



Neue Primärversorgungsmodelle in Österreich – Chance und Herausforderung!

Mag. Franz Kiesel, MPM
Vienna Healthcare Lectures 05.09.2016

Bundesweites PV-Konzept

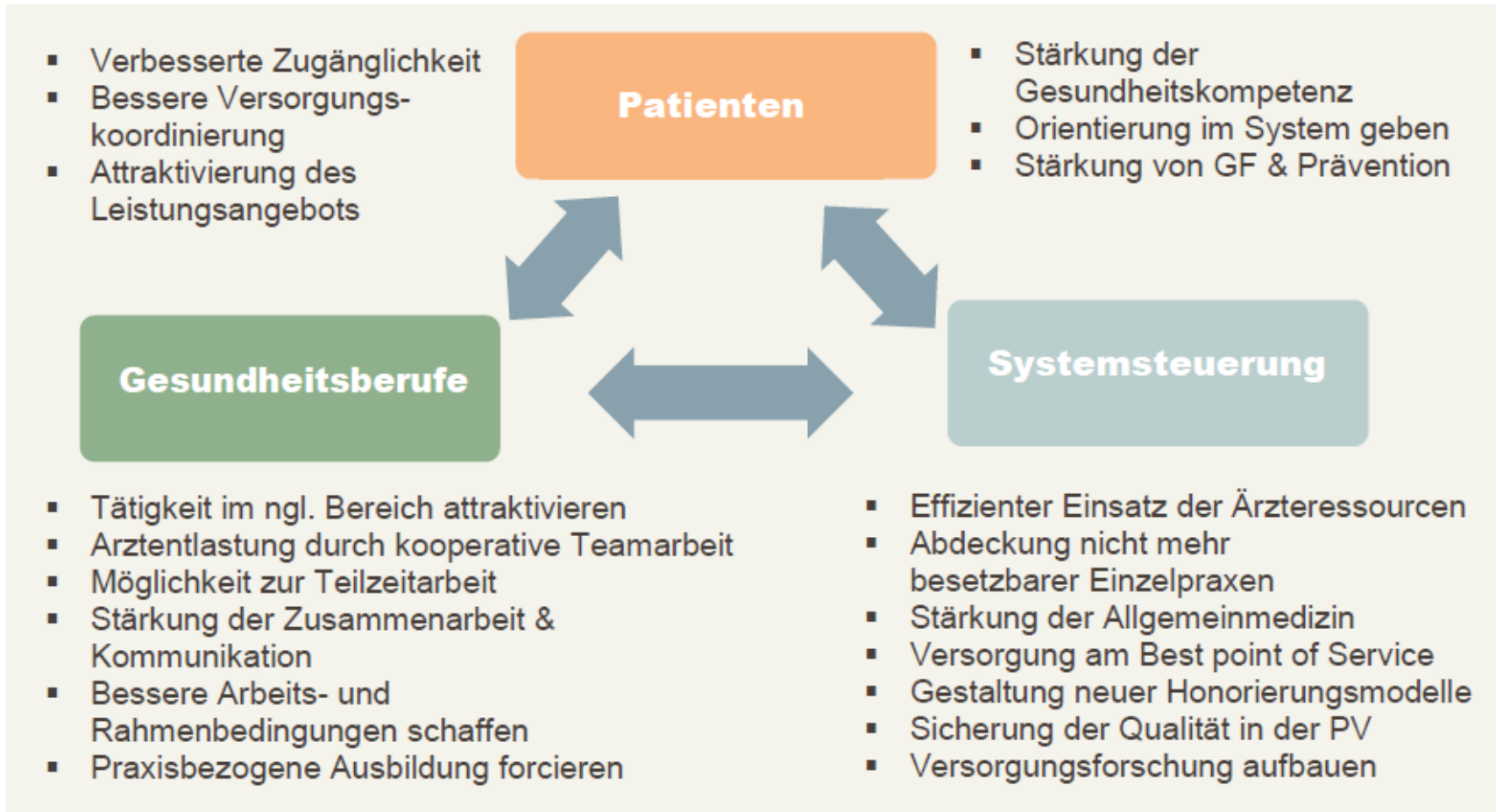
- Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung (PV) wurde am 30.6.2014 in der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossen

Wesentliche Eckpfeiler des Konzepts sind:

- Stärkung der Primärversorgung rund um den Hausarzt
- Arbeiten im Netzwerk
- Kein Eingriff in bestehende Verträge
- Kein Zwang zu neuen Strukturen
- Evolution statt Revolution



Zielsetzungen von neuen PV-Modellen

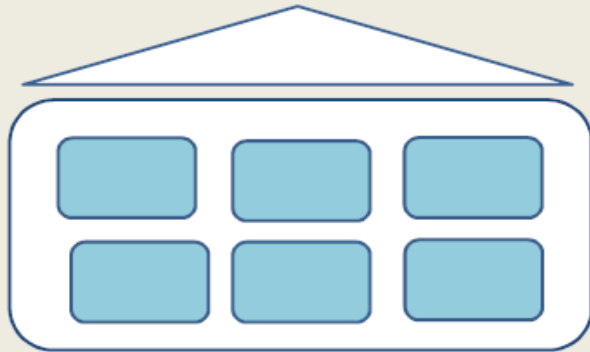


Anmerkung: Win-Win-Win Situation für alle Beteiligten herstellen!

Aufbauorganisation von neuen PV-Modellen

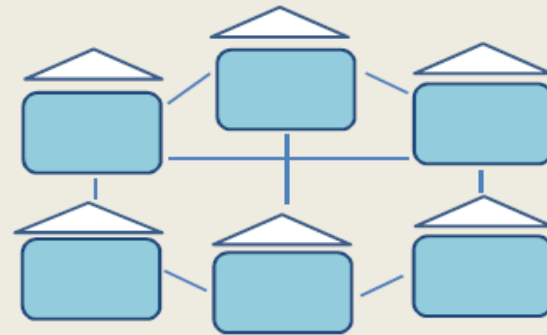
Ein PV-Modell kann tätig werden als:

Einrichtung
an einem Standort

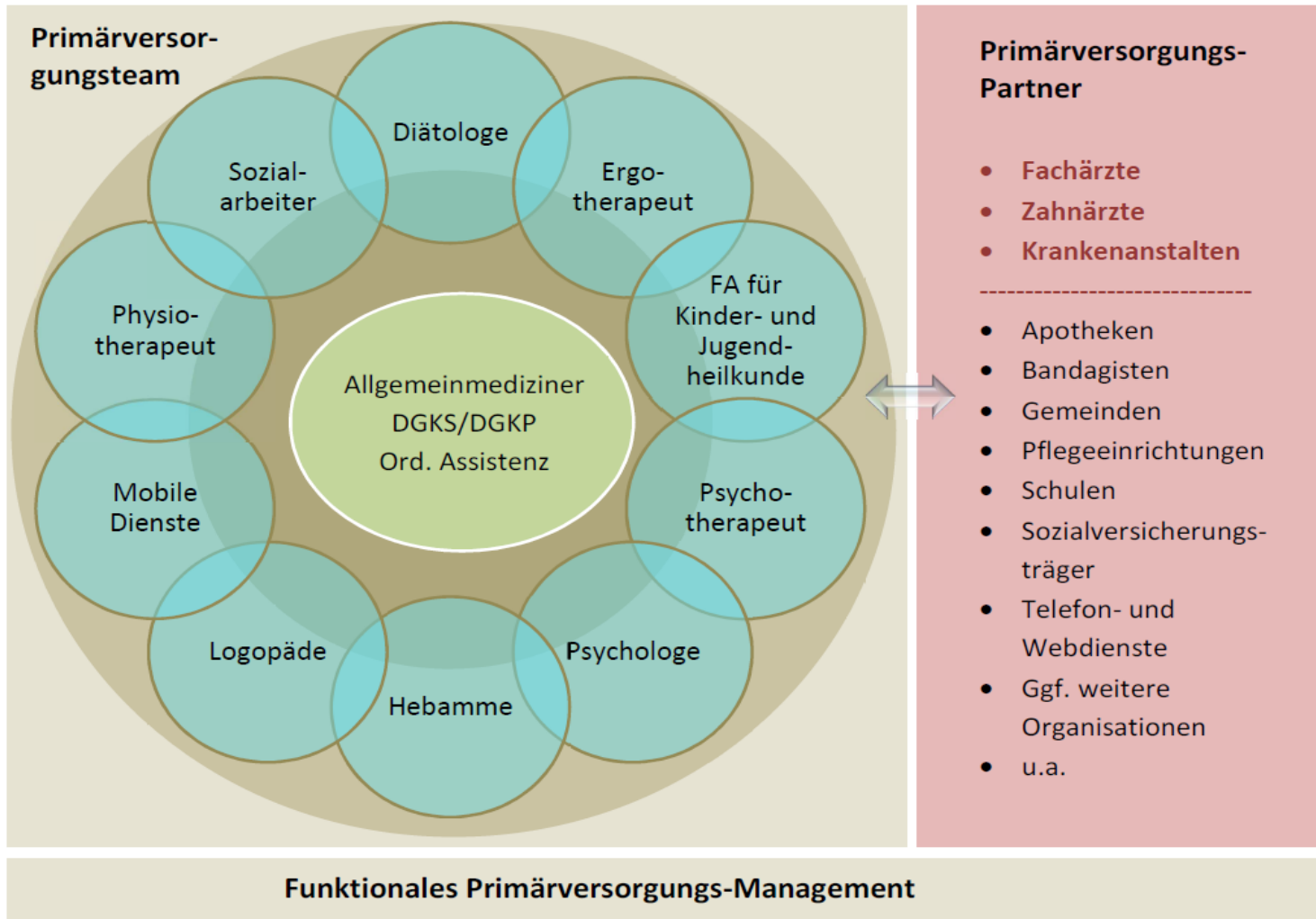


oder

Standortübergreifendes
Netzwerk



Berufsgruppen in den neuen PV-Modellen



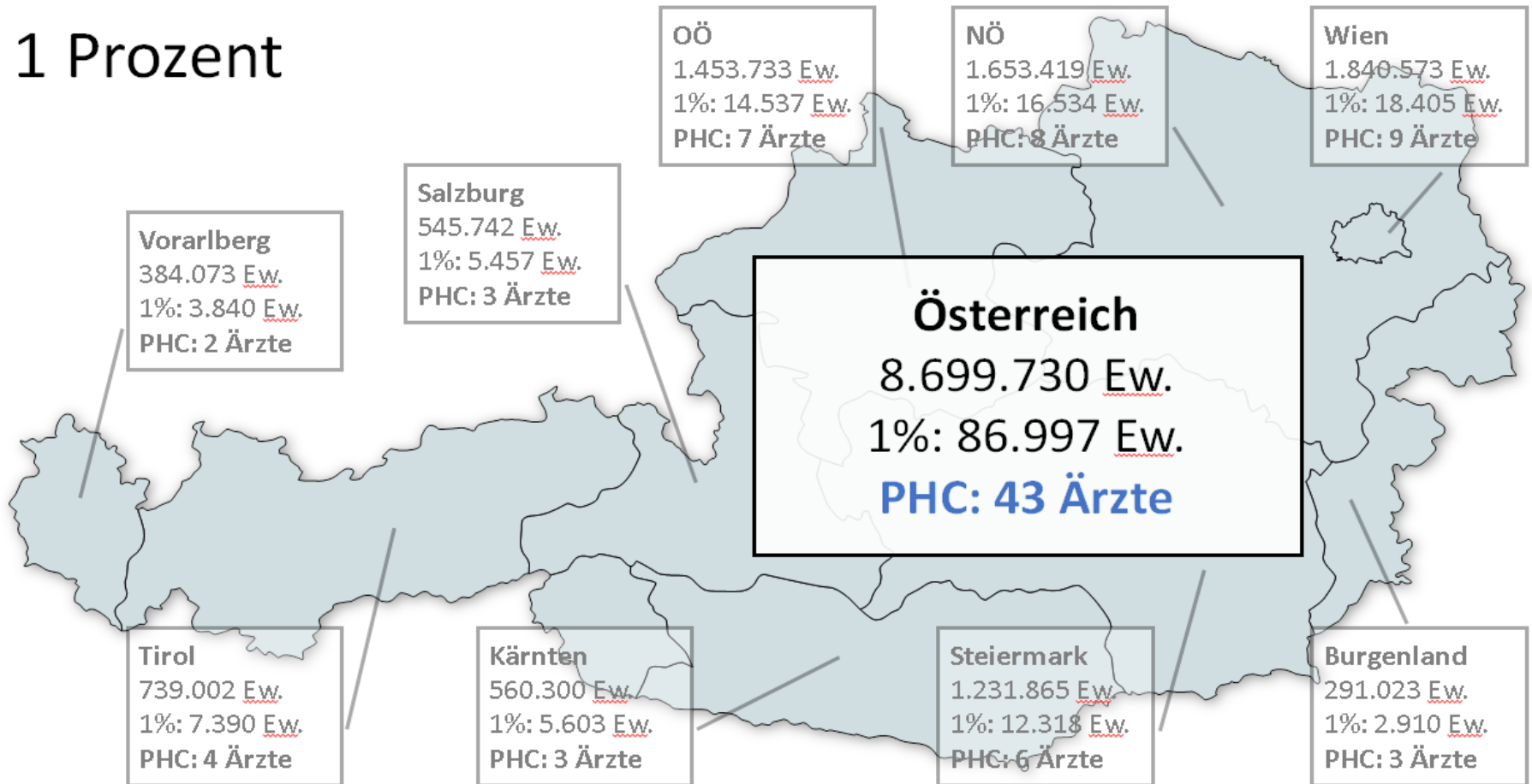
Quelle:
Bundeskonzzept zur
Primärversorgung

Anmerkung:

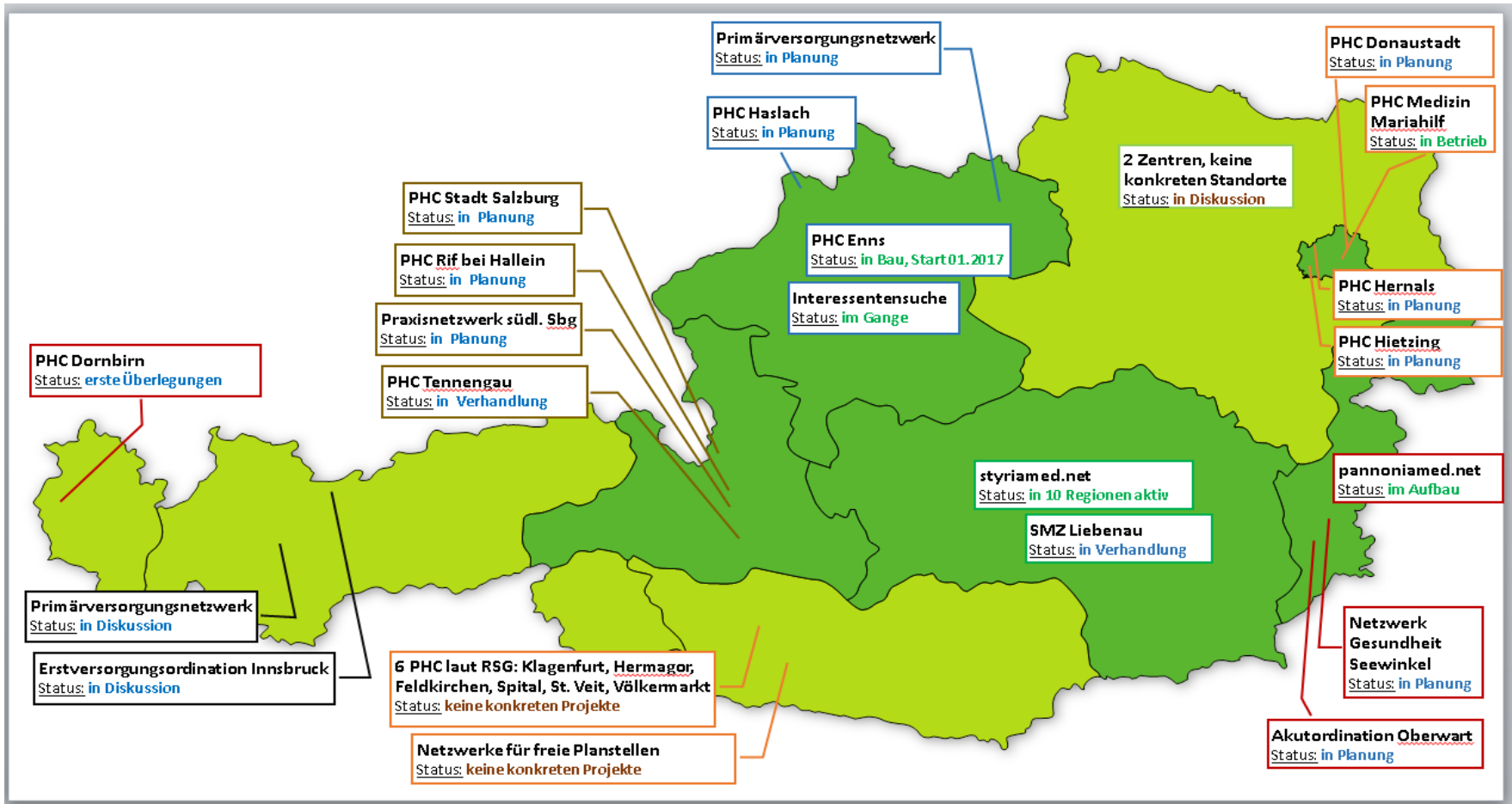
- Zusammensetzung des PV-Teams muss auf die regionalen Erfordernisse abgestimmt sein.
- Verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit ist in einem Organisationskonzept zu regeln.

Ausbau der PV in Österreich: Ziel & Wirklichkeit

1 Prozent



Ausbau der PV in Österreich: Ziel & Wirklichkeit

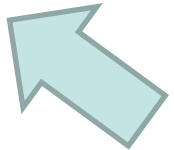




PV-Modell Enns (1)

PV-Modell Enns zwischen Projektwerber, SV, ÄK für OÖ, und Land OÖ ausverhandelt. Eckpfeiler:

- Start: Anfang 2017
- Teamzusammensetzung:
 - 5 Allgemeinmediziner, 2 DGKS, 4,5 Ord. Assistentinnen, 1 Psychologe, 2 Physiotherapeuten und 1 PV-Manager
 - Teilzeit: Sozialarbeiter, Diätologe, Ergotherapeut, Logopäde, Hebamme
- Rechtsform:
 - Ärzte GmbH
 - Einbindung erweitertes PV-Team: über Anstellungsverhältnis oder Zukauf der Leistung
- Standort: ehemaliges Hallenbadgelände in Enns (Neubau)



PV-Modell Enns (2)

Was hat der Patient / die Patientin davon?

- **Erweiterte Öffnungszeiten:
(64 Wochenstunden + Teilnahme am HÄND)**
 - MO-FR von 07-19 Uhr und zusätzlich an 2 Tagen bis 21 Uhr
 - Einbindung in den Hausärztlichen Notdienst (HÄND) damit 24/7
- **Erweitertes Leistungsangebot:**
 - Umfassende koordinierte Betreuung
 - Erhöhte Zusammenarbeit zwischen den Anbietern
 - Verstärkte Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote (z.B. Rückenschule, Burn-out-Prophylaxe, proaktive Hausbesuche bei chronisch Kranken, präventiv)
 - Beratungstätigkeit zur Stärkung der Gesundheitskompetenz
 - Optimierte Wundversorgung
 - Kleine chirurgische Eingriffe etc.





PV-Modell Enns (3)

■ Honorierungsform

- In der Einführungsphase Pauschalhonorierung durch Sozialversicherung und Land OÖ auf Basis:
 - einer Einkommensgarantie für Ärzte (bisheriges Einkommen + 5%)
 - einer Abgeltung der tatsächlichen Kosten
- Anschubfinanzierung (für EDV und Umzug)
- PV-Manager für vorerst 3 Jahre



PV-Modelle

- **Finanzierung der Piloten**
 - Pauschalhonorierung: 65% des **Mehraufwandes** SV – 35% Land
 - Anschubfinanzierung in Höhe von € 90.000,--:
25% SV – 75% Land
 - PV-Manager: 50% SV – 50% Land
 - SV-Aufteilung nach Versichertenschlüssel
- **Endgültige Finanzierung** lt. Evaluierungsergebnissen
- **Dauer** der Piloten: 5 Jahre

Eckpfeiler eines PV-Netzwerkes (1)



Grundsätzlich identisch mit den Eckpfeilern einer PV-Einrichtung an einem Standort (analog Enns), mit folgenden Besonderheiten:

- Arztstellen und andere Berufsgruppen verteilen sich auf verschiedene Standorte (auch das Kernteam kann sich auf mehrere Standorte verteilen, indem eine DGKS mehreren Ärzten zugeordnet ist)
- Erhöhte Anforderungen im Bereich Vernetzung, Kommunikation, Zusammenarbeit, Öffentlichkeitsarbeit (Netzwerkmanagement, abgestimmte Informations- und Kommunikationstechnologie)

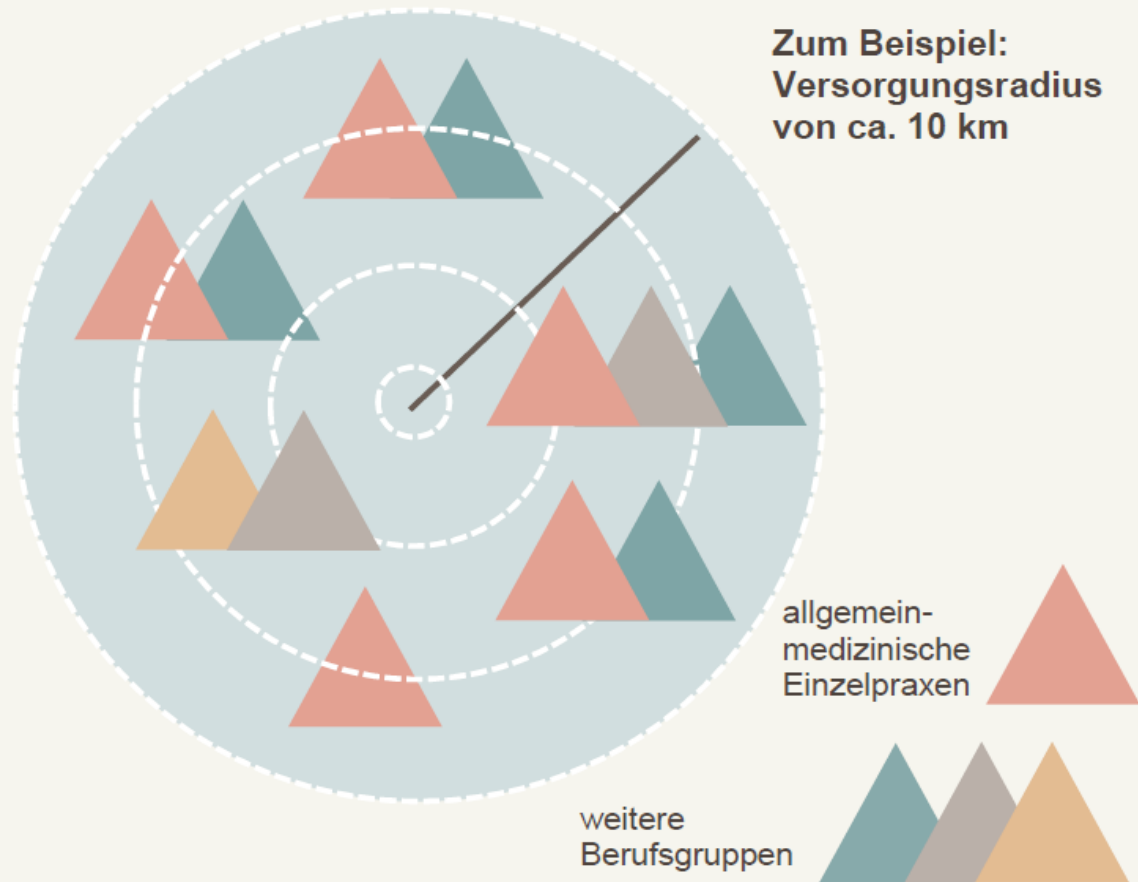
Eckpfeiler eines PV-Netzwerkes (2)

- Bisherige Einzelpraxen in Gemeinden können allenfalls auf Zweitordinationen (ZWO) reduziert werden oder überhaupt entfallen, ohne dass es dadurch zu einer Verschlechterung der Versorgung kommt (durch Einbezug anderer Berufsgruppen, aufsuchende Dienste, etc.)
- Mögliche Konzentration von gemeinsam nutzbarer und definierter Infrastruktur auf einzelne Standorte, z.B. EKG, Spirometrie, etc.



Versorgungsregion eines PV-Netzwerkes

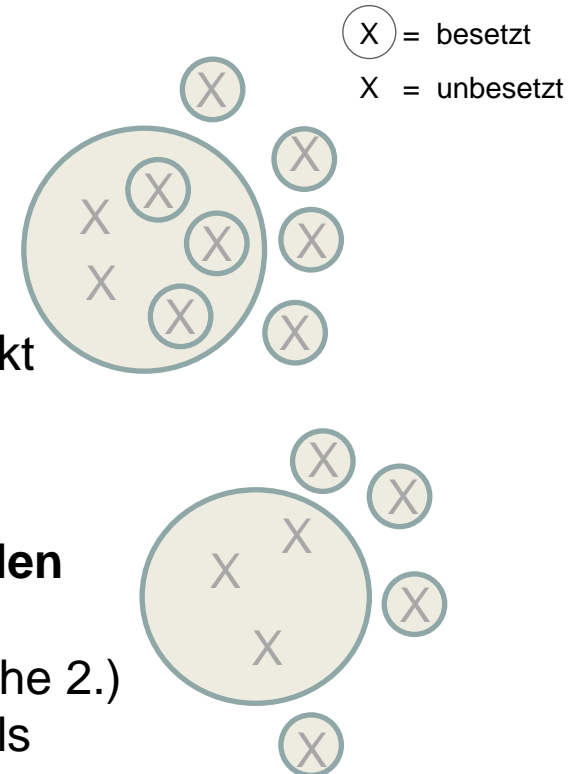
- PV-Netzwerke versorgen eine zusammenhängende Region
- In vielen Fällen können in einem Umkreis von z.B. ca. 10 km mehrere allgemeinmedizinische Einzelpraxen und andere Berufsgruppen zusammengefasst werden
- Ein effizientes und effektives PV-Netzwerk versorgt ca. 10.000-15.000 Personen
- Großteil der Personen erreicht das PV-Netzwerk in ca. 10-15 Minuten mit dem PKW



Implementierung von PV-Netzwerken



1. **Bestehende Vertragsärzte** einer Region schließen sich zu einem PV-Netzwerk zusammen und gliedern andere Berufsgruppen ein
2. Folgende Situation in einer Region:
z.B. von 5 Vertragsarztstellen in einer Region sind 3 Stellen besetzt und **2 Stellen können nicht nachbesetzt werden** → PV-Netzwerk deckt Fehlbedarf
3. Regionale Situation, dass z.B. **3 Vertragsarztstellen nicht mehr nachbesetzt** werden können
→ Abdeckung über umliegende Vertragsärzte (siehe 2.)
→ Ausschreibung eines ganzen PV-Netzwerkes als ärztliche Gruppenpraxis





Ausbau der PV in Oberösterreich

- **Interessensuche** läuft
- Allfällige Projektwerber legen **Konzept** den Financiers (OÖGKK und Land) vor
- **Prüfung** auf Bedarf und Konzeptkonformität und grundsätzliche Rückmeldung durch Financiers an Projektwerber
- **Verhandlung** zwischen Projektwerber unter Einbindung der ÄK für OÖ und allenfalls sonstigen Interessensvertretungen mit OÖGKK und Land OÖ
- Ziel ist ein **Vertrag** zwischen der OÖGKK (für die OÖ Krankenversicherungsträger) und dem PV-Modell

Fördernde bzw. hemmende Faktoren für PV-Modelle



Fördernde Faktoren:

- **Engagierte Initiatoren**
- **Politischer Wille aller Stakeholder**
- **Unterstützung der Ärztekammer**
- **Finanzierungsvereinbarung zwischen SV und Land**
- **Faires und motivierendes Honorierungsmodell**
- **Unterstützung durch die Gemeinden**

Fördernde bzw. hemmende Faktoren für PV-Modelle



Hemmende Faktoren:

- **Unsicherheit hinsichtlich rechtlicher Rahmenbedingungen**
- **Angst vor dem „Neuland“ (keinerlei Erfahrungswerte)**
- **Widerstand seitens der Interessensvertretungen**
- **Fehlendes Know-how zur praktischen Umsetzung (gesellschaftsrechtliche, ökonomische Fragen, etc.)**

Weiterführende Literatur

- Rehber, E. / Kerzner, M. (2015): Ärzteschwemme versus Ärztemangel in Österreich - eine Analyse der medialen Öffentlichkeit der vergangenen 20 Jahre, in: Soziale Sicherheit, Ausgabe 5, 2015, S. 215-223.
- Kiesel, F. (2015): Ärztemangel oder Nachbesetzungsprobleme bei Arztstellen: Nur ein semantischer Unterschied? in: Soziale Sicherheit, Ausgabe 5, 2015, S. 224-227.
- Kiesel, F. (2015): Sichtbarkeit von APN in neuen Versorgungsformen am Beispiel Primary Health Care, in: Tagungsband 2015: Kongress Advanced Nursing Practice - Förderung der Sichtbarkeit der Pflege durch APN, Linz, S. 9-13.
- Bundeskonzept zur Stärkung der Primärversorgung (2014): „Das Team rund um den Hausarzt“ - Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich (beschlossen in der B-ZK).
- Brouwer, W. / De Maeseneer, J. / et al. (2014): Expert Panel on effective ways of investing in health - Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems, European Commission.
- Kringos, D. / Boerma, W. / Hutchinson, A. / Saltman R. (2015): Building primary care in a changing Europe, The European Observatory on Health Systems and Policies, UK.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Für weiterführende Fragen
stehe ich gerne zur Verfügung!