höhere Studien.
- Czypionka, T. & Ulinski, S. (2014). *Primärversorgung*. Projektbericht. Wien: Institut für Höhere Studien (IHS).
- Fisher, R., Thorlby, R. & Alderwick, H. (2019). *Briefing: Understanding primary care networks. Context, benefits and risks*. London: The Health Foundation.
- Freund, T., Everett, Ch., 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*, 52, 727-743.
- Gerlinger, T. & Mosebach, K. (2014). *Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung in Großbritannien*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Gregory, R. (2017). *Practice based clinical pharmacists. What can pharmacists in GP Practices do?* <http://www.primarycareone.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/1191/What%20can%20pharmacists%20in%20GP%20Practices%20do.pdf> [20.03.2020].
- Grosios, K., Gahan, P. & Burbidge, J. (2010). Overview of healthcare in the UK. *EPMA Journal*, 1, 529-534.
- Hajen, L. (2012). Englischer National Health Service vor größter Reform seit 60 Jahren. Polarisierte Diskussion über Reform des NHS. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 3, 7-18.
- Hauptverband der Sozialversicherung (2019). *Die neue Primärversorgung ist Schlüssel zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung*. <http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.782536&viewmode=content> [15.10.2019].

Lee, T. & Stoye, G. (2018). What does the NHS spend its money on? In Charlesworth, A. & Johnson, P. (Hrsg.). *Securing the future: funding health and social care to the 2030s* (30-61). London: The Health Foundation.

National Association of Primary Care (2019). *Primary Care Homes*. London: Autor.

NHS (2018). *Health Careers. UK health systems*. <https://www.healthcareers.nhs.uk/working-health/uk-health-systems> [15.10.2019].

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017). *United Kingdom: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU*. OECD, Paris. European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283589-en> [22.08.2019].

OECD Health Statistics (2019). *Health expenditure and financing*.

<https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9> [20.10.2019].

Public Health Wales (2019a). *What are clusters?* <http://www.primarycareone.wales.nhs.uk/primary-care-clusters> [19.03.2020].

Public Health Wales (2019b). *Primary and community care nursing in Wales*. <http://www.primarycareone.wales.nhs.uk/pc-community-nurses> [19.03.2020].

Public Health Wales (2019c). *Primary care pharmacy in Wales*. <http://www.primarycareone.wales.nhs.uk/pharmacy-wales/> [19.03.2020].

Roland, M., Guthrie, B. & Thomé, D. C. (2012). Primary Medical Care in the United Kingdom. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 25 (1), 6-11.

Starfield, B., Shi, L. & Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly*, 83 (3), 457-502.

World Health Organization (1978). *Erklärung von Alma-Ata*.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf?ua=1 [08.10.2019].

World Health Organization (2008). *Primary care – now more than ever*.

<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22232en/s22232en.pdf> [08.10.2019].

Wilson, A. (2015). United Kingdom. In Kringos, D. S., Boerma, W. G. W., Hutchinson, A. & Saltman, R. B. (Hrsg.). *Building primary care in a changing Europe. Case Studies* (295-304). Copenhagen: World Health Organization.

4 Analyse von Pilotprojekten der Primärversorgung in Österreich

Eva Krczal

Arleta Franczukowska

Alexander Braun

4.1 Hintergrund und Ziel der Befragung

Rechtliche Grundlage für Primärversorgungseinheiten (PVEs) in Österreich bilden das Primärversorgungsgesetz (2017) und der zwischen dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer abgeschlossene Primärversorgungs-Gesamtvertrag (2019).

Mit der im Rahmen der Gesundheitsreform getroffenen Maßnahmen zur Stärkung der Primärversorgung in Österreich sollen folgende zwei Ziele verfolgt werden (Sozialversicherung 2020):

- Verbesserung einer wohnortnahmen medizinischen Versorgung im ambulanten Bereich
- Reduktion der stationären Aufenthalte

Primärversorgungseinheiten können an einem Standort oder als Netzwerk an mehreren Standorten eingerichtet werden (Primärversorgungsgesetz 2017). Aus dieser Regelung haben sich drei Formen etabliert (Primärversorgungsgesetz 2017, Sozialversicherung 2020).

1. **Gesundheitszentrum:** selbständiges Ambulatorium, in dem angestellte MedizinerInnen mit weiteren Gesundheitsberufen unter ärztlicher Leitung an einem Standort zusammen arbeiten
2. **Gruppenpraxis:** Zusammenschluss von niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen zu einer Gruppenpraxis an einem Standort mit abgestimmten Öffnungszeiten und gegenseitiger Vertretung sowie dem Einbezug von anderen Gesundheitsberufen
3. **Netzwerk:** Zusammenschluss von niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen zu einem Versorgungsnetzwerk mit abgestimmten Öffnungszeiten und Bereitschaftsdiensten und der verbündlichen Zusammenarbeit mit weiteren Gesundheitsberufen

Die derzeit am häufigsten anzutreffende Form ist das Gesundheitszentrum. Im Februar 2020 waren 20 Primärversorgungseinheiten in Österreich in Betrieb, darunter drei Netzwerke, 16 Gesundheitszentren und eine Gruppenpraxis. In Planung (offizielle Zusage ist erteilt) befinden sich sieben Primärversorgungseinheiten, darunter ein Netzwerk und sechs Gesundheitszentren. In Diskussion (es gibt noch keinen offiziellen Beschluss zur Umsetzung) befindet sich ein weiteres Netzwerk (Österreichisches Forum Primärversorgung 2020). Bis Ende 2020 sollen 75 Primärversorgungseinheiten realisiert werden (Sozialversicherung 2020).

4.2 Ziele der Erhebung

Im Hinblick auf die Analyse von Pilotprojekten der Primärversorgung in Österreich wurden folgende Forschungsfragen formuliert:

- Welche Beweggründe führen zu einer Gründung bzw. zu einem Beitritt in eine PVE
- Welche Herausforderungen birgt die Arbeit in PVEs aus Sicht der AllgemeinmedizinerInnen?
- Wie bewerten AllgemeinmedizinerInnen die Arbeitsbedingungen in PVEs?

4.3 Methode

Leitfadengestützte Einzelinterviews

Als Weiterentwicklung von Leitfaden-Interviews haben sich innerhalb der qualitativen Sozialforschung halbstandardisierte Interviews entwickelt, die versuchen, durch die „Rekonstruktion subjektiver Theorien“ (Flick, 2012: 203) einen komplexen Wissensbestand herauszuarbeiten. Durch die expliziten Vorannahmen des Interviewenden sollen dabei implizite Wissenskorpora der Interviewten hervortreten. Dadurch lässt sich die subjektive Theorie der Befragten rekonstruieren, und bietet sich gerade für ExpertInnenbefragungen an, denn durch die expliziten Themen, die in einem Leitfaden vorab entwickelt und im Gespräch angesprochen werden, strukturiert sich das Interview entlang dieser Annahmen. Nichtsdestotrotz bleiben die meisten Fragen offen und werden nur partiell mit geschlossenen Fragen komplementiert. So ergeben sich für die spätere Interpretation auch Zusammenhänge, die das verfügbare und implizite Wissen der Interviewten explizieren (*ibid.*: 205). Dies hat den entscheidenden Vorteil, dass bereits vorhandenes Wissen verifiziert werden kann und sich die Theoriebildung in Form einer progressiven Problemverschiebung fortbewegt. Gleichzeitig bleibt die Gesprächsführung weitestgehend offen, obwohl die Richtung des Gesprächs vom Interviewer gesteuert werden kann.

Im Zeitraum Mai bis Juni 2019 wurden halbstandardisierte Interviews mit ÄrztInnen aus PVEs durchgeführt. Alle 14 zur Zeit der Befragung in Betrieb befindlichen PVEs in Niederösterreich, Oberösterreich, Wien und der Steiermark wurden telefonisch angefragt. Zusätzlich wurde eine weitere Einrichtung, die den offiziellen Status einer PVE nicht hatte, allerdings ein ähnliches Versorgungskonzept aufwies, angefragt.

Die Interviews hatten eine durchschnittliche Dauer von 45 Minuten (24-110 Minuten). Die Einzelinterviews fanden in ungestörter Atmosphäre in den Räumlichkeiten der betreffenden Einrichtungen statt. Es wurde ein halbstandardisierter Interviewleitfaden eingesetzt. Dieser beinhaltete acht Hauptfragen über die Beweggründe zur Arbeit in einer PVE, Herausforderungen, persönliche Erfahrungen im Rahmen der Arbeit in einer PVE sowie Empfehlungen für die weitere Entwicklung von PVEs und der Primärversorgung in Österreich. Die Fragen wurden offen formuliert, den Interviewpartnern wurde die Möglichkeit gegeben, zusätzliche Themen, die von den Leitfragen nicht abgedeckt wurden, in das Interview einzubringen. Die Interviews wurden auf Audioband aufgezeichnet, die Transkripte wurden nach der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Auswertungsmethode – Qualitative Inhaltsanalyse:

Für die Auswertung und Interpretation der transkribierten Texte aus Interviews und Fokusgruppendiskussion wurde eine qualitative Inhaltsanalyse (Mayring, 2015) durchgeführt. Hierbei folgten die AutorInnen einem vierstufigen Ablauf, den die Inhaltsanalyse vorsieht (Flick, 2012: 409):

Erstens: Festlegung des Materials hinsichtlich der Relevanz für die Forschungsfrage

Zweitens: Analyse der Erhebungssituation.

Drittens: Formale Charakterisierung des Datenmaterials

Viertens: Festlegung der Richtung der Analyse, also der konkreten Auslegungspraxis, aufbauend auf theoretischen Annahmen

Nachdem diese Vorarbeit geleistet wurde, folgte der Analyseablauf dem klassischen Vorgehen, das von Paraphrasierung über Generalisierung des Abstraktionsniveaus hin zur ersten und zweiten Reduktion geht (*ibid.*). Um die Analyseschritte zu erleichtern und den Austausch zwischen den einzelnen Interpreten zu ermöglichen, wurde das Interpretationsprogramm MAXQDA verwendet.

4.4 Ergebnisse der Einzelinterviews mit AllgemeinmedizinerInnen aus PVEs

Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte nach den Kriterien Geschlecht und Alter. Dabei wurde auf eine möglichst ausgewogene Verteilung geachtet. Insgesamt wurden 14 Interviews mit ÄrztInnen aus 13 Einrichtungen durchgeführt. 40% der InterviewpartnerInnen waren Frauen, 60% Männer. Alle InterviewpartnerInnen waren über 35 Jahre alt (60% 35 - 50 Jahre, 40% über 50 Jahre). Alle InterviewpartnerInnen verfügten über langjährige Berufserfahrung als Arzt/ÄrztIn (50% verfügten über 11-20 Jahre Berufserfahrung und 50% hatten mehr als 20 Jahre Berufserfahrung). Der überwiegende Teil der Interviewpersonen war selbstständig (83%) und arbeitete in Vollzeit (83%).

Die nachfolgenden Unterkapitel beziehen sich auf die Ergebnisse der Einzelinterviews mit AllgemeinmedizinerInnen aus PVEs. Zur Zeit der Befragung waren überwiegend Gesundheitszentren in Betrieb, die Aussagen der Interviewpersonen beziehen sich dementsprechend vorwiegend auf Gesundheitszentren. Einzelne Interviewpersonen berichteten über ihre Erfahrungen in Primärversorgungsnetzwerken und Gruppenpraxen. Aufgrund der begrenzten Anzahl an Pilotprojekten wurde darauf verzichtet, Unterschiede zwischen den einzelnen Formen an Primärversorgungseinheiten auszuarbeiten. Bei der Erläuterung der Ergebnisse wurde daher der Überbegriff „Primärversorgungseinheit (PVE)“ gewählt.

AllgemeinmedizinerInnen berichteten über ihre Erfahrungen in der Arbeit in einer Primärversorgungseinheit. Die Ergebnisse wurden in folgende drei Themenblöcke gegliedert:

- Beweggründe für die Gründung einer PVE bzw. den Beitritt in eine PVE
- Herausforderungen im Arbeitsalltag einer PVE
- Arbeitsbedingungen in einem Gesundheitszentrum

4.4.1 Beweggründe für die Gründung einer PVE bzw. den Beitritt in eine PVE

Beweggründe für die Gründung einer PVE bzw. den Beitritt in eine PVE
<ul style="list-style-type: none">▪ Unternehmertum, Pioniergeist, Idee der Primärversorgung vorantreiben▪ Versorgungsbedarf, Anfrage KollegInnen/Trägerschaft▪ Teamplayer, höhere Schlagfertigkeit im Team▪ Vielfältigkeit des Aufgabengebiets▪ Bessere Vereinbarkeit mit Privatleben/Familie▪ Höhere Lebensqualität▪ Positive Auslandserfahrung▪ Beim aktuellen Trend mitmachen

Auf die Frage nach den Beweggründen für die Gründung einer PVE bzw. den Beitritt in eine PVE lassen sich zwei Gruppen identifizieren. Eine Gruppe der befragten ÄrztInnen hatte schon mehrere Jahre Erfahrung in der Zusammenarbeit mit KollegInnen beispielsweise in Form einer Gruppenpraxis oder durch gegenseitige Vertretungen. Diese Gruppe berichtete von der längerfristigen Idee, eine Primärversorgungseinheit zu gründen und die weitere Entwicklung der Primärversorgung voranzutreiben. Als Pioniere der Primärversorgung warteten sie förmlich darauf, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Gründung einer PVE geschaffen würden. Die zweite Gruppe der befragten ÄrztInnen berichtete von einem aktuellen Versorgungsmangel, der dazu führte, dass sich auf Anfrage der Trägerschaft, des Landes/Stadt/Gemeinde oder auf Anfrage von KollegInnen interessierte ÄrztInnen bereit erklärten, einer Primärversorgungseinheit beizutreten. Als weitere Gründe für die Arbeit in einer Primärversorgung wurde häufig der Wunsch genannt, in einem Team zu arbeiten. Daneben wurden als Gründe die Vielfältigkeit der Allgemeinmedizin, eine bessere Vereinbarkeit mit dem Privatleben bzw. der Familie sowie eine höhere Lebensqualität angeführt. Positive Erfahrungen/Berichte in Zusammenhang mit Primärversorgungsmodellen aus dem Ausland und der Wunsch beim aktuellen Trend mitzumachen und diese Entwicklung nicht zu verpassen, wurden als weitere Gründe von den InterviewpartnerInnen genannt.

4.4.2 Herausforderungen im Arbeitsalltag einer PVE

Herausforderungen in der Gründungsphase

- PartnerInnen und MitarbeiterInnen finden
- Finanzielles Risiko (Investitionsrisiko, zeitlich befristete Förderungen)
- Verhandlungen mit Gebietskrankenkasse (Honorierungsmodell, Öffnungszeiten), Ärztekammer (Widerstände), anderen Entscheidungsträgern (Land, Gesundheitsfonds)
- Vertragsgestaltung (zwischen den PartnerInnen, mit dem Geschäftsführer)
- Geeigneter Standort, adäquate Infrastruktur, funktionierende EDV
- Fehlende Erfahrungswerte
- Bürokratischer Aufwand, Erfüllung der Auflagen
- Team Building

Die größte Herausforderung in der Gründungsphase ist nach mehrheitlicher Meinung der InterviewpartnerInnen die Schwierigkeit, genügend PartnerInnen sowie qualifizierte MitarbeiterInnen aus anderen nicht-ärztlichen Berufsgruppen zu finden. In der Regel schließen sich drei ÄrztInnen zu einer Primärversorgungseinheit zusammen. Diese Zahl wird als notwendig erachtet, um die geforderten Öffnungszeiten abdecken zu können. Viele Interviewpartner berichten davon, dass es ein langwieriger Prozess war, eine zweite oder dritte Person zu finden. Oft liegen dem Zusammenschluss eine langjährige funktionierende Zusammenarbeit und ein Vertrauensverhältnis zugrunde. Die Aufnahme von neuen, bisher unbekannten PartnerInnen wird mit einem gewissen Risiko verbunden, das Konfliktpotential birgt.

Als weitere Herausforderung wird das finanzielle Risiko genannt. Im Vergleich zu einer Einzelordination sind bei einer PVE höhere Investitionen für adäquate Infrastruktur und Ausstattung zu tätigen. Durch einen höheren MitarbeiterInnenstand entsteht ebenfalls eine höhere finanzielle Verantwortung. Die PVEs laufen in der Regel als Pilotprojekte, Förderungen für Personal sind zeitlich befristet. Dadurch entsteht eine Unsicherheit über zukünftige Finanzierungsmöglichkeiten. Das finanzielle Risiko fällt sehr unterschiedlich in den einzelnen PVEs aus, je nachdem inwieweit die ÄrztInnen selbst Räumlichkeiten und Infrastruktur finanzieren, ob der Patientenstand aus der Einzelordination ins PVE mitgenommen wurde oder ob eine völlig neue Einrichtung geschaffen wurde.

Vertragsverhandlungen mit der Gebietskrankenkasse, je nach Bundesland auch mit anderen Entscheidungsträgern (Land, Gesundheitsfond), werden als sehr zeitaufwendig und langwierig beschrieben. Als besonders schwierig wird von einigen InterviewpartnerInnen die Zusammenarbeit mit der Ärztekammer beschrieben. Ebenfalls als sehr zeitaufwendig beschreiben die InterviewpartnerInnen die Vertragsgestaltung zwischen den PartnerInnen und mit dem/der GeschäftsführerIn. In diesem Zusammenhang wird insbesondere der Gesellschaftervertrag im Zuge der Gründung einer GmbH genannt. InterviewpartnerInnen berichten von unzähligen Treffen und langen Besprechungen im Zuge dieser Vertragsverhandlungen sowohl im Außen- als auch im Innenverhältnis.

Als weitere Herausforderungen in der Gründungsphase wird das Finden eines geeigneten Standortes, die Bereitstellung einer adäquaten Infrastruktur und eine reibungslose Inbetriebnahme der EDV angeführt. Darüber hinaus werden der bürokratische Aufwand im Zuge der Gesellschaftsgründung und die Erfüllung der erforderlichen Auflagen von einigen InterviewpartnerInnen als Hürden in der Gründungsphase erwähnt. PVEs starten mitunter mit mehr als 20 MitarbeiterInnen, das Teambuilding in der Anfangsphase wird von einzelnen Interviewpartnern als sehr herausfordernd beschrieben.

Herausforderungen in der Wachstumsphase

- Steuerung PatientInnenstrom (Triage-System, Wartezeiten, Abweisen von PatientInnen, Wahrung der Privatsphäre)
- Adäquate Räumlichkeiten, Infrastruktur
- Investitionsrisiko (aufgrund der befristeten Finanzierung)
- Weiteres Personal anstellen, Partner finden
- Breiteres Leistungsangebot im Haus oder durch Kooperationen
- Aufgabenverteilung/Delegation von Aufgaben an andere Berufsgruppen

PVEs berichten mehrheitlich von einer großen Akzeptanz unter der Bevölkerung und von rasch steigenden PatientInnenzahlen. Die langen Öffnungszeiten und der Wegfall von Urlaubssperren werden als wesentliche Magnete beschrieben. Einige PVEs im städtischen Bereich haben rasch ihre Kapazitätsgrenze erreicht. Eine Interviewpartnerin beschreibt die Situation folgend: „Nur haben wir jetzt das Ganze statt klein und fein ein bisschen auf Autobahniveau.“ Die rasch wachsenden Patientenzahlen stellen PVEs in der Wachstumsphase vor eine Reihe von Herausforderungen. Ein

wichtiges Thema ist die Steuerung der PatientInnenströme, das Bemühen, die Privatsphäre der PatientInnen im Anmeldebereich zu wahren und Wartezeiten möglichst kurz zu halten. Einzelne PVEs berichten davon, dass sie keine neuen PatientInnen mehr aufnehmen können oder dass sie PatientInnen nur im Notfall behandeln und danach wieder an ihren bisherigen Hausarzt verweisen. Durch die rasch wachsenden PatientInnenzahlen sind auch die räumlichen Kapazitätsgrenzen rasch erreicht. Ein möglicher Ausbau gestaltet sich häufig als problematisch, da es die örtlichen Gegebenheiten nicht erlauben bzw. ein Ausbau aufgrund der befristeten Finanzierung ein hohes finanzielles Risiko mit sich bringt. Durch den raschen Anstieg an PatientInnenzahlen entsteht rasch ein Bedarf nach neuem Personal, einzelne InterviewpartnerInnen berichten von Schwierigkeiten, Bewerbungen von interessierten ÄrztInnen oder Pflegepersonen zu erhalten. Hinsichtlich anderer nicht-ärztlicher Berufsgruppen wird ein großer Bedarf an psychotherapeutischer Betreuung wahrgenommen.

Herausforderungen im laufenden Betrieb

- Zusammenarbeit im Team, MitarbeiterInnenzufriedenheit
 - Häufigkeit und Inhalte von Teambesprechungen
 - Aufgaben- und Kompetenzverteilung
 - Dienstpläne, Urlaubspläne
- Finanzielle Gebarung
- Akzeptanz und Kooperation mit umliegenden Einzelpraxen, Standesvertretung

Im laufenden Betrieb einer PVE werden die Zusammenarbeit im Team und die Aufrechterhaltung der MitarbeiterInnenzufriedenheit als wesentliche Herausforderungen angesehen. Die Zusammenarbeit im Team beinhaltet mehrere Ebenen. Die Basis bildet die Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen als gleichberechtigte PartnerInnen, eine weitere Säule bildet Zusammenarbeit zwischen dem ÄrztInnen-Team und dem/der GeschäftsführerIn oder dem/der PVZ-ManagerIn. Auch die Zusammenarbeit mit und zwischen den verschiedenen Berufsgruppen wird als Bereicherung aber auch als Herausforderung wahrgenommen. Die Koordination von Dienstplänen und Urlaubsplänen wird als aufwendige Arbeit hervorgehoben. Weitere Themen betreffend der Zusammenarbeit im Team sind die Häufigkeit und Inhalte von Teambesprechungen sowie die Aufgaben- und Kompetenzverteilung zwischen den nicht-ärztlichen Berufsgruppen. Konfliktpotential birgt das Zusammentreffen von medizinischen Interessen (vertreten durch ÄrztInnen) und wirtschaftlichen Interessen (vertreten durch Geschäftsführung, Management). Aufgrund der unterschiedlichen Perspektiven kann es zu kontroversen Meinungen hinsichtlich der finanziellen Gebarung oder anderer betriebswirtschaftlicher Fragestellungen kommen.

Die Mehrheit der InterviewpartnerInnen berichten von anfänglichen Schwierigkeiten, Akzeptanz unter FachkollegInnen (AllgemeinmedizinerInnen in Einzelpraxen) oder bei der Standesvertretung (Ärztekammer) zu erlangen. Viele bemühen sich aktiv um Aufklärung und Kooperationen mit

umliegenden Einzelpraxen. In Gebieten mit Versorgungsmangel oder hoher Bevölkerungsdichte ist die Konkurrenzsituation weniger spürbar.

4.4.3 Arbeitsbedingungen in einem Gesundheitszentrum

Generell berichten ÄrztInnen in PVEs über eine sehr hohe Arbeitszufriedenheit, verbesserte Arbeitsbedingungen und eine höhere Lebensqualität im Vergleich zur Arbeit in einer Einzelpraxis. Als einziger Nachteil wird die Einschränkung der Autonomie im Sinne einer Aufgabe der alleinigen Entscheidungsmacht empfunden. Nachfolgend werden die Arbeitsbedingungen in PVEs in den Kategorien Arbeit selbst, Lebensqualität/Work-Life-Balance, Gehalt/Sicherheit, Selbstverwirklichung/Autonomie, Teamarbeit und Anerkennung im Detail beschrieben.

Arbeit selbst
<ul style="list-style-type: none">▪ Abwechslungsreiches, vielfältiges Aufgabengebiet als extrem erfüllend beschrieben▪ Wegfall der administrativen Tätigkeiten großer Vorteil▪ Durch Delegation von Arbeiten an andere Berufsgruppen, Wegfall der administrativen Tätigkeiten, Konzentration auf Kernaufgabe▪ Häufig Berichte über mehr Zeit für PatientInnen, Grenzen durch gestiegenes Arbeitsvolumen bzw. Anreizgestaltung des Honorierungssystems▪ Hohe Behandlungsqualität durch<ul style="list-style-type: none">- Vielfältiges Angebot, breiteres Leistungsspektrum- Weniger Überweisungen- Bessere Erreichbarkeit (Öffnungszeiten, keine Urlaubssperre)- Gemeinsamen Zugriff auf PatientInnendaten- Kontinuierliche, persönliche Betreuung- Kürzere Wartezeiten- Mehraugenprinzip durch multidisziplinäres Behandlungsteam- Bessere Berücksichtigung der PatientInnenbedürfnisse

Das abwechslungsreiche, vielfältige Aufgabengebiet der Allgemeinmedizin wird als sehr erfüllend beschrieben. Die ganzheitliche Betrachtung der PatientInnen, die Entwicklung einer persönlichen Beziehung und das Kennen der Familien-Krankheitsgeschichte bilden zentrale emotionale Motive für die Berufswahl. Im Vergleich zu einer Einzelpraxis wird die Arbeit in einer PVE als vielseitiger, abwechslungsreicher, spannender und fordernder beschrieben. ÄrztInnen behandeln die „eigenen“ Patientinnen und zusätzliche VertretungspatientInnen. Daraus ergeben sich vielfältige und interessante Fälle. Als großer Vorteil der Arbeit in einer PVE wird der Wegfall der administrativen

Tätigkeiten genannt, da diese von der Geschäftsführung oder dem PVZ-Management übernommen werden. Dadurch haben ÄrztInnen mehr Zeit für PatientInnen und mehr Zeit für ihr Privatleben. Die Delegation von Arbeiten an andere Berufsgruppen ermöglicht eine stärkere Konzentration auf ärztliche Kernleistungen und resultiert in einer höheren Zufriedenheit mit dem Aufgabengebiet. Interviewpersonen berichten häufig über einen intensiveren Kontakt mit den PatientInnen. Grenzen werden durch das gestiegene Arbeitsvolumen, die gestiegenen Patientenzahlen und die Anreizgestaltung des Honorierungssystems gesetzt. Interviewpersonen geben an, dass sie in einem PVE eine höhere Behandlungsqualität anbieten können. Als Gründe dafür werden die folgenden Punkte angeführt:

- Vielfältiges Angebot, breiteres Leistungsspektrum
- Weniger Überweisungen
- Bessere Erreichbarkeit (Öffnungszeiten, keine Urlaubssperre)
- Gemeinsamen Zugriff auf PatientInnendaten
- Kontinuierliche, persönliche Betreuung
- Kürzere Wartezeiten
- Mehraugenprinzip durch multidisziplinäres Behandlungsteam
- Bessere Berücksichtigung der PatientInnenbedürfnisse

Lebensqualität/Work-Life-Balance

- Gegenüber Krankenhaus: bessere Vereinbarkeit mit Familie durch geregelte Arbeitszeiten, keine Wochenend- und Nachtdienste
- Gegenüber Einzelpraxis: bessere Möglichkeiten der Teilzeitarbeit, bessere Vereinbarkeit mit Familie, bessere Trennung Berufsleben-Privatleben
- Niedrigeres Burnout-Risiko
 - weniger Stress durch gegenseitige Vertretung, Unterstützung und Wissensaustausch
 - abwechslungsreiches und vielseitiges Aufgabengebiet
- Arbeitszeiten
 - geregelte Arbeitszeiten, Möglichkeit von Teilzeitarbeit
 - aber auch längere Arbeitszeiten aufgrund gestiegener PatientInnenzahl, Teambesprechungen

Sowohl InterviewpartnerInnen, die aus dem niedergelassenen Bereich stammen, als auch InterviewpartnerInnen, die zuvor in einem Krankenhaus gearbeitet haben, berichten von einer höheren Lebensqualität und einer verbesserten Work-Life-Balance. Im Vergleich zum Krankenhaus bietet die Arbeit in einer PVE bessere Bedingungen der Vereinbarkeit von Beruf und Familie durch geregelte Arbeitszeiten und den Wegfall von Wochenend- und Nachtdiensten. Im Vergleich zu einer Einzelpraxis bietet die Arbeit in einer PVE ebenfalls bessere Bedingungen hinsichtlich der Vereinbarkeit von Beruf und Familie durch die Möglichkeit der Teilzeitarbeit, den Wegfall der ständigen Erreichbarkeit und eine bessere Trennung zwischen Berufs- und Privatleben. Als spürbar entlastend wird die

Arbeitssituation in einem PVE beschrieben, wonach die Praxis pünktlich verlassen werden kann und ÄrztInnen nicht mehr das Gefühl haben, sie müssen in ihrer Freizeit für Notfälle in Bereitschaft stehen. Das Burnout-Risiko ist nach Ansicht der befragten Personen in einem Ärzteam deutlich geringer. Viele InterviewpartnerInnen berichten von weniger Stress und einem angenehmeren Arbeiten aufgrund der gegenseitigen Unterstützung, Vertretung und dem Wissensaustausch unter KollegInnen. Typische Aussagen sind „Ich weiß, die Patienten sind versorgt, weil ich brauche mir keine Sorgen machen“. Auch das abwechslungsreiche und vielseitige Aufgabengebiet wird in diesem Zusammenhang positiv hervorgehoben.

Hinsichtlich der Arbeitszeiten wurden unterschiedliche Erfahrungen gemacht. Einige InterviewpartnerInnen heben geregelte Arbeitszeiten und Teilzeitarbeit als wesentliche Verbesserung hervor, andere berichten von längeren Arbeitszeiten und kürzeren Pausen aufgrund der gestiegenen PatientInnenzahl und der vermehrten Teambesprechungen.

Gehalt/Sicherheit

- Gegenüber Krankenhaus: höheres Gehalt
- Gegenüber Einzelpraxis: unterschiedliche Erfahrungen: Bandbreite von etwas weniger, gleichbleibend bis hin zu sehr gut
- Lebensqualität gewinnt an Bedeutung, Gewinnmaximierung oft nicht mehr oberste Priorität
- Wenn Gewinnmaximierung oberstes Ziel – besser Einzelpraxis
- Entlastend: geteiltes Risiko
- Erschwerend: Zusatzvergütung, Förderungen zeitlich begrenzt, angestelltes Personal (GeschäftsführerIn, Pflegekräfte, etc.) wäre ohne Förderung nicht leistbar

Mit der aktuellen Gehaltssituation sind die befragten Personen zufrieden. Bezuglich der Gehaltssituation wurden unterschiedliche Erfahrungen gemacht. InterviewpartnerInnen, die zuvor im Krankenhaus gearbeitet haben, sprechen von einer verbesserten Einkommenssituation. Verglichen mit einer Einzelpraxis reicht die Bandbreite von etwas weniger, gleichbleibend bis hin zu sehr gut. Relativierend ist in diesem Zusammenhang anzumerken, dass Gewinnmaximierung im Wertesystem der befragten Personen nicht an oberster Stelle steht. Lebensqualität und Vereinbarkeit von Beruf und Familie stellen Werte dar, die an Bedeutung gewinnen. Nachfolgend zwei typische Aussagen aus den Interviews:

„(...) für mich [ist] eben das Arbeiten im Team, die Freizeit, die ich habe, viel wichtiger ist als das Finanzielle oder, wie soll ich sagen, das Renommee.“

„Das PVZ ist dafür da, um maximal für dich als Arbeitender maximale Lebensqualität zu bieten, aber nicht, das Maximale an Geld herauszuholen.“

Das höhere finanzielle Risiko wurde in den Abschnitten zuvor schon als Herausforderung genannt. Entlastend wirkt das geteilte finanzielle Risiko auf die beteiligten PartnerInnen. Somit wird es nicht wesentlich höher als in einer Einzelpraxis eingestuft. Erschwerender Faktor ist die zeitliche

Begrenzung von Zusatzvergütungen und Förderungen. Eine Finanzierung des angestellten Personals, insbesondere des/der Geschäftsführers/in bzw. des/der PVZ-Managers/in aus eigenen Mitteln wäre laut Auskunft der InterviewpartnerInnen nicht möglich.

Selbstverwirklichung und Autonomie

- Selbstverwirklichung:
 - bessere Möglichkeiten zur Selbstverwirklichung im Vergleich zu einer größeren Einrichtung (Krankenhaus) und im Vergleich zur Einzelpraxis
 - Möglichkeit der individuellen Arbeitsgestaltung, Konzentration auf Schwerpunkte und Interessensgebiete
 - Ideen, Initiativen für Projekte zur Verbesserung der Versorgungssituation (mobile Pflege, Nachversorgung, Tele-Dermatologie, Bewegungsprogramme, soziale Projekte: Bandcafé mit chronisch Kranken, FrühpensionistInnen)
- Autonomie, Entscheidungsfreiheit
 - Gegenüber Krankenhaus: selbstständigeres Arbeiten
 - Gegenüber Einzelpraxis: Machtverlust, keine alleinige Entscheidungsfreiheit

Die InterviewpartnerInnen sehen in einem PVE bessere Möglichkeiten zur Selbstverwirklichung. Verglichen mit einem Krankenhaus ist eine PVE „überschaubarer“ und es bestehen Möglichkeiten zur Mitgestaltung. Im Vergleich zu einer Einzelpraxis erfolgt in einer PVE eine Arbeitsteilung im Team bzw. eine Delegation von Aufgaben an andere nicht-ärztliche Berufsgruppen. Dies eröffnet leichter Freiräume für die Verwirklichung persönlicher Interessen und Präferenzen und die Konzentration auf individuelle Schwerpunkte. ÄrztInnen finden in einer PVE günstige Rahmenbedingungen, sich fachlich weiterzuentwickeln und Spezialisierungen innerhalb der Allgemeinmedizin zu verfolgen. InterviewpartnerInnen berichten von zahlreichen Projekten und Kooperationen, die im Rahmen ihrer Arbeit in einem PVE initiiert werden.

Die Aufgabe der alleinigen Machtposition wird als einziger Nachteil der Arbeit in einer PVE genannt. Eine typische Aussage von einem Interviewpartner lautet: „Der einzige Nachteil, (...), dass man nicht mehr ganz alleine alles selber entscheiden kann.“ Entscheidungen müssen in einem Ärzteam bestehend aus zwei, drei oder bis zu sieben ÄrztInnen akkordiert werden. Zudem ist bei vielen Angelegenheiten eine Abstimmung mit dem/der GeschäftsführerIn oder dem/der PVZ-ManagerIn notwendig. Diese Situation birgt Konfliktpotential, insbesondere wenn die ÄrztInnen das Gefühl haben, sie müssen zu viel Macht abgeben.

Teamarbeit als wesentliche Komponente

- Gegenseitige Qualitätskontrolle und Wissensaustausch in einem multidisziplinären Team
 - Gegenseitige Qualitätskontrolle unter ÄrztInnen, Qualitätszirkel
 - Wissensaustausch, Fallbesprechungen unter ÄrztInnen und interdisziplinär erhöhen Behandlungsqualität und reduzieren Stressfaktoren
- Zusammenarbeit im Ärzteam
 - Funktionierende Zusammenarbeit im Ärzteam als wichtigster Erfolgsfaktor eines Gesundheitszentrums
 - Meist kennen sich die beteiligten ÄrztInnen schon seit vielen Jahren, haben schon gemeinsam zusammengearbeitet (Gruppenpraxis, Vertretungen)
 - Als Teamplayer ist die Arbeit in einem Gesundheitszentrum ideal, als Einzelkämpfer nicht geeignet
 - Vorteile: geteilte Arbeit, geteilte Sorgen, geteiltes Risiko, gegenseitige Vertretung und Unterstützung
 - Ermöglicht Konzentration auf Schwerpunkte bzw. eigene Interessensgebiete
- Rolle der Geschäftsführung, PVZ-ManagerIn
 - Wichtige Stütze in einem Gesundheitszentrum, übernimmt wirtschaftliche Agenden (Personalmanagement, Dienstpläne, Einkauf, Qualitätssicherung, Buchführung, EDV, Organisatorisches)
 - In der Regel Vollzeitanstellung
 - Unterschiedliche Standpunkte, Perspektiven (wirtschaftlich-medizinisch) werden wahrgenommen
 - Funktionierende Zusammenarbeit, Klarheit über Verantwortungsbereiche und Befugnisse ist wichtiger Erfolgsfaktor
- Zusammenarbeit mit anderen Professionen
 - Interdisziplinäre Zusammenarbeit bringt viele Vorteile und wird als wesentliche Stärke eines Gesundheitszentrums hervorgehoben
 - Ermöglicht umfassende, kontinuierliche Betreuung
 - Entlastung und Qualitätsverbesserung durch Delegation von Aufgaben, es gibt jedoch rechtliche Grenzen

Teamarbeit wird als tragende Komponente der Arbeit in einem Gesundheitszentrum hervorgehoben. Mehrheitlich berichten InterviewpartnerInnen von einem sehr positiven Arbeitsklima und einem gut funktionierenden Teamwork in ihrem Arbeitsumfeld. Die Arbeit in einem interprofessionellen Team wird mit fachlichen und persönlichen Vorteilen in Verbindung gebracht. Nachfolgend einige Auszüge aus den Interviews:

„Es ist das Team, das einen einfach besser auffängt oder es ist einfach lustig.“

„Ich finde, dass eine gute Burnout-Prophilaxe, wenn man im Team arbeiten kann, dann einfach mehr spannende Perspektiven hat und Lösungsmöglichkeiten, auf die andere Leute kommen, die einem selber nicht einfallen würden.“

„Also ich habe persönlich immer davon profitiert, mit anderen zusammenzuarbeiten. (...) Das heißt, es war sowohl fachlich als auch menschlich immer eine Bereicherung.“

Im Hinblick auf PatientInnensicherheit und Qualitätskontrolle erfolgt die Arbeit in einem Team nach dem Mehr-Augen-Prinzip. Es besteht die Möglichkeit, sich mit anderen ÄrztInnen und Berufsgruppen über Diagnosen und Behandlungsstrategien auszutauschen. Ein gegenseitiger Wissensaustausch und Qualitätskontrollen finden in Teambesprechungen, Fallbesprechungen und Qualitätszirkeln statt, in denen alle Berufsgruppen eingebunden sind. Dadurch erhöhen sich die Behandlungsqualität und PatientInnensicherheit. Auf persönlicher Seite geben Interviewpersonen an, dass sich die Stressbelastung durch die Zusammenarbeit und Unterstützung im Team mildert.

Zusammenarbeit im ÄrztInnenteam

Die funktionierende Zusammenarbeit im ÄrztInnenteam wird als wichtigster Erfolgsfaktor eines Gesundheitszentrums angesehen:

„Mit der Ärzteschaft also gewinnt man das Projekt oder fällt das Projekt, (...). Es müssen die Ärzte zu 100% sich einig sein und auch so vom Typ her zusammenpassen.“

„Der wichtigste Rat, den ich mitgeben kann, (...), das betone ich immer wieder (...): Man muss sich mögen. Man muss zusammenarbeiten können.“

Der professionelle Austausch unter AllgemeinmedizinerInnen, die größtenteils in Einzelpraxen arbeiten, ist in Österreich ein Novum. Als wichtige Voraussetzung wurde von den InterviewpartnerInnen genannt, dass die beteiligten Partner überzeugte Teamplayer sind. Eine primäre Ausrichtung auf Gewinnmaximierung für den Einzelnen widerspricht laut Ansicht der InterviewpartnerInnen dem Teamgedanken in einer PVE.

Meist kennen sich die beteiligten ÄrztInnen schon seit vielen Jahren und können auf langjährige Erfahrung in der gemeinsamen Zusammenarbeit im Rahmen einer Gruppenpraxis oder aufgrund von gemeinsamen Vertretungen zurückgreifen. Als Vorteile, die speziell aus der Arbeit in einem Ärzteteam resultieren, werden folgende genannt: Arbeitsteilung, geteilte Sorgen, geteiltes Risiko, gegenseitige Vertretung und Unterstützung. Darüber hinaus ermöglicht die Arbeit in einem Ärzteteam, eigene Interessensgebiete zu verfolgen und sich auf bestimmte Schwerpunkte in der Versorgung oder Behandlung von PatientInnen zu konzentrieren. Die unterschiedlichen Kompetenzen eines ÄrztInnenteams erhöhen nach Ansicht der Befragten das Leistungsspektrum und tragen zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität bei.

Rolle der Geschäftsführung/PVZ-ManagerIn

Eine große Rolle kommt dem/der GeschäftsführerIn bzw. dem/der PVZ-ManagerIn in einer Primärversorgungseinheit zu. Der/die PVZ-ManagerIn wird als wichtige Stütze in einer PVE gesehen, in den Aufgabenbereich fallen in der Regel alle wirtschaftlichen und organisatorischen Agenden (Personalmanagement, Dienspläne, Einkauf, Qualitätssicherung, Buchführung, EDV, Marketing, etc.). In den meisten Fällen übernimmt diese Aufgabe eine Person in Vollzeitanstellung. Die Mehrheit der befragten ÄrztInnen beschreibt die Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung bzw. dem PVZ-Management als sehr gut und entlastend. Die Übernahme von administrativen und organisatorischen Tätigkeiten durch die Geschäftsführung erhöht die Attraktivität einer PVE für ÄrztInnen. Das Zusammentreffen wirtschaftlicher und medizinischer Perspektiven kann jedoch auch zu unterschiedlichen Standpunkten führen, die Konfliktpotential beinhalten. In einem Fall wurde von massiven Konflikten zwischen ÄrztInnen und der Geschäftsführung berichtet, die zu einem Austritt von ÄrztInnen führten. Grund dafür waren unterschiedliche Vorstellungen hinsichtlich der Verantwortungsbereiche und Befugnisse der Geschäftsführung, mangelnde Kommunikation zwischen den beteiligten ÄrztInnen und in Folge eine fehlende Vertrauensbasis für eine weitere Zusammenarbeit. Insbesondere die Rechtsform einer GmbH, in der die ÄrztInnen als GesellschafterInnen operativ tätig sind und eine Person als GeschäftsführerIn für wirtschaftliche Belange bestellen, birgt Risikopotential.

Zusammenarbeit mit anderen Professionen

Das multiprofessionelle Team eines Gesundheitszentrums besteht in der Regel aus mehreren ÄrztInnen, diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Organisationsassistentinnen. Weitere eingebundene Berufsgruppen sind PhysiotherapeutInnen, PsychotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädiInnen, DiätologInnen und SozialarbeiterInnen. Viele der Teammitglieder arbeiten auf Teilzeitbasis. So umfasst das Team eines Gesundheitszentrums in der Regel eine Personenzahl von über 20. Die befragten ÄrztInnen beschreiben die Zusammenarbeit mit anderen Professionen als partnerschaftlich und auf Augenhöhe. Einige InterviewpartnerInnen merken an, dass dies einen Umdenkprozess erforderlich macht, da ÄrztInnen gewohnt sind, in stark hierarchischen Strukturen, wie es beispielsweise im Krankenhaus üblich ist, zu agieren. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit bringt nach Meinung der Interviewpersonen viele Vorteile und wird als wichtige Stärke eines Gesundheitszentrums hervorgehoben. Die Arbeit in einem multiprofessionellen Team ermöglicht eine umfassende und kontinuierliche Betreuung der PatientInnen. Die Delegation von Aufgaben an andere Berufsgruppen führt nach Ansicht der InterviewpartnerInnen zu einer Entlastung der ÄrztInnen und zu einer Qualitätsverbesserung für PatientInnen. Andererseits wird das multiprofessionelle Team dadurch vor neue Herausforderungen gestellt. So sind Regeln oder Mechanismen erforderlich, die festlegen, bis zu welchem Punkt die Berufsgruppen eigenständig Entscheidungen treffen können und ab welchem Punkt die ÄrztInnen als Letztverantwortliche hinzugezogen werden müssen. Als Hürde werden rechtliche Beschränkungen hinsichtlich der Delegation von Aufgaben an andere Berufsgruppen angesehen. Insbesondere die Rolle von diplomierten Gesundheits- und Krankenpersonen, SozialarbeiterInnen, aber auch des/der DiätologInnen und PsychotherapeutInnen wird in den Interviews hervorgehoben.

Anerkennung bei PatientInnen und in Fachkreisen

- PatientInnen
 - Spürbare Wertschätzung und Zufriedenheit bei den PatientInnen
 - Gestiegene Ansprüche und Erwartungen seitens der PatientInnen (Erreichbarkeit, Wartezeiten, Aufklärungsbedarf)
 - Wollen eigenen Vertrauensarzt, bei akuten Fällen genügt es, wenn ein anderer Arzt/ eine andere Ärztin den Fall übernimmt
 - Lange Öffnungszeiten haben große Anziehungskraft
 - Unmut bei längeren Wartezeiten (23 Minuten – 2 Stunden)
- Versorgungsauftrag
 - Versorgungsauftrag wird als wichtig erachtet
 - Teilweise müssen PatientInnen abgewiesen werden
 - Ideen und Initiativen für Projekte und Kooperationen zur Verbesserung der Versorgungssituation
- ÄrztInnenschaft
 - Gesundheitszentren werden häufig als Konkurrenz wahrgenommen
 - Akzeptanz bei umliegenden Einzelpraktikern muss meist erarbeitet werden
 - Möglichkeiten der Zusammenarbeit: Gesundheitszentrum übernimmt Urlaubsvertretung
 - Kooperationen mit umliegenden FachärztInnen funktionieren gut
- Standesvertretung (Ärztekammer)
 - Teilweise Berichte von mangelnder Akzeptanz und Widerständen

Viele der InterviewpartnerInnen berichten von einer spürbaren Wertschätzung und Zufriedenheit der PatientInnen mit der Qualität der Versorgung, der Betreuung und den erweiterten Öffnungszeiten. Gleichzeitig werden erhöhte Ansprüche und Erwartungen wahrgenommen. Dies äußert sich beispielsweise in gestiegenen Erwartungen hinsichtlich der Erreichbarkeit, den Wartezeiten und dem Aufklärungsbedarf. Nach wie vor wünschen sich nach Aussage der InterviewpartnerInnen viele PatientInnen einen Vertrauensarzt, den sie regelmäßig in gesundheitlichen Belangen aufsuchen können. Es wird ein Trend beobachtet, wonach jene Gruppe von PatientInnen wächst, denen der/die eine Hausarzt/-ärztin nicht mehr so wichtig ist. Vielmehr ist es wichtiger, rasch einen Termin zu erhalten und kurze Wartezeiten zu haben.

Der vertraglich festgelegte Versorgungsauftrag von PVEs wird als wichtig erachtet. Teilweise haben einige PVEs ihre Kapazitätsgrenze erreicht, sodass Patienten abgewiesen werden müssen. Für andere

InterviewpartnerInnen ist es wichtiger Bestandteil ihres Versorgungsauftrages, niemanden abzuweisen. Die PVEs realisieren eine Reihe von Initiativen, Projekten und Kooperationen zur Verbesserung der Versorgungssituation und Umsetzung der Grundprinzipien der Primärversorgung.

Von Seiten der niedergelassenen Allgemeinpraxen werden nach Einschätzung vieler InterviewpartnerInnen PVEs als Konkurrenz wahrgenommen. Die befragten ÄrztInnen berichten von einem distanzierten und kritischen Verhalten von Seiten der Kollegenschaft. Für Ärger und Neid sorgen vor allem die Förderungen für Zusatzleistungen (angestellte Berufsgruppen). Zusätzlich haben PVEs durch die erweiterte Infrastruktur einen Ausstattungsvorteil gegenüber Einzelpraxen. Die Akzeptanz bei den umliegenden Einzelpraxen muss meist durch Aufklärung und Kommunikation erarbeitet werden. Eine weit verbreitete Möglichkeit der Zusammenarbeit ist die Übernahme von Urlaubsvertretungen oder Vertretung im Krankheitsfall. Einige PVEs geben an, dass Sie PatientInnen nur im Notfall bzw. außerhalb der Öffnungszeiten ihres Hausarztes/ihrer Hausärztin behandeln und wieder an ihren bisherigen Hausarzt verweisen, um die Konkurrenzsituation abzuschwächen. Kooperationen mit umliegenden FachärztInnen werden als gut beschrieben und werden weiter ausgebaut.

Im Hinblick auf die Standesvertretung wurde teilweise von mangelnder Akzeptanz bis hin zu Widerständen berichtet.

Insgesamt beschreiben InterviewpartnerInnen ein sehr positives Bild von der Arbeit in einer PVE. Die von Seiten der Sozialversicherungsträger propagierten Vorteile für ÄrztInnen wie Teamarbeit, attraktive Tätigkeitsfelder, geregelte Arbeitszeiten, bessere Work-Life-Balance und Lehrpraxis konnten in den Interviews bestätigt werden. Vorteile für PatientInnen waren nicht Kernthema der Interviews, wurden aber im Rahmen der Gespräche von vielen InterviewpartnerInnen angesprochen. Aus Perspektive der befragten AllgemeinmedizinerInnen können Vorteile für PatientInnen realisiert werden. Insbesondere die langen Öffnungszeiten, die intensivere Arzt-Patienten-Beziehung, die ganzheitliche Behandlung durch das PVE-Team wurden als positiv für die PatientInnen hervorgehoben. Die Frage, ob sie sich vorstellen können, wieder in einer Einzelpraxis oder in einem Krankenhaus zu arbeiten, wird durchgehend mit „Nein“ beantwortet. Relativierend ist anzumerken, dass viele PVEs erst seit kurzer Zeit in Betrieb sind und sich vermutlich in einer typischen anfänglichen Euphorie-Phase befinden.

Literatur

Internetquellen

BMASGK (2019): Das Handbuch zur Gründung einer PVE. <https://www.pve.gv.at/der-weg-zur-gruendung/>, abgerufen am 26.02.2020.

Österreichisches Forum Primärversorgung (2020): Versorgungskarte <https://primaerversorgung.org/versorgungskarte/>, abgerufen am 26.02.2020.

Sensor (2014): Einstellung zum derzeitigen Primärversorgungs-System. Gruppendiskussionen mit MedizinstudentInnen.

<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714825&version=1414058399>, abgerufen am 08.01.2020.

Sozialversicherung (2020): Die neue Primärversorgung ist Schlüssel zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.845658>, abgerufen am 26.02.2020.

Gesetzestexte

Primärversorgungs-Gesamtvertrag (2019):

https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Avsv/AVSV_2019_0073/AVSV_2019_0073.pdfsig, abgerufen am 26.02.2020

Primärversorgungsgesetz (2017):

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009948&FassungVom=2020-02-26>, abgerufen am 26.02.2020.

B Entwicklung ökonomisch relevanter Kennzahlen im Zusammenhang mit der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems und dessen Einrichtungen inkl. der Primärversorgung

Eva Krczal

Alexander Braun

1 Ziele und Funktionen von Indikatoren-Sets

Indikatoren-Sets bilden die Grundlage für die Evaluation der Leistungsfähigkeit und Wirksamkeit von Versorgungsformen im Gesundheitswesen und ermöglichen eine transparente Evaluaton des Leistungsgeschehens. Im Rahmen einer Längstschnittanalyse kann die Entwicklung der Indikatoren im Zeitverlauf untersucht werden (z.B. Entwicklung der Medikamentenkosten, Entwicklung der Facharztkontakte). Längstschnittanalysen werden vornehmlich für ein Monitoring des Versorgungsgeschehens eingesetzt. Ebenso ist der Einfluss von Einrichtungen der Primärversorgung auf die Versorgungsqualität von Interesse. Im Rahmen von Querschnittsanalysen können Vergleiche unter den Primärversorgungseinrichtungen bzw. mit der Standardversorgung in einer strukturell ähnlichen Region durchgeführt werden. Evaluationen können populationsbezogen (gesamte Kohorte) oder indikationsbezogen erfolgen. Indikationsbezogene Analysen beschränken sich auf PatientInnengruppen mit einer bestimmten Erkrankung (z.B. chronische Krankheiten). Mit Hilfe der Evaluation können „Best-Practice“-Beispiele identifiziert werden. Daneben können Versorgungslücken und Ineffizienzen im Versorgungsangebot aufgezeigt werden (Braun, Gröbner, & Seitz, 2008).

2 Konzeptueller Bezugsrahmen für Indikatoren-Sets in der Primärversorgung

Indikatoren-Sets beruhen auf der primären Zielsetzung der Gesundheitsversorgung - dem sogenannten Triple Aim (Berwick et al., 2008):

- Steigerung des individuellen Versorgungserlebnisses: Verbesserung des individuellen Erlebens der Gesundheitsversorgung aus Sicht der PatientInnen
- Steigerung der Outcomes: Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung
- Größere Kosteneffizienz: Senkung der Kosten der Gesundheitsversorgung

Indikatoren-Sets für Einrichtungen der Primärversorgung lassen sich auf Grundlage der PHC-Funktionen bilden:

- Zugänglichkeit der Primärversorgung
- Qualität der Versorgung
- Kontinuität der Versorgung
- Koordination der Versorgung
- Sicherheit (PatientInnensicherheit)

Indikatoren-Sets lassen sich auch aus der klassischen Einteilung aus dem Qualitätsmanagement ableiten:

- Strukturqualität
- Prozessqualität
- Ergebnisqualität

wobei der Fokus auf der Prozess- und Ergebnisqualität liegt.

2.1 Benchmarksystem von Kringos et al. (2010)

Hinsichtlich der Performance-Messung von Primärversorgungssystemen entwickelten Kringos et al. (2010) entlang der Qualitätsdimensionen (Struktur, Prozess, Ergebnis) ein Benchmarksystem, das sich für die Entwicklung von Erfolgskriterien verwenden lässt. Dieses Schema (Abb.1) lässt die Bewertung hinsichtlich Ausrichtung und Qualität von Primärversorgungssystemen zu und kann Grundlage für die Entwicklung valider und reliabler Indikatoren zur Erfolgsmessung sein. In diesem Bericht, soviel sei hier zu erwähnen, kann nur partiell mit einer Analyse der Strukturqualität begonnen werden und die folgende Arbeit ermöglicht einen ersten Einblick in Strukturkomponenten der PVEs in Österreich zum aktuellen Zeitpunkt. Diese Einschränkung begründet sich dadurch, dass sich gerade in Ober- und Niederösterreich viele PVEs erst im Aufbau befinden und eine Bewertung der Ergebnis- und Prozessqualität erst im Laufe der Zeit ermöglicht wird (Fröschl & Antony, 2017). Kringos et al. (2013) entwickelten hinsichtlich der Outcomes-Messung drei Effizienzkriterien von Primärversorgung, die je nach Ausgestaltung verschiedener Faktoren – Interprofessionalität, PatientInnensteuerung, usw. – mal positiver und mal negativer ausfallen. So zeigte sich beispielsweise, dass sich die allokativen und produktiven Effizienz durch ein strenges Gate-Keeping-System deutlich verbesserte und sich Schnittstellenprobleme reduzierten, gleichzeitig aber die PatientInnenzufriedenheit signifikant abnahm (*ibid.*). Aus diesem Grunde ergibt es Sinn, dass vorab strukturellen Rahmenbedingungen genauer beleuchtet werden sollen.

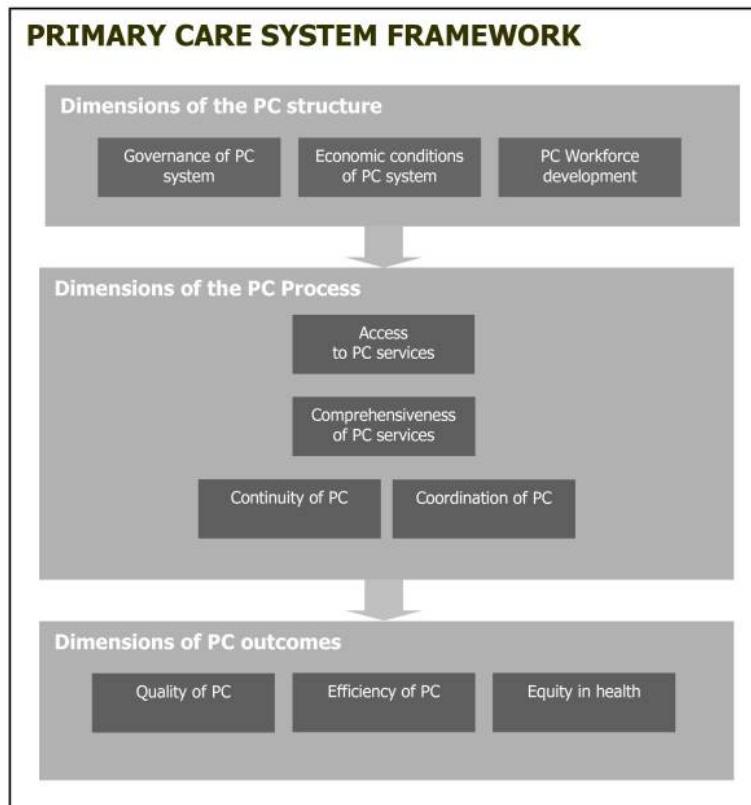


Abbildung 2: Primärversorgungs Orientierungshilfe (Quelle: Kringos, 2010a)

2.2 Indikatoren-Sets für Pilotprojekte der Primärversorgung in Deutschland

Die nachfolgenden Tabellen 1-3 listen Indikatoren auf, die bei den Evaluationsberichten zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von neuen Versorgungsformen in Deutschland eingesetzt wurden. Inkludiert wurden Evaluationsberichte der Hausarztmodelle in Rhein-Neckar (Riedel & Maetzel 2011; Steiner et al. 2005, 2011; Zwingmann et al. 2007), Südbaden (Maetzel et al. 2011; Steiner et al. 2006, 2013; Zwingmann et al. 2007; Zwingmann & Richter 2008) und ganz Baden-Württemberg (Gerlach & Szecsenyi, 2013, 2014, 2016). Weitere Indikatoren stammen aus Evaluationsstudien von (AQUA 2013; Böcken 2006; Braun et al. 2008).

Tabelle 1: Prozessindikatoren zur Evaluation von Einrichtungen der Primärversorgung

Prozess-Indikatoren
Gesundheitsversorgung
- Anzahl der Hausarztkontakte - Behandlungsfälle bei FachärztInnen mit / ohne Überweisung durch Hausarzt/Hausärztin - Einschreibungen in Disease Management Programme (DMPs) - Leitliniengerechte Behandlung - Anzahl der Krankenhauseinweisungen - Fallzahl in der Notfallambulanz - Durchschnittliche Verweildauer bei Krankenhausaufenthalt - Stationäre Notaufnahmen (Versicherte ab 65 Jahre) - Aufnahmen in Pflegeheime
Prävention
- Versicherte (ab 35 Jahre) mit Vorsorgeuntersuchung - Versicherte (ab 65 Jahre) mit Influenzaimpfung - Aufklärung der PatientInnen - Inanspruchnahme von Präventionsangeboten
Medikation
- Versicherte mit / ohne Medikamentenverordnung - Polymedikation / Anzahl der verordneten Wirkstoffe - Verordnung von problematischen Wirkstoffen (PRISCUS-Liste) an Versicherte ab 65 Jahre durch Hausarzt/Hausärztin
Beurteilung der Prozessqualität aus Sicht der Versicherten
- Beurteilung Arzt-Patienten-Beziehung - Beurteilung der medizinisch-technischen Versorgung (Behandlung) - Kenntnis und Inanspruchnahme von Leistungsangeboten - Wahrgenommene Veränderungen in der Kontinuität der Gesundheitsversorgung - Beurteilung der Praxisorganisation (Wartezeiten, Terminvereinbarung etc.)
Beurteilung der Prozessqualität aus Sicht der ÄrztInnen
- Compliance der Versicherten - Beurteilung der Kooperation mit anderen Leistungserbringern

Ergebnisindikatoren unterteilen sich in medizinische Outcomes, patientenfokussierte Outcomes und ökonomische Outcomes. Kennzahlen zu medizinischen Outcomes werden abhängig von der Zielsetzung, den Merkmalen des Programmes und den Spezifika der Zielpopulation festgelegt. Als patientenfokussierte Outcomes werden die Lebensqualität bzw. die PatientInnenzufriedenheit gemessen. Tabelle 2 gibt einen Überblick über Indikatoren, die für Versorgungsformen der Primärversorgung eingesetzt werden können.

Tabelle 2: Ergebnisindikatoren zur Evaluation von Einrichtungen der Primärversorgung

Ergebnis-Indikatoren
Medizinische Outcomes
- Klinische und funktionale Outcomes - Mortalitätsraten
PatientInnenbezogene Outcomes
- Subjektive Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität - Subjektiv empfundene Verbesserung des Gesundheitszustandes - Veränderung des eigenen Gesundheitsverhaltens der Versicherten
Ambulant-sensitive bzw. vermeidbare Krankenhauseinweisungen
- Ambulant-sensitive Krankenhauseinweisungen - Hospitalisierung von Typ 2-DiabetikerInnen - Hospitalisierung wegen dekompensierter Herzinsuffizienz - Hospitalisierung wegen hüftgelenksnaher Frakturen (65+)) - Krankenhauseinweisungen aufgrund psychischer Störungen und Verhaltensstörungen - Potentiell vermeidbare Krankenhauseinweisungen (ACSCs) - Re-Hospitalisierungen innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung
Zufriedenheit der Versicherten
- Zufriedenheit mit der Versorgung - Zufriedenheit mit dem Leistungsangebot - Wahrgenommene Verbesserung der Gesundheitsversorgung
Zufriedenheit der ÄrztInnen
- Arbeitszufriedenheit - Zufriedenheit mit den Versorgungsstrukturen aus Sicht der ÄrztInnen - Erfüllung der Erwartungen an die Versorgungsstrukturen aus Sicht der ÄrztInnen

Bei den Wirtschaftlichkeitsindikatoren liegt der Schwerpunkt auf Veränderungen in der Ressourcenutzung. Wirtschaftlichkeitsindikatoren beziehen sich auf Kosten der ambulanten ärztlichen Leistungen, Kosten für Arzneimittel im ambulanten Bereich, stationäre Kosten und Gesamtkosten. Die zweite Gruppe an Wirtschaftlichkeitsindikatoren stellen Kennzahlen zur Abbildung von kostenvermeidenden Maßnahmen dar. Insbesondere Kennzahlen zur Erfassung der Wirtschaftlichkeit der Medikation, Veränderungen in der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen und die Entwicklungen bei den Krankenkosten werden zur Evaluation der Leistungsfähigkeit von primären Versorgungsstrukturen herangezogen.

Tabelle 3: Wirtschaftlichkeitsindikatoren zur Evaluation von Einrichtungen der Primärversorgung

Wirtschaftlichkeits-Indikatoren
Kosten (direkt)
- Ambulante Kosten - Stationäre Kosten - Medikamentenkosten (ambulant / im hausärztlichen Bereich) - Gesamtkosten - Krankengeldfälle
Kosten (Kostenvermeidende Maßnahmen)
- Stationäre Aufnahmen für ambulant durchführbare Eingriffe (Eingriffe aus dem AOP-Katalog) - Anzahl verordneter Me-Too-Präparate - Anzahl verordneter Generika

3 Indikatoren-Sets für die Primärversorgung in Österreich

In Österreich existieren bereits Konzepte zur Formulierung von Indikatoren der Primärversorgung (IAMEV 2015, Sozialversicherung 2016). Indikatoren zur Messung der Versorgungsqualität von Einrichtungen der Primärversorgung beziehen sich vornehmlich auf die Prozess- und Ergebnisebene und beinhalten sowohl qualitativ als auch quantitativ erfassbare Kennzahlen. Aus den Indikatoren-Sets lassen sich ökonomisch relevante Kennzahlen für Einrichtungen der Primärversorgung identifizieren.

3.1 Master-Evaluationskatalog für österreichische Primary Health Care (PHC) Einrichtungen

Im Jahr 2015 veröffentlichte die Medizinische Universität Graz einen Bericht über die Erstellung eines Master-Evaluationskatalogs für österreichische Primary Health Care (PHC) Einrichtungen (IAMEV & 2015). Darin sind Qualitätsindikatoren aus den Kategorien Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität enthalten, welche für die Evaluation von PVEs in Österreich herangezogen werden können.

Die in dem Bericht formulierten Qualitätsindikatoren wurden mittels Sichtung wissenschaftlicher Evidenz und einer strukturierten Bewertung durch ein Expertenpanel entwickelt. In einem ersten Schritt wurde nach international bereits etablierten Qualitätsindikatoren für Primärversorgungszentren in Indikatordatenbanken, bibliographischen Datenbanken PubMed/MEDLINE und grauer Literatur recherchiert. Auf diese Weise wurden 281 potenziell relevante Indikatoren identifiziert, die zu 65 unterschiedlichen Indikatoren zusammengefasst wurden. Diese wurden in einem 2-stufigen Panelverfahren von einem 12 Personen umfassenden Expertengremium hinsichtlich Relevanz und Praktikabilität bewertet. 30 Indikatoren erfüllten sowohl die Kriterien für Relevanz als auch für Praktikabilität und wurden deshalb in den Master-Evaluationskatalog aufgenommen.

Tabelle 4: Qualitätsindikatoren des Master-Evaluationskatalogs für österreichische Einrichtungen der Primärversorgung (IAMEV 2015)

Nr.	Bezeichnung	PHC-Kriterium
Indikatoren zur Evaluation der Strukturqualität		
29	Systeme zur Informationsverwaltung	Koordination der Versorgung
Indikatoren zur Evaluation der Prozessqualität		
1	Behandlungszugang	Zugang
2	Wöchentliche Mindestöffnungszeit	Zugang
3	Informationen über Versorgung außerhalb der Öffnungszeiten	Zugang
4	Wartezeit – nicht akuter Behandlungstermin	Zugang
5	Wartezeit – akuter Behandlungstermin	Zugang
6	Verfügbarkeit von Informationen zum Versorgungsmodell und zu allgemein krankheitsspezifischen Themen	Qualität der Versorgung
7	Informationen zur Behandlung aus Patientensicht	Qualität der Versorgung
9	Shared Decision Making	Qualität der Versorgung
10	Unterstützung zum Selbstmanagement chronischer Erkrankungen	Qualität der Versorgung
12	Hausbesuche	Qualität der Versorgung
13	Zahl der stationären Aufenthalte	Qualität der Versorgung
14	Teilnahme an Qualitätszirkeln	Qualität der Versorgung
15	Teilnahme an regionalen Informationsveranstaltungen zum Versorgungsmodell	Qualität der Versorgung
16	Informiertheit über Ziele und Aktivitäten im Versorgungsmodell	Qualität der Versorgung
17	Patientenschulungsangebot	Qualität der Versorgung
18	Durchführung einer Patientenbefragung	Qualität der Versorgung
19	Durchführung einer Teambefragung	Qualität der Versorgung
20	Teilnahme an der Teambefragung	Qualität der Versorgung
21	Abgleich Medikation – Patientenakte	Kontinuität der Versorgung
22	Wiederbestellsystem für chronisch Kranke	Kontinuität der Versorgung
23	Verschiedene konsultierte Hausärzte je Patient	Kontinuität der Versorgung
26	Facharztkonsultationen mit Überweisung	Koordination der Versorgung
27	Überweisungsqualität	Koordination der Versorgung
28	Kommunikation innerhalb eines Behandlungsteams	Koordination der Versorgung
30	Medikamentenallergien	Sicherheit
Indikatoren zur Evaluation der Ergebnisqualität		
4	Patientenzufriedenheit mit der Kommunikation des Arztes	Qualität der Versorgung
5	Weiterempfehlung des Versorgungsmodells	Qualität der Versorgung
24	Zufriedenheit mit Ergebnissen des Versorgungsmodells	Kontinuität der Versorgung
25	Teammitgliederfluktuation in einer PHC-Versorgungseinrichtung	Kontinuität der Versorgung

Der Master-Evaluationskatalog enthält auf Ebene der Ergebnis-Indikatoren ausschließlich qualitativer Indikatoren mit Bezug auf PatientInnenzufriedenheit und MitarbeiterInnenzufriedenheit. Auf Ebene der Prozessqualität wurden zwei ökonomisch relevante Indikatoren formuliert, aus denen sich Aussagen über die Ressourcennutzung im ambulanten und stationären Bereich ableiten lassen.

Ökonomische Outcomes zur Ressourcennutzung aus dem Master-Evaluationskatalog

- Zahl der Stationären Aufenthalte
- Facharztkonsultationen mit Überweisung

Zahl der stationären Aufenthalte (IAMEV 2015, S. 45f)

Dieser Indikator gibt an, wie hoch die Anzahl der stationären Krankenhausaufnahmen bezogen auf 1000 Patienten bezogen auf die PVE ist.

Relevanz des Indikators

Es wird vermutet, dass ein Teil der stationären Aufenthalte durch eine bessere Koordinierung sowie zeitgerechte und effektive Primärversorgung vermeidbar ist. Dadurch kann eine gut ausgebauten Primärversorgung zu einer geringeren Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen führen.

Benötigte Daten

Zähler: Anzahl der stationären Krankenaufnahmen im Bezugszeitraum bei Patienten einer PHC-Versorgungseinrichtung

Nenner: Anzahl der Patienten der PVE

Datenquellen: Patientenakte in der Ordinationssoftware, Zusatzdokumentation

Eine Liste aller Patienten eines Primärversorgungsmodells ist generierbar. Stationäre Aufnahmen werden routinemäßig an die PVE gemeldet und in der Patientenakte dokumentiert.

Interpretation der Daten

Die Zahl der stationären Aufenthalte ist u.a. auch von der Morbidität der Patienten im Einzugsgebiet der jeweiligen PVE abhängig. Eine Risikostratifizierung bezüglich der jeweiligen Patientenpopulation ist für Vergleiche zwischen Einrichtungen erforderlich.

Facharztkonsultationen mit Überweisung (IAMEV 2015, S. 60f)

Dieser Indikator gibt an, wie groß der Anteil der Facharztkonsultationen mit Überweisung der PVE bezogen auf alle Facharztkonsultationen bei PatientInnen der PVE ist.

Relevanz des Indikators

Gemäß dem Konzept der Primärversorgung sollen Einrichtungen der Primärversorgung als erste Anlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem fungieren. Facharztkonsultationen sollten daher in der Regel mit Überweisungen erfolgen. Je höher der Anteil der Facharztkonsultationen mit Überweisung ist, desto mehr können PVEs ihre Aufgabe der qualifizierten Weiterleitung bei spezialisiertem Versorgungsbedarfs wahrnehmen.

Benötigte Daten

Zähler: Anzahl der Facharztkonsultationen im Bezugszeitraum mit Überweisung der PVE der PatientInnen.

Nenner: Anzahl aller Konsultationen bei FachärztInnen im Einzugsgebiet der PVE durch PatientInnen der PVE im Bezugszeitraum

Datenquellen: Krankenkassendaten

Eine Liste aller Facharztkonsultationen (getrennt nach Fachrichtung) im Einzugsgebiet einer PVE ist aus den Kassendaten generierbar. Eine Zuordnung der Facharztkonsultationen mit bzw. ohne Überweisung ist möglich. Eine Einschränkung auf PatientInnen mit zumindest einer Abrechnung durch die PVE in einem definierten Zeitraum ist möglich.

Interpretation der Daten

Unter der Voraussetzung, dass die oben genannten Datenquellen erschließbar sind, kann von einer hohen Validität ausgegangen werden. Fachgruppen, die weiterhin vorwiegend direkt in Anspruch genommen werden (z.B. Gynäkologen), sollten bei der Erstellung des Indikators nicht berücksichtigt werden.

3.2 Monitoring-Indikatoren der Primärversorgung

Im Jahr 2016 veröffentlichte die Sozialversicherung einen Bericht, der als Vorarbeit zur Entwicklung und Umsetzung eines Monitoringsystems der Primärversorgung in Österreich angesehen werden kann (Sozialversicherung 2016). Der Bericht umfasst die Definition und Diskussion von Monitoring-Indikatoren, die Identifikation von Datenproblemen sowie die testhafte Berechnung und Visualisierung ausgewählter Indikatoren. Insgesamt wurden 74 Indikatoren aus den Bereichen Qualität, Kontinuität, Koordination sowie Kosten der Versorgung definiert.

Ökonomische Outcomes aus den Monitoring-Indikatoren der Primärversorgung

In dem Bericht der SV befinden sich eine Reihe von Indikatoren zur Messung und Analyse der ökonomischen Outcomes von Primärversorgungsstrukturen. Diese können in Indikatoren zur Darstellung der Ressourcennutzung, der direkten Kosten sowie der kostenvermeidenden Maßnahmen eingeteilt werden. Tabelle 5 gibt einen Überblick über ökonomische Outcomes aus den Monitoring-Indikatoren der Primärversorgung. Tabelle 6 enthält Angaben über die benötigten Daten zur Ermittlung der Indikatoren.

Tabelle 5: Ökonomische Outcomes aus den Monitoring-Indikatoren der Primärversorgung (Sozialversicherung 2016)

Ind.-Nr.	Bezeichnung	Relevanz
Ressourcennutzung		
20	Ambulanzentlastung	PVEs sollen die Inanspruchnahme der Krankenhausambulanzen möglichst einschränken.
21+22	Facharztinanspruchnahme	PVEs sollen Hauptansprechpartner sein, wodurch FachärztInnen entlastet werden.
23	Hospitalisierungsrate	Durch eine effektive Primärversorgung soll es zu einer geringeren Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen kommen.
24	Qualifizierte Weiterleitung	Gemäß dem Konzept der Primärversorgung sollen Einrichtungen der Primärversorgung als erste Anlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem fungieren. Facharztkonsultationen sollten daher in der Regel mit Überweisungen erfolgen.
25	Überweisungsverhalten	PVEs sollen Hauptansprechpartner sein, wodurch FachärztInnen entlastet werden.
31	Arbeitsunfähigkeitstage	Eine umfassende gesundheitsförderliche und präventive Betreuung in der PVS sollte sich positiv auf die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit auswirken.
32	Arbeitsunfähigkeitshäufigkeit	Eine umfassende gesundheitsförderliche und präventive Betreuung in der PVS sollte sich positiv auf die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit auswirken.
33	PVE-Konsultationen	Durch eine effektive Primärversorgung sollen die medizinischen Outcomes verbessert werden.
34	Krankenhauswiederaufnahmen	Die Wiederaufnahme in Krankenhäuser soll durch eine verbesserte Primärversorgung beeinflusst bzw. reduziert werden.
35	Aufenthaltsdauer KH	Durch eine effektive Primärversorgung soll es zu einer geringeren Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen kommen. In Kombination mit Entlassungsdiagnosen können hier evtl. Aussagen über die Notwendigkeit getroffen werden.
51	LKF-Punkte Aufenthalt	Durch eine effektive Primärversorgung soll es zu einer geringeren Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen kommen. Durch die Berechnung der LKF-Punkte je stationären Aufenthalt kann die „Schwere“/Komplexität des Aufenthalts abgeschätzt werden. Je niedriger dieser Wert, desto weniger komplex ist im Normalfall der Aufenthalt.
52	LKF-Punkte PatientIn	Durch eine effektive Primärversorgung soll es zu einer geringeren Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen kommen. Durch die Berechnung der LKF-Punkte je PatientIn kann die „Schwere“/Komplexität der/s PatientIn abgeschätzt werden.
Kosten direkt		
46	Kosten ärztliche Hilfe gesamt	Durch eine besser koordinierte und effektive Primärversorgung soll die Effizienz der Versorgung verbessert werden.

47	Kosten Facharzt je Fachgruppe gesamt	PVEs sollen Hauptansprechpartner sein, wodurch FachärztInnen entlastet werden.
48	Kosten Heilmittel	Durch eine besser koordinierte und effektive Primärversorgung soll die Effizienz der Medikation verbessert werden.
49	Kosten Transporte	Durch eine besser koordinierte und effektive Primärversorgung soll die Effizienz der Versorgung verbessert werden. Die Krankentransportkosten sind Teil der Folgekosten.
50	Kosten stationär	Durch eine effektive Primärversorgung soll es zu geringeren Kosten im stationären Bereich kommen.
53	Anteil Primärversorgung an Gesamtversorgungskosten	Durch eine effektive Primärversorgung soll es zu einer Entlastung von sekundären und tertiären Versorgungsstrukturen kommen. Ein Ausbau der Strukturen der Primärversorgung sollte durch Verschiebungen von Leistungen und Kosten zwischen den Sektoren kompensiert werden.
54	Kosten Primärversorgung	Beobachtung der Kostenentwicklung der Primärversorgung.
Kostenvermeidende Maßnahmen Medikamentenmanagement		
40	Kostengünstigere, wirkstoffgleiche Nachfolgepräparate oder Biosimilars (Generika)	Prüfung der ökonomischen Verschreibweise der PVS. In der Verschreibungspraxis von PVEs sollen Wirtschaftlichkeits-Prinzipien berücksichtigt werden.
Kostenvermeidende Maßnahmen potentiell vermeidbare Krankenhauseinweisungen		
71	ACSC gesamt	Durch eine verbesserte Primärversorgung sollen stationäre Aufenthalte von chronisch kranken bzw. multimorbidem Personen verhindert werden.
72	ACSC DM2	Durch eine verbesserte Primärversorgung sollen stationäre Aufenthalte aufgrund von Diabetes mellitus Typ 2 verhindert werden.
73	ACSC COPD	Durch eine verbesserte Primärversorgung sollen stationäre Aufenthalte aufgrund von Chronisch Obstruktiver Lungenerkrankung verhindert werden.

Tabelle 1: Berechnung und benötigte Daten zur Ermittlung der ökonomischen Outcomes (Sozialversicherung 2016)

Ind.-Nr.	Bezeichnung	Zähler	Nenner	Erläuterung	Machbarkeit (aus Sicht der SV)
Ressourcennutzung					
20	Ambulanzentlastung	Anzahl der Ambulanzkontakte der PVE-PatientInnen	Anzahl der PVE-PatientInnen	Ambulanzkontakte je PVE-PatientIn	Ja: KAL (eventuell über LGKK)
21	Facharztinanspruchnahme 1	Anzahl Facharztkontakte der PVS-PatientInnen gesamt und je Fachgruppe	Anzahl PVE-PatientInnen (konstant)	Facharztkontakte je PVE-PatientIn	Ja: FOKO, ALVA
22	Facharztinanspruchnahme 2	Summe der konsultierten Fachgruppen pro Patient der PVE-PatientInnen	Anzahl PVE-PatientInnen (konstant)	Anzahl der durchschnittlich konsultierten Fachgruppen je PVE-PatientIn	Ja: FOKO, ALVA
23	Hospitalisierungsrate	Anzahl der KH-Aufnahmen der PVE-PatientInnen	Anzahl PVE-PatientInnen (konstant)	Durchschnittliche Anzahl der KH-Aufnahmen von PVE-PatientInnen	Ja: FOKO
24	Qualifizierte Weiterleitung	Anzahl der Facharztkontakte der PVE-PatientInnen mit Überweisung ohne KV-Träger 5 und 16)	Anzahl der Facharztkontakte der PVS-PatientInnen (ohne KV-Träger 5 und 16)	Anteil der Facharztkontakte, welcher mit einer Überweisung durch eine PVE erfolgen.	Ja: FOKO, ALVA
25	Überweisungsverhalten	Anzahl der Facharzkonsultationen von PVE-PatientInnen innerhalb von 21 Tagen nach einem PVE-Besuch bei zugehöriger bzw. anderer PVE	Anzahl Facharzkonsultationen von PVE-PatientInnen (variabel)	Anteil der Facharzkonsultationen von PVE-PatientInnen, welche innerhalb von 21 Tagen nach einem PVE-Kontakt (allgemein bzw. bei zugehöriger PVE) stattgefunden haben.	Ja: FOKO, ALVA
31	Arbeitsunfähigkeitstage	Summe der Arbeitsunfähigkeitstage der PVE-PatientInnen	Anzahl der PVE-PatientInnen (konstant)	Anzahl der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitstage je PVE-Patient.	Ja: FOKO
32	Arbeitsunfähigkeitshäufigkeit	Anzahl der AU-Fälle der PVE-PatientInnen	Anzahl der PVE-PatientInnen (konstant)	Häufigkeit der Arbeitsunfähigkeit der PVE-PatientInnen	Ja: FOKO
33	PVE-Konsultationen	Anzahl der Konsultationen bei	Anzahl der PVE-Patient-	Kontakthäufigkeit bei der zugehörigen PVE	Ja: FOKO, ALVA

		der zugeteilten PVE durch PVE-PatientInnen	tInnen (konstant)	teilten PVE	
34	Krankenhauswiederaufnahme	Anzahl der PVS-PatientInnen mit stationärem Aufenthalt, welche innerhalb von 14 Tagen wieder einen stationären Aufenthalt haben	Anzahl der PVS-PatientInnen mit stationärem Aufenthalt (variabel)	Wiederaufnahmerate von PVE-PatientInnen	Ja: FOKO
35	Aufenthaltsdauer KH	Summe KH-Aufenthaltstage von PVE-PatientInnen	Anzahl der PVE-PatientInnen (konstant)	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer von PVE-PatientInnen.	Ja: FOKO, MBDS
51	LKF-Punkte Aufenthalt	Summe der LKF-Punkte bei stationären Aufenthalten der PVE-PatientInnen	Anzahl stationäre Aufenthalte der PVE-PatientInnen (variabel)	Durchschnittliche LKF-Punkte bei stationären Aufenthalten von PVE-PatientInnen	Ja: MBDS
52	LKF-Punkte PatientIn	Summe der LKF-Punkte bei stationären Aufenthalten der PVE-PatientInnen	Anzahl der PVS-PatientInnen mit stationärem Aufenthalt (variabel)	Durchschnittliche LKF-Punkte bei stationären Aufenthalten pro PVE-PatientIn	Ja: MBDS
Kosten direkt					
46	Kosten ärztliche Hilfe gesamt	Kosten für Ärztliche Hilfe der PVE-PatientInnen	Anzahl der PVE-PatientInnen (konstant)	Gesamtkosten für Ärztliche Hilfe pro PVE-Patient	Ja: FOKO, ALVA
47	Kosten Facharzt je Fachgruppe gesamt	Kosten für Ärztliche Hilfe beim Facharzt je Fachgruppe und gesamt von PVE-PatientInnen	Anzahl der PVE-PatientInnen (konstant)	Durchschnittliche Kosten von PVE-PatientInnen für fachärztliche Hilfe	Ja: FOKO, ALVA
48	Kosten Heilmittel	Kosten für Heilmittel der PVE-PatientInnen	Anzahl der PVE-PatientInnen (konstant)	Durchschnittliche Heilmittelkosten je PVE-PatientIn	Ja: FOKO, HEMA
49	Kosten Transporte	Kosten für Transporte der PVE-PatientInnen	Anzahl der PVE-PatientInnen (konstant)	Durchschnittliche Kosten für Krankentransporte für PVE-PatientInnen.	Ja: FOKO, ALVA
50	Kosten stationär	Summe stationäre Kosten der PVE-PatientInnen	Anzahl der PVE-PatientInnen (konstant)	Durchschnittliche stationäre Kosten je PVE-PatientIn	Ja: MBDS
53	Anteil Primärversorgung an Gesamtversorgungskosten	Summe der Kosten für PVEs (abgerechnete Leistungen der PVEs)	Summe der Kosten für Ärztliche Hilfe gesamt (variabel)	Kostenanteil der Primärversorgung an der gesamten ärztlichen Versorgung	Ja: FOKO, ALVA
54	Kosten Primärversorgung	Summe der Kosten für PVEs (abgerechnete Leistungen der	Anzahl PVEs (konstant)	Kosten der Primärversorgung	Ja: FOKO, ALVA

		PVEs)			
Kostenvermeidende Maßnahmen Medikamentenmanagement					
40	Kostengünstigere, wirkstoffgleiche Nachfolgepräparate oder Biosimilars (Generika)	Summe erstatteter „Generika“-Verordnungen bei PVE-PatientInnen	Summe mögliche „Generika“-Verordnungen bei PVE-PatientInnen (variabel)	Generika-Quote	Ja: FOKO, HEMA
Kostenvermeidende Maßnahmen potentiell vermeidbare Krankenhauseinweisungen					
71	ACSC gesamt	Anzahl stationärer Aufenthalte von PVE-PatientInnen mit ACSC-Diagnosen	Anzahl der PVE-PatientInnen (konstant)	Durchschnittliche stationäre Aufenthalte von PVE-PatientInnen mit ACSC-Diagnosen je PVE-PatientIn	Ja: FOKO
72	ACSC DM2	Anzahl stationärer Aufenthalte von PVE-PatientInnen mit DM2-Diagnosen	Anzahl der PVE-PatientInnen (konstant)	Durchschnittliche stationären Aufenthalte von PVE-PatientInnen mit DM2-Diagnosen je PVE-PatientIn	Ja: FOKO
73	ACSC COPD	Anzahl stationärer Aufenthalte von PVE-PatientInnen mit COPD-Diagnosen	Anzahl der PVE-PatientInnen (konstant)	Durchschnittliche stationären Aufenthalte von PVE-PatientInnen mit COPD-Diagnosen je PVE-PatientIn	Ja: FOKO

Literatur

Berwick, Donald M.; Nolan, Thomas W.; Whittington, John (2008): The Triple Aim: Care, Health, and Cost. *Health Affairs*, 27 (3), 759–769.

Böcken, Jan (2006): Hausarztmodelle in Deutschland: Teilnehmerstruktur, Beitragsgründe und die Koordination zum Facharzt. In *Gesundheitsmonitor 2006* (S. 247–271). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Braun, Günther E.: Gröbner, Martin; Seitz, Robert (2008): Evaluation vernetzter Versorgungsstrukturen: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 13, 1–7.

Fröschl, B., Antony, K. (2017): Evaluation des Projekts PHC – Primärversorgungszentrum Medizin Mariahilf. *Gesundheit Österreich*: Wien.

Sozialversicherung (2016): Monitoring Primärversorgung. Methodenentwicklung für eine Umsetzung in Österreich. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Wien.

Kringos, D. S., Boerma, W. G. W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., Lember, M., Oleszczyk, M., Pavlic, D. R., Svab, I., Tedeshi, P., Wilson, A., Windak, A., Dedeu, T., Wilm, S. (2010a): The european primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Health Service Research*, 11 (81): 1-8.

Kringos, D. S., Boerma, W. G. W., Hutchinson, A., van der Zee, J., Groenewegen, P. P. (2010b): The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*, 10 (65).

Kringos, D.S., Boerma, W., van der Zee, J., Groenewegen, P. (2013): Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs*, 32(4):686-694.

Internet-Quellen

AQUA (2013): Evaluation von fünf ersatzkassen-Hausarztverträgen auf Grundlage des §73b SGB V, https://www.aqua-institut.de/aqua/upload/CONTENT/Projekte/2013-09-16_HzV-Evaluation_vdek.pdf, abgerufen am 26.02.2017.

Gerlach, Ferdinand M.; Szecsenyi, Joachim (2013): Abschlussbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach §73b SGB V in Baden-Württemberg (2010-2011), https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/hzv/bw_hzv_eval_2008_2010.pdf, abgerufen am 28.02.2017.

Gerlach, Ferdinand M.; Szecsenyi, Joachim (2014): Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach §73 SGB V in Baden -Württemberg (2013-2016), <https://www.aok->

gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/hzv/bw_hzv_eval_2013-2014.pdf,
abgerufen am 28.02.2017.

Gerlach, Ferdinand M.; Szecsenyi, Joachim (2016): Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg, Ergebnisbericht, http://neueversorgung.de/images/PDF/Evaluation_2016/HZV_Evaluation_Broschuere.pdf, abgerufen am 28.02.2017.

IAMEV (2015): Primary Health Care (PHC): Erstellung eines Master-Evaluationskatalogs für österreichische PHC-Einrichtungen. Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV), Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714761&version=1447836108>, abgerufen am 20.05.2019.

Riedel, Wolfgang; Maetzel, Jakob (2011): Wissenschaftliche Begleitung des Qualitäts- und Kooperationsmodells Rhein-Neckar (Hausarztmodell), Abschlussbericht 2. Teil, <http://docplayer.org/28190019-Wissenschaftliche-begleitung-des-qualitaets-und-kooperationsmodells-rhein-neckar-hausarztmodell.html>, abgerufen am 28.02.2017.

Steiner, Michael; Riedel, Wolfgang; Blatt, Konstanze; Comte, Catherine; Richter, Julia (2006): Wissenschaftliche Begleitung des hausärztlichen Qualitäts- und Kooperationsmodells Südbaden (Hausarztmodell), 1. Zwischenbericht, https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/artznetze/bw_arznetze_zwischenbericht_2005.pdf, abgerufen am 28.02.2017.

SV (2016): Monitoring Primärversorgung. Methodenentwicklung für eine Umsetzung in Österreich. Dexhelp; Evidenzbasierte Wirtschaftliche Gesundheitsversorgung; GÖK; dwh GmbH; VRVis Zentrum für Virtual Reality und Visualisierung ForschungsGmbH. <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714950&version=1456468611>, abgerufen am 20.05.2019.

Zwingmann, Christian; Comte, Catherine; Richter, Julia. (2007): Wissenschaftliche Begleitung des hausärztlichen Qualitäts- und Kooperationsmodells Südbaden (Hausarztmodell, 2. Zwischenbericht, https://www.prognos.com/fileadmin/pdf/publikationsdatenbank/Hausarztmodelle_2Zwischenbericht_Freiburg.pdf, abgerufen am 28.02.2017.

Zwingmann, Christian; Richter, Julia (2008): Wissenschaftliche Begleitung des hausärztlichen Qualitäts- und Kooperationsmodells Südbaden (Hausarztmodell), 3. Zwischenbericht, https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/artznetze/bw_arznetze_zwischenbericht_2007.pdf, abgerufen am 28.02.2017.

C Analyse und Evaluierung struktureller Entwicklungen im Bereich der Gesundheitsplanung

Eva Krczal

Arleta Franczukowska

Alexander Braun

1 Ziele der Erhebung

Im Hinblick auf die Analyse und Evaluierung struktureller Entwicklungen im Bereich der Gesundheitsplanung wurden folgende Forschungsfragen formuliert:

- Welche Rahmenbedingungen wirken auf die weitere Verbreitung von PVEs in Österreich ein?
- Welche Lösungsansätze zur Weiterentwicklung der Primärversorgung in Österreich sehen AllgemeinmedizinerInnen?
- Welche Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Primärversorgungseinheiten in Österreich haben AllgemeinmedizinerInnen?

2 Methode

Die Untersuchung beinhaltete einen Methoden-Mix an qualitativen Befragungsformen:

- Leitfadengestützte Einzelinterviews mit ÄrztInnen in PVEs (siehe Kapitel 3),
- eine Fokusgruppen-Diskussion mit niedergelassenen ÄrztInnen in Einzelpraxen

sowie

- eine Dokumentenanalyse relevanter Gesetzestexte und Informationsmaterialien und
- die Einarbeitung von Ergebnissen einer Sekundärstudie: Fokusgruppen-Diskussion mit MedizinstudentInnen.

Fokusgruppen-Diskussion:

Innerhalb der qualitativen Forschungslandschaft haben sich Fokusgruppengespräche bereits etabliert. Während Einzelinterviews versuchen, eine Tiefe und Spezifität der Einzelpersonen zu erfassen, haben Fokusgruppengespräche das Ziel die Dynamik von Gruppenprozessen zu verwenden (Flick, 2012: 250). Dabei soll eben jene Gruppendynamik als Erkenntnisquelle genutzt werden, die bei einem Einzelinterview ausbleibt. Die Zielrichtung bleibt hierbei die gleiche. So sollen jedoch nicht „Einstellungen, Meinungen und Verhaltensmuster Menschen in einer Isoliertheit“ (ibid.: 251) analysiert werden, da diese in der Realität kaum vorkommen und eher sozial eingebettet sind. Fokusgruppengespräche haben darüber hinaus noch den Vorteil, dass sich neben der Einzelmeinung der Teilnehmenden auch eine Gruppenmeinung herausbildet, die eben durch jene sozialen Prozesse unterstützt wird. Innerhalb der qualitativen Sozialforschung stehen Fokusgruppengespräche jedoch

niemals gesondert da, sondern sollen vielmehr mit anderen Methoden verknüpft werden. So sollen Fokusgruppengespräche dazu dienen, dass man sich im Feld orientieren kann, Hypothesen generiert werden können, die Diversität der Population einschätzen zu können und Interpretationen aus vorhergehenden Studienteilen verifizieren zu können (ibid.: 260). Die Auswahl der TeilnehmerInnen an den Fokusgruppen kann hierbei aus unterschiedlichen Motiven geschehen, je nach Interessenslage und Forschungsfrage können Gruppen entweder aus heterogenen oder homogenen Personengruppen zusammengesetzt sein. In der vorliegenden Arbeit entschieden sich die AutorInnen für eine homogene Gruppenauswahl, da es um die gemeinsame Auffassung von AllgemeinmedizinerInnen hinsichtlich der Primärversorgung ging und die Einstellung dieser hierzu analysiert werden sollte.

Im September 2019 wurde eine Fokusgruppendifiskussion mit vier AllgemeinmedizinerInnen aus Niederösterreich durchgeführt. Es wurden alle in Niederösterreich registrierten AllgemeinmedizinerInnen in Niederösterreich per mail angeschrieben. Insgesamt meldeten sich neun ÄrztInnen zur Teilnahme an einer Fokusgruppendifiskussion. Es wurden telefonisch mögliche Termine mit den interessierten ÄrztInnen abgestimmt und jener Termin gewählt, an dem die Mehrzahl der Personen kommen konnte. Schließlich wurden sechs AllgemeinmedizinerInnen zur Diskussion eingeladen, zwei davon waren kurzfristig verhindert, sodass die Fokusgruppendifiskussion mit vier TeilnehmerInnen abgehalten wurde. Die Fokusgruppendifiskussion wurde von zwei wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen des Forschungszentrums moderiert und hatte eine Dauer von zwei Stunden. Es wurde ein halbstandardisierter Leitfaden mit vier Hauptfragen zu den Themen Einstellungen zum Primärversorgungssystem und aktuellen Entwicklungen, wahrgenommene Chancen und Risiken sowie Vorschläge zur Weiterentwicklung der Primärversorgung in Österreich formuliert. Den TeilnehmerInnen wurde die Möglichkeit gegeben, eigene Themen in die Gruppendifiskussion einzubringen. Die Diskussion wurde auf Audioband aufgezeichnet, die Transkripte wurden nach der qualitativen Inhaltsanalyse (siehe Kapitel 3.3) ausgewertet.

Sekundärdaten – Fokusgruppendifiskussion mit MedizinstudentInnen

Im Jahr 2014 wurde vom Marktforschungsinstitut Sensor eine qualitative Studie über die Einstellungen von MedizinstudentInnen zum derzeitigen Primärversorgungssystem veröffentlicht (Sensor 2014). Ziel der Studie war es, Informationen über die Erwartungen zukünftiger AllgemeinmedizinerInnen im Hinblick auf ihre Tätigkeitswünsche und Rahmenbedingungen für die Primärversorgung bzw. Argumente zur Neugestaltung der Primärversorgung zu generieren. Es wurden drei Gruppendifiskussionen zu jeweils zwei Stunden mit zehn TeilnehmerInnen pro Gruppe durchgeführt. 50% der TeilnehmerInnen tendierten dazu AllgemeinmedizinerInnen zu werden, 50% der TeilnehmerInnen tendierten dazu FachärztInnen zu werden.

3 Rahmenbedingungen für die Verbreitung von Primärversorgungseinheiten in Österreich

Im internationalen Vergleich liegen die Organisation und die Strukturen der Primärversorgung in Österreich weit zurück. Laut einer im Jahr 2013 durchgeföhrten Vergleichsstudie von europäischen Primärversorgungssystemen verfügt Österreich über eine schwach ausgeprägte Primärversorgung (Kringos et al., 2013). Die Autoren begründen ihre Einschätzung durch die freie Arztwahl, den direkten Zugang zu Fachärzten und Krankenhäusern, das geringe Ausmaß an interdisziplinärer Arbeit und Koordination im Gesundheitssystem sowie die arztzentrierte Versorgung. Eine weitere Studie von Stigler, Starfield & Sprenger (2013) führte eine Bewertung mittels des Primary Care Assessment Tools (PCAT) durch und gelangte ebenfalls zu der Schlussfolgerung, dass das Primärversorgungssystem in Österreich schwach ausgeprägt ist und großes Verbesserungspotenzial aufweist. Die Autoren empfehlen die Einföhrung eines Gatekeeping-Systems, die Etablierung von multidisziplinären Praxen, Entwicklung von Leitlinien für den Datentransfer zwischen AllgemeinmedizinerInnen und Fachärztinnen, die Förderung von akademische Einrichtungen für Allgemeinmedizin sowie die Entwicklung von Community Care Modellen.

In anderen europäischen Ländern wie Niederlande und Großbritannien sind die Gruppenpraxis und die Einbindung von Pflegepersonen in Allgemeinpraxen bereits fixer Bestandteil des Versorgungssystems. Auch in Deutschland laufen zahlreiche Projekte zur stärkeren Vernetzung und zur stärkeren Einbindung von Pflegepersonen in der ambulanten Versorgung. In Österreich laufen seit wenigen Jahren einige Modellprojekte, die Verbreitung schreitet langsam voran und die regionale Verteilung ist sehr unterschiedlich.

Die nachfolgenden Unterpunkte verdeutlichen die Rahmenbedingungen, die auf die weitere Entwicklung von PVEs in Österreich einwirken. Dabei handelt es sich in den ersten sechs Punkten um Hürden oder Barrieren, welche die Verbreitung von PVEs bremsen. Im letzten Punkt werden förderliche Faktoren für die Verbreitung von PVEs in Österreich dargestellt.

3.1 Status der Allgemeinmedizin in Österreich

Niedriger Status der Allgemeinmedizin in Österreich

- Mangelhafte Aus- und Fortbildung
 - Geringer Stellenwert der Allgemeinmedizin an Universitäten
 - Geringer Stellenwert der Allgemeinmedizin an Krankenhäusern als Ausbildungsinstitutionen (Forcierung einer Fachausbildung)
 - Mangelhaftes Angebot an Fortbildungen
- Mangelnde Umsetzung der politischen Zielsetzung der Stärkung der Primärversorgung
 - Nicht adäquate Honorierung von Leistungen - Druck zur Frequenzmedizin
 - Eingeschränkte diagnostische Möglichkeiten - Gefühl des Entzugs der Handlungskompetenz
- Schlechte Arbeitsbedingungen und Gehaltsperspektiven – Gefühl der Überforderung

Nach Ansicht aller befragten Gruppen (ÄrztInnen in PVEs, niedergelassene ÄrztInnen, MedizinstudentInnen) hat die Allgemeinmedizin in Österreich einen niedrigen Stellenwert. Das geringe Image der Allgemeinmedizin lässt sich auf mehrere Gründe zurückführen. Zum einen wird die Ausbildung zum/zur Allgemeinmediziner/in als mangelhaft empfunden. Sowohl an Universitäten als auch im weiteren Ausbildungsweg kommt der Allgemeinmedizin eine geringe Bedeutung zu. Auch Krankenhäusern wird eine Mitverantwortung zugeschrieben, da sie wenig AllgemeinmedizinerInnen ausbilden. Befragte ÄrztInnen aus PVEs berichten, dass die Krankenhäuser dazu tendieren, Auszubildende für eine Fachausbildung zu ermutigen. MedizinstudentInnen berichten von Qualitätsmängeln in der Turnusausbildung. TurnusärztInnen sehen sich vorwiegend als „Systemerhalter“. Sie erfüllen Aufgaben, die nicht ihrer Kompetenz entsprechen und nicht zu einer guten praktischen Ausbildung beitragen, beispielsweise werden sie zu wenig in Visiten einbezogen. In Folge fühlen sich JungärztInnen für den Beruf des/der AllgemeinmedizinerIn schlecht vorbereitet. Ebenso wird das Angebot an Fortbildungen für AllgemeinmedizinerInnen als mangelhaft beschrieben: „wir haben nichts, ja, wir haben nur die Sitzungen von der Ärztekammer und dann gibt es in Graz eben diese Fortbildungssachen und vereinzelt kriegt man von den Firmen eine Fortbildung.“

Zum anderen berichten AllgemeinmedizinerInnen über mangelnde Umsetzung der gesundheitspolitischen Zielsetzung, wonach die Allgemeinmedizin eine wichtige Säule der Gesundheitsversorgung in Österreich darstellt. Ein bedeutendes Diskussionsthema ist in diesem Zusammenhang das Verrechnungssystem. Die Leistungskataloge werden als veraltet beschrieben, Leistungen werden nicht aliquot verrechnet, gewisse Leistungen, die erfüllt werden können, werden nicht vergütet. Dadurch entsteht das Gefühl bei AllgemeinmedizinerInnen, dass sie wenig Wertschätzung für ihre Arbeit erhalten. Das Honorierungsmodell verstärkt den Druck zur Frequenzmedizin, wonach Patienten möglichst rasch „abgefertigt“ werden bzw. an FachärztInnen überwiesen werden. Es bleibt wenig Zeit für

den Aufbau einer guten Arzt-Patienten-Beziehung und für die Kontrolle des Behandlungsverlaufes. Auch die Ausstattung der Praxen für Allgemeinmedizin wird als mangelhaft beschrieben, was die diagnostischen Möglichkeiten des/der AllgemeinmedizinerIn einschränkt. Insgesamt beschreiben die niedergelassenen ÄrztInnen der Fokusgruppe ein Bild, wonach die Allgemeinmedizin im Vergleich zu Fachpraxen in der Entwicklung zurückgeblieben ist. Niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen fühlen sich überfordert. Gerade in hoch frequentierten Zeiten wie der Grippewelle ist der Ärztemangel in der Allgemeinmedizin spürbar, Leistungen werden gedeckelt und es bleibt wenig Zeit für schwierige Fälle. Niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen fühlen sich in ihrer Handlungskompetenz stark eingeschränkt. Diese systembedingten Faktoren mindern die Behandlungsqualität und schwächen das System der Primärversorgung.

Eine Aussage aus der Fokusgruppe der niedergelassenen ÄrztInnen lautet dazu „finanziell, was im Moment überhaupt nicht der Fall ist und da muss genug Zeit da sein, dass sich dieser Arzt oder diese Krankenschwester (...) auf diesen Patienten konzentriert, das geht nicht in drei Minuten und das geht nicht in sieben Minuten, wenn man das gewissenhaft machen möchte, dann braucht das Zeit und dann schafft man gar keine 50 Patienten pro Tag, das schafft niemand.“

Unter den JungärztInnen hat die Allgemeinmedizin einen niedrigen Stellenwert. Dies liegt in der als mangelhaft empfundenen Ausbildung und dem schlechten Image des Berufes des/der AllgemeinmedizinerIn. Die Aufgaben eines/einer AllgemeinmedizinerIn werden als eintönig und fad empfunden, interessantere Fälle werden an Spezialisten übergeben. In einer Einzelpraxis ist der/die Arzt/Ärztin fachlich isoliert, im Krankenhaus dagegen ist man von Kollegen umgeben, kann sich austauschen und zum wissenschaftlichen Fortschritt beitragen. Hinzu kommt der generelle Trend in den Arbeitsmotiven und –werten der jüngeren Generation, wonach immer weniger JungärztInnen Interesse an der Selbständigkeit und am Unternehmertum haben. Der Schritt in die Selbständigkeit bedeutet hohes Investitionsrisiko, bürokratische und rechtliche Hürden, hohe Eigenverantwortung, lange Arbeitszeiten, ständige Erreichbarkeit und schwierige Trennung zwischen Arbeitsleben und Privatleben. Der Beruf des Allgemeinediziners/ der Allgemeinmedizinerin wird mit schlechteren Arbeitsbedingungen und niedrigeren Gehaltsperspektiven im Vergleich zu FachärztInnen assoziiert.

Aufgrund vorwiegend emotionaler Barrieren in Form von niedrigem Prestige der Allgemeinmedizin, höherem wirtschaftlichen und unternehmerischen Risiko, schlechteren Arbeitsbedingungen und Gehaltsaussichten haben nur wenige JungärztInnen Interesse an der Allgemeinmedizin.

3.2 Zwischen Kooperation und Wettbewerb

Bild des Allgemeinmediziners/der Allgemeinmedizinerin als EinzelkämpferIn

- ÄrztInnen werden zum Einzelkämpfer „erzogen“
- Zwischen Konkurrenz und Kooperation mit anderen Einzelpraxen
- Starkes Konkurrenzempfinden gegenüber FachärztInnen
- Angst vor Entmachtung durch Manager und andere Berufsgruppen
- Kastendenken löst sich erst langsam auf
- Gesundheitszentrum ungeeignete Organisationsform, wenn Gewinnmaximierung oberste Priorität

AllgemeinmedizinerInnen in Österreich gelten als EinzelkämpferInnen. Das Einzelkämpfertum wird nach Ansicht der befragten ÄrztInnen in PVEs schon im Studium „antrainiert“. Niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen stehen in Konkurrenz mit umliegenden Praxen. Gleichzeitig sind sie auf Kooperation angewiesen, beispielsweise bei der Abstimmung von Wochenenddiensten, Urlaubsvertretungen, etc. Dem wohnt das Risiko inne, PatientInnen könnten von der benachbarten Praxis abgezogen werden. Bei Vertretungsärzten besteht die Angst, sie könnten eigene Interessen verfolgen und gegen die Praxis arbeiten. Auch gegenüber FachärztInnen besteht bei Allgemeinpraxen ein starkes Konkurrenzempfinden. Ein/e Facharzt/ärztin genießt höheres Ansehen in der Bevölkerung, vor allem im städtischen Bereich gehen PatientInnen lieber gleich zum/zur FachärztIn. Auch die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen hat unter niedergelassenen ÄrztInnen keine lange Tradition. Ein Interviewpartner nennt als Grund „Angst vor Entmachtung“. Es ist allerdings ein Trend zur verstärkten Zusammenarbeit erkennbar, das „Kastendenken löst sich langsam auf“. ÄrztInnen, die bereits in einem multidisziplinären Team zusammenarbeiten, beschreiben dies als äußerst positiv. ÄrztInnen, die keine Erfahrung in der multidisziplinären Zusammenarbeit haben, reagieren zögerlich. Die generelle Ausrichtung zum Einzelkämpfer oder zum Teamplayer ist eng mit anderen Arbeitswerten und Präferenzen verknüpft (Selbständigkeit, Unabhängigkeit, finanzieller Ertrag versus Teamwork, sozialer Zusammenarbeit, Work-Life-Balance). Das Gesundheitszentrum wird beispielsweise als ungeeignete Organisationsform für jene ÄrztInnen angesehen, für die Gewinnmaximierung oberste Priorität hat.

3.3 Interesse von Seiten der JungärztInnen

Die derzeit in Betrieb befindlichen PVEs werden von erfahrenen ÄrztInnen geleitet. Es wird vermutet, dass sich unter JungärztInnen viele Interessierte für die Arbeit in einer PVE befinden.

Von Seiten der Fokusgruppen-Teilnehmerinnen aus der Gruppe der MedizinstudentInnen wird die Einbindung nicht-ärztlicher Berufsgruppen in die Allgemeinpraxis sehr positiv aufgenommen. Als wichtige Berufsgruppen werden Pflegepersonal, PhysiotherapeutIn und PsychotherapeutIn spontan genannt. Auch die Idee einer stärkeren Teamarbeit und Kommunikation zwischen AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen sowie mit nicht-ärztlichen Berufsgruppen wird als sehr positiv

empfunden. Gemeinschaftspraxen werden als Vorschlag zur Verbesserung der Primärversorgung in Österreich spontan genannt. Die Möglichkeit, in einem Angestelltenverhältnis als AllgemeinmedizinerIn tätig zu werden, wird von MedizinstudentInnen ebenfalls spontan genannt. Vorteile, die ein Angestelltenverhältnis bringt, liegen nach Meinung der TeilnehmerInnen in einem Entfall des unternehmerischen Risikos, der persönlicher Entlastung, der besseren Konzentration auf die medizinische Tätigkeit und in klaren Dienstzeiten. Nachteile können sich durch die Abhängigkeit vom Arbeitgeber bzw. durch eine stärkere betriebswirtschaftliche Orientierung des Arbeitgebers ergeben.

Zögerndes Verhalten von Seiten der JungärztInnen

- Berichte über großes Interesse/viele Anfragen von Jungärztinnen
- Nachgefragte Themen: Regeln, finanzielle Situation, Arbeitszeiten/Aufwand, Zusammenarbeit/Arbeitsteilung im Team (ÄrztInnen, ManagerIn, andere Berufsgruppen), Vorteile und Nachteile gegenüber Einzelpraxis
- Unternehmerisches Risiko, bürokratischer Aufwand im Zusammenhang mit der Gründung eines Gesundheitszentrums abschreckend
- Zweifel an funktionierendem Teamwork
- Schwierigkeit, genügend PartnerInnen zu finden, um Öffnungszeiten abzudecken
- Mangelndes Interesse an einer Niederlassung in ländlichen Regionen

ÄrztInnen aus PVEs berichten über ein großes Interesse und viele Anfragen von Seiten der JungärztInnen. Von besonderem Interesse sind die geltenden Regeln im Team, die finanzielle Situation, Arbeitszeiten und Arbeitsaufwand, Zusammenarbeit und Arbeitsteilung im Team. Es wird beobachtet, dass das Interesse an der Selbständigkeit und dem Unternehmertum unter den JungärztInnen rückläufig ist. Ein höheres unternehmerisches Risiko sowie der bürokratische Aufwand im Zusammenhang mit der Gründung einer PVE dürfte abschreckend wirken. Ebenso herrschen eine große Unsicherheit und mangelnde Erfahrungswerte im Hinblick auf ein funktionierendes Teamwork vor. Häufig wird berichtet, dass interessierte ÄrztInnen Schwierigkeiten haben, genügend PartnerInnen zu finden, um die Öffnungszeiten abzudecken. Generell herrscht ein mangelndes Interesse an einer Niederlassung im ländlichen Raum.

3.4 Unklarheiten bei AllgemeinmedizinerInnen in Einzelpraxen

Unklarheiten bei AllgemeinmedizinerInnen in Einzelpraxen

- Unklarheiten über Leistungen, Versorgungsauftrag, Arbeitsbedingungen und Gehaltsperspektiven in PVEs
- PVE im ländlichen Bereich sinnvoll
- Gesundheitszentrum wird oft mit Stadt assoziiert
- Zweifel an funktionierendem Teamwork (Absprache Dienstzeiten)
- Angst vor längeren Arbeitszeiten
- Zweifel an Qualitätsverbesserung für PatientInnen (Kontinuität der Behandlung durch mehrere ÄrztInnen untergraben, erweiterte Öffnungszeiten bringen nicht zwingend höhere Qualität)
- Kooperation als Alternative zum Gesundheitszentrum (gegenseitige Vertretungen, Abdeckung von Randzeiten, gemeinsame PatientInnenkartei)

AllgemeinmedizinerInnen der Fokusgruppe hatten bisher wenige Berührungspunkte mit PVEs. Aus den Aussagen der Einzelinterviews und Fokusgruppen-Diskussion lässt sich schließen, dass Unklarheiten über Organisationsformen, Leistungen, Versorgungsauftrag und Arbeitsbedingungen in PVEs vorliegen.

In der Fokusgruppe werden Zweifel an einem funktionierenden Teamwork unter ÄrztInnen zum Ausdruck gebracht, insbesondere hinsichtlich der Absprache von Dienstzeiten. Ebenso kommt eine Angst vor längeren Arbeitszeiten zum Ausdruck. Die Idee einer Einbindung nicht-ärztlicher Berufsgruppen in die Allgemeinpraxis wird positiv gesehen. Als Berufsgruppen werden Pflegepersonal und PhysiotherapeutIn spontan genannt. Die Delegation von bestimmten Aufgaben an Pflegepersonen wird als sinnvoll und entlastend beschrieben (z.B. grippaler Infekt, Hausbesuche). Diskussionsthemen sind die Frage nach der medizinischen Letztverantwortung und die Frage nach der Finanzierung der Leistungen des nicht-ärztlichen Personals in Einzelpraxen.

Einige Aussagen zur Zusammenarbeit unter ÄrztInnen und mit nicht-ärztlichen Berufsgruppen:

„na der eine Kollege war halt der super coole (...), der andere hat sieben Patienten angeschaut, der andere 17, es war, egal, der Blöde war halt der, der mehr gemacht hat“

„weil man übernimmt die totale Verantwortung und die Frage ist, wenn ich das durch 27 teile, wer übernimmt die Verantwortung?“

„also ich habe einige Patienten, die sind noch macrumarisiert, bettlägerig, da muss man regelmäßig Visiten machen, das könnte natürlich eine Diplomierte machen, überhaupt kein Problem, nur dann

wird sie nicht bezahlt. So, ich muss aber die Krankenschwester bezahlen (...), da fahre ich lieber selber hin, verstehen Sie.“

Zweifel werden geäußert, ob PVEs tatsächlich Vorteile für das System und PatientInnen bringen. So sind einige Teilnehmer der Fokusgruppe der Meinung, dass die Kontinuität der Behandlung durch mehrere ÄrztInnen untergraben wird und dass erweiterte Öffnungszeiten nicht zwingend höhere Qualität bringen.

PVEs in Form einer lockeren Kooperation werden als sinnvoll und vorteilhaft erachtet. Eckpfeiler einer derartigen Kooperation bilden gegenseitige Vertretungen, Abdeckung von Randzeiten und eine gemeinsame Patientenkartei. Vorteile bringen insbesondere Urlaubsvertretungen. Sie ermöglichen längere Urlaubszeiten und verbessern die Vereinbarkeit mit dem Privatleben.

3.5 Institutionelle und rechtliche Rahmenbedingungen

Institutionelle und rechtliche Rahmenbedingungen

- Zusammenarbeit mit politischen Entscheidungsträgern und Finanzierungsinstitutionen
 - Unterschiedliche Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Krankenkassen und Ärztekammern
 - Kooperationsbereitschaft hat zugenommen
 - Schwierigkeiten bei Personenwechsel
- Rechtliche Rahmenbedingungen
 - Unklarheit bei rechtlichen Rahmenbedingungen
 - Große Unterschiede auf Länderebene erschweren Vergleichbarkeit und Sammeln von Erfahrungswerten
 - Schwierigkeit, die geforderten Öffnungszeiten zu gewährleisten
 - Viele PVEs laufen als zeitlich befristete Pilotprojekte
 - Rechtliche Rahmenbedingungen als Hürde (Rechtsform, Finanzierung, Kompetenzen nichtärztliches Personal, Aufnahme zusätzlicher ÄrztInnen)

Befragte ÄrztInnen aus den Einzelinterviews berichten über unterschiedliche Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Krankenkassen und Ärztekammern. Generell hat die Kooperationsbereitschaft in letzter Zeit zugenommen. Teilweise sind Praktiken sehr personenzentriert. Dies bedeutet, dass sich einzelne Personen aus den Reihen der politischen Entscheidungsträger und Finanzierungsinstitutionen sehr für Projekte engagieren, kommt es aber zu einem Personenwechsel, so fällt diese Unterstützung weg.

Hinsichtlich rechtlicher Rahmenbedingungen herrschen Unklarheiten unter den Interviewpersonen. Eine befragte Ärztin führt an, dass die großen Unterschiede auf Länderebene eine Vergleichbarkeit

und das Sammeln von Erfahrungswerten erschweren. Häufig wird vor allem in der Gründungsphase von der Schwierigkeit berichtet, die geforderten Öffnungszeiten zu gewährleisten. PVEs laufen in der Regel als zeitlich befristete Pilotprojekte, was die Planbarkeit für involvierte ÄrztInnen erschwert und zu Unsicherheiten führt. In den rechtlichen Rahmenbedingungen sehen die befragten ÄrztInnen noch einige Hürden wie beispielsweise den hohen bürokratischen und verhandlungstechnischen Aufwand im Zuge der Gründung, die zeitlich beschränkte Finanzierung, Einschränkungen bei den Aufgaben, die nichtärztliche Berufsgruppen übernehmen können sowie die Aufnahme zusätzlicher ÄrztInnen.

3.6 Nachteile und Risiken in Verbindung mit der Arbeit in einer PVE

Nachteile und Risiken in Verbindung mit der Arbeit in einer PVE

- Mangelnde Anerkennung, Akzeptanz in Fachkreisen
 - Mehrheit berichtet von distanziertem, kritischen Verhalten bis Anfeindung
 - Berichte über mangelnde Akzeptanz und Unterstützung seitens der Ärztekammer
 - Weniger spürbar in Regionen mit Versorgungslücken
 - Mehrheit bemüht sich um Aufklärung, partnerschaftliche Zusammenarbeit mit umliegenden Einzelpraxen (Wochenenddienste, Urlaubsvertretung)
- Wahrgenommene Nachteile
 - Eingeschränkte Autonomie, keine alleinige Entscheidungsmacht
- Wahrgenommene Risiken
 - Mangelnde Beratung, Information und Erfahrungswerte über Gründung und Betrieb eines Gesundheitszentrums
 - Investitionsrisiko aufgrund der Größe und der zeitlichen Befristung der Förderungen
 - Risikofaktor Teamarbeit

Von den InterviewpartnerInnen angeführten Nachteile und Risiken beziehen sich teilweise auf bestimmte Organisationsformen an PVEs. Die jeweilige Organisationsform wird, wenn zutreffend, spezifiziert.

Wer ein Gesundheitszentrum gründet oder einem beitritt, muss mit mangelnder Akzeptanz in Fachkreisen, sowohl unter der Ärzteschaft als auch von Seiten der Ärztekammer, rechnen. Interviewpersonen aus Gesundheitszentren berichten von distanziertem, kritischen Verhalten bis hin zur Anfeindung von Seiten der umliegenden Praxen. In Regionen mit Versorgungslücken ist diese Konkurrenzhaftung weniger stark spürbar. Viele der befragten ÄrztInnen aus Gesundheitszentren geben an, dass sie sich um Aufklärung und eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den umliegenden Einzelpraxen bemühen. Vorteile für die umliegenden Praxen liegen darin, dass das Gesundheitszentrum die Abdeckung von Randzeiten (Freitag nachmittag) oder auch Urlaubsvertretungen übernimmt. Somit sind die eigenen PatientInnen außerhalb der Praxiszeiten versorgt.

Auf die Frage nach wahrgenommenen Nachteilen, welche die Arbeit in einer PVE bringt, wird die eingeschränkte Autonomie angeführt. Im Vergleich zu einer Einzelpraxis hat der Arzt/die Ärztin keine alleinige Entscheidungsmacht mehr. Ansonsten werden in den Interviews keine weiteren Nachteile genannt.

Wahrgenommene Risiken ergeben sich aufgrund eines hohen Unsicherheitsfaktors. Es gibt wenig Erfahrungswerte über die Gründung und den Betrieb von PVEs. Das Primärversorgungsgesetz sieht vor, dass für jede PVE ein individuelles Versorgungskonzept zu entwickeln ist. Dafür sind spezielle Kenntnisse nicht nur in medizinischer sondern auch in wirtschaftlicher, organisatorischer und rechtlicher Hinsicht notwendig. Im Rahmen der Interviews wurde von einem Fall berichtet, in dem ÄrztInnen wieder aus einer PVE ausgetreten sind. Die dort entstandenen Konflikte dürften unter anderem auf mangelnde Kenntnisse der rechtlichen Regelungen hinsichtlich der Kompetenzen und Befugnisse der Gesellschafter und der Geschäftsführung zurückzuführen sein. Einen weiteren Risikofaktor bildet das erhöhte Investitionsrisiko. Die Errichtung eines Gesundheitszentrums ist mit größeren Investitionen in Infrastruktur, Ausstattung und personelle Ressourcen verbunden. Förderungen für nichtärztliche Berufsgruppen sind mit 3-5 Jahren zeitlich begrenzt. Auch Unsicherheiten hinsichtlich Teamwork und Zusammenarbeit bilden einen Risikofaktor.

3.7 Fördernde Faktoren zur Verbreitung von Primärversorgungseinheiten

Fördernde Faktoren zur Verbreitung von Primärversorgungseinheiten
<ul style="list-style-type: none">▪ Gründer als Pioniere und Querdenker▪ Primärversorgungs-Gesamtvertrag als rechtliche Grundlage mit individuellem Gestaltungsspielraum▪ Unterstützung durch politische Entscheidungsträger▪ Öffentliche Aufmerksamkeit durch Medienberichte und Kongresse▪ Aussicht auf verbesserte Arbeitsbedingungen<ul style="list-style-type: none">- Austausch und Unterstützung im Team- höhere Lebensqualität und Work-Life Balance- bessere Möglichkeiten zur Selbstverwirklichung▪ Lehrpraktikum als Aufwertung der Ausbildung zum/zur AllgemeinmedizinerIn und Aufklärungsarbeit

Aus den Interviews und der Dokumentenanalyse konnte eine Reihe von Faktoren identifiziert werden, welche die weitere Verbreitung von PVEs fördern. PVEs geben Pionieren oder Querdenkern in der Primärversorgung die Möglichkeit, ihre Ideen zu verwirklichen und in alternativen Strukturen zu arbeiten. Der Primärversorgungs-Gesamtvertrag bildet die rechtliche Grundlage und lässt individuelle Gestaltungsspielräume offen. Dadurch werden innovative Ideen und Projekte gefördert. Die

laufenden PVEs zeichnen sich durch Individualität und Einzigartigkeit aus. Sie haben ein individuelles Versorgungskonzept, das auf die Bedürfnisse der umliegenden Bevölkerung abgestimmt ist.

Ein weiterer förderlicher Faktor ist die Unterstützung durch politische Entscheidungsträger, Finanzierungsinstitutionen aber auch durch die Medien. Einige InterviewpartnerInnen berichteten, dass sie persönlich von der Krankenkasse oder der Trägerorganisation kontaktiert wurden, nachdem sie Interesse an einer PVE bekundet haben. ÄrztInnen aus PVEs werden laufend auf Kongresse und Veranstaltungen im Gesundheitswesen eingeladen und haben die Möglichkeit, ihr Konzept und ihre Erfahrungen vorzustellen. Zahlreiche Medienberichte lenken die öffentliche Aufmerksamkeit auf PVEs und stärken den Bekanntheitsgrad von PVEs in der Bevölkerung. Die persönliche Ansprache und die mediale Aufmerksamkeit bekräftigen die Gründer von PVEs bei ihrer Arbeit, wo doch die Allgemeinmedizin in Österreich generell mit einem niedrigen Image zu kämpfen hat.

PVEs bieten ÄrztInnen die Aussicht auf verbesserte Arbeitsbedingungen in mehreren Aspekten. Durch PVEs ist es auch im niedergelassenen Bereich für Allgemeinmedizinerinnen nunmehr möglich, in einem größeren Team zu arbeiten. Tatsächlich werden der Austausch und die Unterstützung im Team von beinahe allen Interviewpartnern als zentrales Motiv genannt. Auch bietet eine PVE bessere Aussichten auf eine höhere Lebensqualität, bessere Work-Life-Balance und bessere Möglichkeiten für individuelle Selbstverwirklichung.

Interviewpartner heben das Lehrpraktikum in einer PVE als wichtigen förderlichen Faktor hervor. Dadurch wird interessierten JungärztInnen die Möglichkeit geboten, einen Einblick in die Arbeit in einer PVE zu erhalten. Damit trägt das Lehrpraktikum nicht nur zur Ausbildung künftiger AllgemeinmedizinerInnen bei, sondern leistet auch wichtige Aufklärungsarbeit.

3.8 Wünsche/Empfehlungen aus Sicht der befragten AllgemeinmedizinerInnen

Im Rahmen der Interviews und Fokusgruppendiskussionen wurden von den Interviewpersonen eine Reihe von Vorschlägen und Empfehlungen ausgesprochen, wie die Primärversorgung allgemein in Österreich gestärkt werden kann und mit welchen Maßnahmen die Verbreitung von PVEs gefördert werden kann. Diese sind in den nachfolgenden Tabellen zusammengefasst.

3.8.1 Wünsche/Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Primärversorgung in Österreich

Insgesamt werden mit den Begriffen „Primärmedizin“ und „Primärversorgung“ vor allem Probleme im derzeitigen System assoziiert. Das System und die Entwicklungen werden als unklar und undurchsichtig wahrgenommen, sowohl für AllgemeinmedizinerInnen in Einzelpraxen, in PVEs als auch für MedizinstudentInnen. Wünsche und Empfehlungen zur weiteren Entwicklung der Primärversorgung in Österreich haben als zentrale Zielsetzung die Stärkung der Stellung der Allgemeinmedizin als erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem. Dies soll vor allem durch eine bessere Orientierung für PatientInnen, durch verbesserte Aus- und Fortbildungen, durch eine Kompetenzerweiterung für AllgemeinmedizinerInnen und eine Adaptierung der Honorierungsmodelle erreicht werden. Im derzeitigen Finanzierungssystem sehen die niedergelassenen ÄrztInnen der Fokusgruppe widersprüchliche Anreizwirkungen. Wochenenddienste werden nicht adäquat honoriert, somit verlieren viele ÄrztInnen das Interesse an der Abdeckung von Randzeiten. In der Leistungshonorierung im niedergelassenen

Bereich verhalten sich die Krankenassen restriktiv, was zu einer Minderung der Behandlungsqualität führen kann bzw. den Patientenstrom in Richtung Ambulanzen lenkt, die von einem anderen Träger finanziert werden. Auch lange Wartezeiten bei FachärztlInnen führen zu höheren Fallzahlen in den Krankenhaus-Ambulanzen. Durch eine Kompetenzerweiterung, eine erweiterte Primärdiagnostik und eine angepasste Leistungshonorierung könnten niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen ein breiteres Leistungsspektrum abdecken, was zu einer Verringerung der Ambulanzfälle und Facharztüberweisungen führen würde.

Aussagen zur Finanzierung aus der Fokusgruppe der niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen:

„ich lasse mich von Ihnen nicht behandeln, wie wenn ich es gestohlen hätte“

„dass endlich was bezahlt wird an der Basis, ja, und dass endlich auch eben diese Leistung, wie Du schon gesagt hast, korrekt honoriert wird und nicht ständig diese Anrufe kommen.“

„Dann denke ich mir, muss ich das bei dem jetzt machen? Ich meine, der wird schlechter behandelt als der andere. Warum? Weil ich schon meine Punktzahl erreicht habe, schicke ich den halt nur heim und dann, wenn ich nicht ganz sicher bin, gebe ich in der Indikation nicht vielleicht ausreichend fundiert, gebe ich ihm ein Antibiotikum dazu, sage, wenn es nicht besser wird, nimmst Du das Antibiotikum, was natürlich ein Schwachsinn ist, aber ich muss kein Blutbild machen, nicht, weil da belaste ich ja mich selber und das ist das, was ich meine.“

Wünsche/Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Primärversorgung in Österreich

- Stärkung der Stellung der Allgemeinmedizin als erste Anlaufstelle
 - Stärkung Prestige und Vertrauen der Allgemeinmedizin
 - Bessere Orientierung für PatientInnen (Ordinationszeiten, Erreichbarkeit, Kommunikation der Notruf-Regelungen)
 - Installierung von Gate-Keeping
- Verbesserte Aus- und Fortbildungen für AllgemeinmedizinerInnen
 - Fundierte Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin
 - Besseres Qualitätsmanagement in der Turnausbildung
 - Verstärkte Kommunikation/Information der Lehrpraxis in Gesundheitszentren
 - Praktikum in einer Hausarzt-Ordination im Rahmen des Studiums
 - Anreize und Möglichkeiten für Zusatzausbildungen, Kongressbesuche, wissenschaftliche Tätigkeit für AllgemeinmedizinerInnen
- Kompetenzerweiterung
 - Adaptierung Kompetenzkatalog, erweiterte Primärdiagnostik
 - Subvention zusätzlicher Ausstattung und Einrichtungen (z.B. Labor) zur Erweiterung des Leistungsspektrums
 - Erweiterter Handlungsspielraum führt zu weniger Facharztüberweisungen und Ambulanzfällen
- Überarbeitung der Anreizstrukturen (Honorierungsmodelle, Deckelungen)
 - Anerkennung/Wertschätzung in finanzieller Hinsicht
 - Adaptierung Leistungskatalog und Deckelungen hinsichtlich Anreizwirkung zur Leistungserbringung
 - Abgeltung der Ausstattungsinvestitionen für erweiterte Primärdiagnostik
 - Komplexitätsreduktion der Honorierungsregelungen
- Finanzierung aus einer Hand (unterschiedliche Finanzierungsträger Ambulanzen, niedergelassener Bereich)
- Förderung der Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen AllgemeinmedizinerInnen, FachärztInnen und nichtärztlichen Berufsgruppen (Befundbesprechungen, Fallbesprechungen)
- Möglichkeit eines Anstellungsverhältnisses für AllgemeinmedizinerInnen
- Von MedizinstudentInnen als positiv wahrgenommen
- Wahrgenommene Vorteile: Entfall des unternehmerischen Risikos, persönliche Entlastung, Konzentration auf medizinische Tätigkeit, klare Dienstzeiten
- Nachteile/Risiken: Abhängigkeit vom Arbeitgeber, Arbeitgeber stärker betriebswirtschaftlich getrieben

3.8.2 Wünsche/Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Primärversorgungseinheiten in Österreich

Österreich steht am Beginn der Umgestaltung der Primärversorgung durch teambasierte Modelle, die eine bessere kontinuierliche und koordinierte Versorgung ermöglichen sollen. Im Rahmen der Interviews wurden ÄrztInnen nach ihrer Einschätzung der künftigen Entwicklung der PVEs in Österreich gebeten. InterviewpartnerInnen gehen davon aus, dass sich die Primärversorgungslandschaft in Österreich weiter entwickeln wird und sich PVEs flächendeckend verbreiten werden, wenn auch nicht so rasch wie von der Politik geplant. Negativmeldungen können die Verbreitung neuer PVEs einbremsen. Zweifel werden daran geäußert, ob PVEs als Ambulatorien mit angestellten ÄrztInnen attraktive Arbeitsplätze darstellen bzw. erfolgreich betrieben werden können. Die Möglichkeit, dass Konzerne oder gewinnorientierte Trägerschaften PVEs gründen und betreiben wird als wenig realistische und unerwünschte Variante eingeschätzt. PVEs sollten in öffentlicher Hand bleiben, Bund, Länder oder Gemeinden wären damit akzeptable Betreiber. Selbstbestimmtes und selbstverantwortliches Arbeiten wird von praktizierenden AllgemeinmedizinerInnen in Gesundheitszentren als wichtiger Bestandteil der Arbeit in einem PVE angesehen.

Die befragten ÄrztInnen aus PVEs nennen eine Reihe von Empfehlungen für die weitere Entwicklung der Primärversorgungseinheiten in Österreich. Im Mittelpunkt der Empfehlungen stehen eine Adaptierung der Finanzierungsmodelle, eine inhaltliche Konkretisierung des Versorgungsauftrages und der Kompetenzen des ärztlichen und nicht-ärztlichen Personals in PVEs sowie eine verbesserte Beratung und Begleitung für interessierte ÄrztInnen, die eine PVE gründen wollen. Nachfolgend sind die Wünsche und Empfehlungen der InterviewpartnerInnen aus PVEs angeführt.

Wünsche/Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Primärversorgungseinheiten in Österreich

- Neue Finanzierungsmodelle
 - Grundpauschalierung, weg von der Frequenzmedizin
 - Einschreibesysteme, altersabhängig gestaffelte Kopfpauschalen
 - Einzelleistungsvergütung für bestimmte Leistungen
 - Öffentliche Ausstattungsfinanzierung (z.B. zur Finanzierung der Infrastruktur, Ausstattung)
 - Adaptierung der Leistungskataloge (Tarife, Leistungserweiterung)
 - Abgeltung nichtärztlicher Hausbesuche
 - Langfristige Finanzierung des Managements
 - Finanzielle Mittel für Prävention und Gesundheitsförderung
 - Überarbeitung der Anreizgestaltung: Qualitätsanreize, Versorgung chronisch Kranke, Vermeidung von Ambulanzfällen, Fallbesprechungen, Erfolgsbeteiligung
- Fachliche Beratung und Begleitung (Gründung, Führung einer Primärversorgungseinheit, rechtliche/organisatorische Fragen)
 - Heranführung an die unternehmerische Tätigkeit im Rahmen des Studiums
- Klare Rahmenbedingungen und Vorgaben

- Bislang Strukturreform, inhaltliche Konkretisierung vonnöten (Versorgungsauftrag, Leistungskataloge, Disease-Management)
- Einheitlich in allen Bundesländern (Vergleichbarkeit)
- Das Team rund um den Patienten hervorheben (anstatt das Team rund um den Hausarzt)
- Erhalt einer individuellen Gestaltungsfreiheit
- Leistungserweiterung bzw. -auslagerung
 - Breiteres Leistungsspektrum (insb. zur Versorgung chronisch Kranker)
 - Erweiterte Primärdiagnostik (Kompetenzerweiterung, Geräteausstattung)
 - Anhebung der medizinischen Kompetenz der Pflegekräfte und anderer nichtärztlicher Berufsgruppen
 - Hausbesuche durch nichtärztliche Berufsgruppen
 - Präventive Hausbesuche durch Pflegekräfte
 - Gesundheitsförderung
- Stärkere Vernetzung (zwischen den Sektoren und Gesundheitsberufen)
- Freiwilligkeit des Zusammenschlusses, selbstbestimmtes Arbeiten
- Aufklärung in Fachkreisen und in der Öffentlichkeit (Arbeitsbedingungen, Aufgaben, Leistungen von PVEs)
- Weitere Vorschläge:
 - Gleichstellung der Gesundheitsberufe (partnerschaftliches Arbeiten)
 - Messung PVE-Performance
 - Miteinbeziehung der AllgemeinmedizinerInnen (in Einzelpraxen)
 - Miteinbeziehung nichtärztlicher Berufsgruppen (im Rahmen des Gesamtvertrages)
 - Neue Organisationsformen (neben GmbH und OG)

4 Empfehlungen für die zukünftige Entwicklung von Primärversorgungseinheiten

Empfehlungen für die künftige Entwicklung von PVEs

- Einrichtung eines PVE-Gründerservices
- Aufklärung in Fachkreisen und Öffentlichkeit
 - einheitliche Begriffsverwendung
 - stärkere Sichtbarkeit der Netzwerkvariante
- Inhaltliche Konkretisierung des Leistungskataloges
 - Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung
- Konkretisierung von Aufgaben und Kompetenzprofilen der nicht-ärztlichen Berufsgruppen, vor allem der Pflegepersonen
- Adaptierung der Anreizgestaltung
 - Längerfristige Finanzierungssicherheit
 - Förderung von Zusatzleistungen im Sinne der Primärversorgung
- Einführung eines übergreifenden Monitoring-Systems
 - Einheitliche Datenerfassung
 - Auflagen für Controlling und Qualitätsmanagement
- Transparente Struktur/Bedarfsplanung für PVEs
- Wahrung eines gleichen und gerechten Zuganges in der Primärversorgung
- Aufwertung der Allgemeinmedizin

Jene PVEs, die in Betrieb sind, laufen laut Aussagen der befragten ÄrztInnen zum überwiegenden Teil sehr erfolgreich. Die von öffentlicher Seite propagierten attraktiven Arbeitsbedingungen in PVEs, wie bessere Work-Life-Balance, Teamarbeit, Möglichkeiten der Teilzeitarbeit, spürbare Reduktion der administrativen Tätigkeiten, konnten in den Interviews bestätigt werden. Dennoch schreitet die Verbreitung von PVEs langsam voran.

Ein Großteil der Projekte wurde von ÄrztInnen initiiert, die auf langjährige Erfahrung in der Allgemeinmedizin (über 10 Jahre) und der Zusammenarbeit mit KollegInnen zurückgreifen können. Für JungärztInnen, die über derartige Erfahrungswerte nicht verfügen, wirken das unternehmerische Risiko und der bürokratische und organisatorische Aufwand verbunden mit der Gründung einer PVE abschreckend. Gesetzliche Grundlagen (Primärversorgungsgesetz, Primärversorgungs-Gesamtvertrag) sowie Informationsbroschüren des Bundesministeriums oder anderer öffentlicher Stellen bilden eine rechtliche und inhaltliche Grundlage. Eine Erweiterung des Informations- und Beratungsangebotes in Form eines **PVE-Gründerservices**, d.h. eine Anlaufstelle, die Information, Beratung und Begleitung im Zuge der Gründung eines PVEs anbietet, wäre eine sinnvolle Maßnahme zur stärkeren Unterstützung von (unerfahrenen) interessierten AllgemeinmedizinerInnen. Die Inhalte der Informa-

tions- und Schulungsmaßnahmen reichen von rechtlichen, betriebswirtschaftlichen Aspekten bis hin zu den sogenannten Soft Skills. Folgende Punkte sind für den Betrieb einer PVE von hoher Relevanz:

- Rechtliche Aspekte (Wahl der Rechtsform, Gesellschaftervertrag, Vertragsgestaltung mit Land, Krankenkasse etc.)
- Finanzielle Aspekte (Investitions- und Finanzierungsfragen)
- Informationssysteme, Controlling und Qualitätsmanagement
- Personalplanung
- Steuerung PatientInnenstrom, Triage
- Personalführung, Teamführung
- Konfliktmanagement

Eine weitere Überlegung wäre die Schaffung von Arbeitsplätzen für ÄrztInnen im Angestelltenverhältnis. Insbesondere für JungärztInnen bietet sich dadurch die Möglichkeit, sich ohne finanzielles und unternehmerisches Risiko in einer PVE zu engagieren und Erfahrungswerte zu sammeln.

Der niedergelassene Bereich in Österreich ist nach wie vor geprägt durch Einzelpraxen. Niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen agieren als EinzelkämpferInnen und haben ihre eigene Praxis aufgebaut. Selbständigkeit, Autonomie und Unternehmertum gelten als wichtige Entscheidungskriterien für die Gründung einer Praxis im niedergelassenen Bereich. Aufgrund des immanenten Konkurrenzverhältnisses gestaltet sich der Aufbau von Kooperationen unter umliegenden Praxen als schwierig. Die Fokusgruppen-Diskussion mit niedergelassenen ÄrztInnen zeigte, dass der Begriff Primärversorgungseinrichtung primär mit Gesundheitszentrum assoziiert wird. Empfehlenswert ist die verstärkte Kommunikation an niedergelassene ÄrztInnen, dass Netzwerke eine alternative Kooperationsform zu Gesundheitszentren oder Gruppenpraxen darstellen. Für die Gruppe der langjährigen niedergelassenen ÄrztInnen stellt die **Netzwerkvariante** eine Kooperationsform dar, in der sie erste Erfahrungen in der Vernetzung mit anderen Ärztinnen und Berufsgruppen sammeln können, ohne größere Abstriche im Bereich der Selbständigkeit und Autonomie machen zu müssen. Derzeit sind wenige Netzwerke in Österreich in Betrieb bzw. die in Betrieb befindlichen Netzwerke befinden sich noch in einer Aufbauphase. Daher besteht ein hoher Informations- und Aufklärungsbedarf. Zu beachten ist, dass die nicht physische Anwesenheit der beteiligten Netzwerkpartner unter einem Dach erhöhte Anforderungen an Kooperationsbereitschaft, Zusammenarbeit und Konfliktfähigkeit stellt. Auch bei der Netzwerkvariante stellt ein PVE-Gründerservice eine wichtige Unterstützung für interessierte AllgemeinmedizinerInnen dar. Folgende Punkte sind speziell für ein Netzwerk von hoher Relevanz:

- Festlegung der Bereiche und Regeln der Zusammenarbeit zwischen den Netzwerkpartnern
- Informationssysteme für den Datenaustausch
- Organisation von Fallbesprechungen, Qualitätszirkel etc.
- Konzeption des Netzmanagements

Generell sind eine verstärkte **Aufklärung in Fachkreisen und der Öffentlichkeit** über Versorgungsauftrag und Varianten an Primärversorgungseinheiten sowie eine **einheitliche Begriffsverwendung** empfehlenswert. Es hat sich noch kein einheitlicher Begriff für Einrichtungen der Primärversorgung etabliert. Berichte der letzten fünf Jahre verwenden unterschiedliche Bezeichnungen für Primär-

versorgungseinheiten, wie PHC-Einrichtungen (IAMEV 2015) oder PVS (Sozialversicherung 2016). Der Begriff „Primärversorgungs-Einrichtung“ (alles unter einem Dach) aus dem Konzeptpapier der Bundes-Zielsteuerungskommission im Jahr 2014 (Zielsteuerung-Gesundheit 2014) wurde zu „Gesundheitszentrum“ auf der aktuellen Website der SV (Sozialversicherung 2020) bzw. zu „Primärversorgungszentrum“ auf dem Informationsportal Teambasierte Primärversorgung (2020) der SV. Primärversorgungseinheiten in Österreich mit einem multiprofessionellen Team unter einem Dach laufen unter unterschiedlichen Bezeichnungen (Primärversorgungszentrum, PVE, Gesundheitszentrum, PVZ, Zentrum für Allgemeinmedizin, Zentrum für Gesundheit).

Bezüglich der Aufklärung in Fachkreisen sollte die **inhaltliche Konkretisierung** des Versorgungsauftrages und Leistungskataloges für Primärversorgungseinheiten weiter vorangetrieben werden. Im Sinne der Prinzipien der Primärversorgung sollten dabei beispielsweise der Prävention und Gesundheitsförderung größere Bedeutung zukommen.

Des Weiteren sollten die **Aufgaben und Kompetenzprofile der nicht-ärztlichen Berufsgruppen**, insbesondere jener der Pflegepersonen, genauer ausformuliert werden. Gerade Pflegepersonen nehmen in internationalen Modellen bei der Umsetzung der Prinzipien der Primärversorgung (wohnortnahe, präventive, bedarfsgerechte Versorgung) eine wichtige Stellung ein. Andere europäische Länder mit ähnlichen Gesundheitssystemen haben schon Erfahrungen in der Zusammenarbeit in Ärzteteams bzw. in multiprofessionellen Teams in der Primärversorgung gesammelt. Bei der inhaltlichen Konkretisierung der Leistungen der Primärversorgungseinheiten sowie bei der Definition von Kompetenzprofilen für Pflegepersonen und andere Berufsgruppen des multiprofessionellen Teams kann auf diese Erfahrungswerte zurückgegriffen werden.

Durch eine **Adaptierung der Anreizgestaltung** kann die Attraktivität einer PVE für AllgemeinmedizinerInnen erhöht werden bzw. können Lenkungsmechanismen zielorientiert eingesetzt werden. Zur Erhöhung der Attraktivität einer PVE sollten diese eine längerfristige Finanzierungssicherheit für Zusatzleistungen über die üblichen 2-5 Jahre hinaus erhalten. Dies würde die strategische Planung und Entscheidungsfindung bei notwendigen Investitionen im Zuge des Wachstums einer PVE erleichtern. Förderungen können gezielt für bestimmte Lenkungsmechanismen zur Umsetzung der Prinzipien der Primärversorgung eingesetzt werden:

- Investitionen in Ausstattungsfinanzierung für eine erweiterte Primärdiagnostik
- Förderung der Teilnahme an spezifischen Weiterbildungen (z.B. Disease Management, Medikamentenmanagement)
- Förderung der Teilnahme an Qualitätszirkeln, Fallbesprechungen
- Förderung für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung
- Förderung von Forschungsaktivitäten
- Auszeichnung und Prämierung von innovativen Projekten in der Primärversorgung (z.B. Telemedizin, mobile Betreuung)

Zur Erhöhung der Transparenz des Leistungsgeschehens in der Primärversorgung sollte ein übergreifendes Monitoring-System etabliert werden. Voraussetzung für ein übergreifendes Monitoring der PVEs ist eine **einheitliche Datenerfassung**. Schon im Rahmen des Genehmigungsverfahrens zur Gründung einer PVE bzw. bei der Verfassung des Konzeptpapieres sollten die Auflagen in Bezug auf die Datenerfassung für Controlling und Qualitätsmanagement klar definiert werden.

Weitere Empfehlungen beziehen sich auf die Systemebene der Primärversorgung und beinhalten eine **transparente Struktur- und Bedarfsplanung** für PVEs. Die Errichtung von PVEs ist stark davon abhängig, ob sich in der Region ÄrztInnen finden, die Bereitschaft signalisieren oder die Initiative ergreifen. Strategische objektive Kriterien sollten bei der regionalen Verteilung der PVEs stärker Berücksichtigung finden.

Darüber hinaus sollte die **Zugänglichkeit der Primärversorgung** für die Bevölkerung gewahrt bleiben. PVE-PatientInnen haben einen leichteren Zugang zu nicht-ärztlichen Leistungen (z.B. Psychotherapie, Physiotherapie) sowohl was die Erreichbarkeit als auch die Kostenübernahme der Leistungen betrifft. Gerade in ländlichen Regionen, die weniger attraktiv für die Errichtung einer PVE erscheinen, könnten Ungleichheiten im Zugang zu Gesundheitsleistungen verstärkt werden.

Zur Sicherung des Nachwuchses an AllgemeinmedizinerInnen sollten Maßnahmen zur **Aufwertung der Allgemeinmedizin** in Österreich getroffen werden. Entsprechende Empfehlungen wurden in Abschnitt C, Kapitel 3.8.1 bereits näher erläutert.

Literatur

Internetquellen:

Kringos D., Boerma W., Bourgueil Y., Cartier T., Dedeu T., Hasvold T. et al. (2013): The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract*, 63(616): 742-750.

IAMEV (2015): Primary Health Care (PHC): Erstellung eines Master-Evaluationskatalogs für österreichische PHC-Einrichtungen. Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV), Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714761&version=1447836108>, abgerufen am 20.05.2019.

Sozialversicherung (2016): Monitoring Primärversorgung. Methodenentwicklung für eine Umsetzung in Österreich. Dexhelpp; Evidenzbasierte Wirtschaftliche Gesundheitsversorgung; GÖK; dwh GmbH; VRVis Zentrum für Virtual Reality und Visualisierung ForschungsGmbH.
<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714950&version=1456468611>, abgerufen am 20.05.2019.

Sozialversicherung (2020): Die neue Primärversorgung ist Schlüssel zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.845658>, abgerufen am 26.02.2020.

Stigler F., Starfield B., Sprenger M., et al. (2013): Assessing primary care in Austria: room for improvement. *Fam Pract.*, 30 (2): 185-9.

Teambasierte Primärversorgung (2020): Teambasierte Primärversorgung. Detailinformation Primärversorgungseinheiten. Österreichische Sozialversicherung. <https://www.sv-primaerversorgung.at/cdscontent/?contentid=10007.796754&viewmode=content>, abgerufen am 25.03.2020

Zielsteuerung-Gesundheit (2014): Das Team rund um den Hausarzt. Konzept zur multiprofessionellen interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Bundesministerium für Gesundheit.
[file:///C:/Users/Eva/Downloads/primaerversorgungskonzept%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Eva/Downloads/primaerversorgungskonzept%20(1).pdf)