



© Cello Armstrong - Fotolia.com

Der „Hausarzt neu“

Bausteine für den Weg zu einer hausarztbasierten medizinischen Primärversorgung

Der Begriff des Hausarztmodells wird in Österreich zunehmend in den Medien sichtbar. So forderte der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger bereits im Jahr 2010 in seinen strategischen Handlungsoptionen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens, dass die „Aufgaben des Allgemeinmediziners [...] neu zu definieren“ sind und dass Allgemeinmediziner künftig im Rahmen von Disease-Management-Programmen die Funktion eines verantwortlichen Gesundheitskoordinators übernehmen sollen.¹ Öffentlichkeitswirksam stellte zuletzt auch die Österreichische Ärztekammer Ende 2011 in einer Studie fest, dass durch ein Hausarztmodell erhebliche Rationalisierungspotenziale im österreichischen Gesundheitswesen gehoben werden könnten. Dabei wurde durch „einfache Multiplikation“ berechnet, dass durch ein gezielte-

res Management durch das von der Ärztekammer propagierte „Vertrauensarztmodell“² ein Einsparungspotenzial von 335 Millionen Euro möglich wäre. Dazu müssten sich Patienten lediglich freiwillig bereit erklären, zunächst einmal ihren Arzt des Vertrauens – der Allgemeinmediziner oder Facharzt sein kann – aufzusuchen und nicht mehr direkt und ungezielt Fachärzte und Spitalsambulanzen anzusteuern.³

Die Ärztekammer setzt damit erfreulicherweise wie auch andere Stakeholder⁴ an der bereits im Jahr 2008 von der WHO in ihrem World Health Report zum Thema „Primary Health Care: Now More Than Ever“ aufgezeigten Kritik an den unzureichenden Fortschritten in der Primärversorgung in entwickelten Gesundheitssystemen und – damit verbunden – an dem Problem der zunehmenden



Dr. Timo Fischer
leitet die Abteilung für evidenzbasierte wirtschaftliche Gesundheitsversorgung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger.

- 1 Vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Masterplan Gesundheit – Einladung zum Dialog, Wien, November 2010, http://www.hauptverband.at/mediaDB/730577_Masterplan%20Gesundheit_Langfassung.pdf (abgerufen am 20.1.2012).
- 2 Vgl. Österreichische Ärztekammer, Pressemappe zum Pressegespräch am 21. Juli 2010: „Hausarzt im Zentrum – neues Modell macht Gesundheitssystem humaner“, <http://www2.aerztekammer.at/index.php?id=00000000020100721132525&type=module&noedit=true> (abgerufen am 18.1.2012).
- 3 Vgl. APA-Meldung vom 28.12.2011: „Experten-Berechnung: Hausarztmodell würde Gesundheitswesen entlasten“; Wiener Zeitung vom 29.9.2012: „Hausarztmodell hilft sparen – 335 Millionen Euro Ersparnis durch Wegfall von Ambulanzbesuchen“, S. 9; Salzburger Nachrichten vom 29.9.2012: „Studie: Mehr Hausärzte entlasten Spitäler“, S. 2.
- 4 Vgl. z. B. Regierungsprogramm der XXIV. Gesetzgebungsperiode, S. 173 und 183 sowie FN 1.



Die Literatur zeigt, dass Versorgungssysteme mit einer starken Stellung des Hausarztes geeignet sind, eine kontinuierliche und umfassende Versorgung der Patienten, die mit besseren klinischen Ergebnissen und niedrigeren Kosten korreliert, zu gewährleisten.

Spezialisierung an.⁵ Es erscheint vor dem Hintergrund der Erfahrungen in anderen Gesundheitssystemen jedoch absehbar, dass ein freiwilliges Vertrauensarztmodell ohne Veränderung weiterer Rahmenbedingungen im österreichischen Gesundheitssystem weder enorme Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben noch Fortschritte in der Primärversorgung (wie z. B. Qualitätsverbesserungen für Patienten) mit sich zu bringen vermag.⁶ Es erscheint daher sinnvoll, auch über Änderungen der systemischen Rahmenbedingungen⁷ nachzudenken, die eine Neuausrichtung der hausarztbasierten medizinischen Primärversorgung⁸ zu einer Innovation machen. Im vorliegenden Beitrag sollen einige dafür hilfreiche Bausteine vorgestellt werden.⁹

1 Der „Hausarzt neu“: Ziele

Die Literatur zeigt, dass Versorgungssysteme mit einer starken Stellung des Hausarztes geeignet sind, eine kontinuierliche und umfassende Versorgung der Patienten, die mit besseren klinischen Ergebnissen und niedrigeren Kosten korreliert, zu gewährleisten.¹⁰ Aus Sicht der Autoren sollten ebendiese in der Literatur beschriebenen Effekte durch eine hausarztbasierte medizinische Primärversorgung auch im österreichischen Gesundheitssystem realisiert werden. Konkret sollten mit einer Einführung eines „Hausarztes neu“ die folgenden Zielsetzungen verfolgt werden.

1. Bessere Führung von Patienten durchs Gesundheitssystem und Erhöhung der Betreuungskontinuität (z. B. durch Übernahme der Gesamtbehandlungsverantwortung insbesondere für chronisch Kranke durch den Hausarzt).
2. Steigerung der Versorgungsqualität (z. B. durch

Einführung von Qualitätssicherungsinstrumenten, vermehrte Anwendung von Leitlinien vor allem im Bereich chronischer Erkrankungen).

3. Einbindung von Public-Health-Ansätzen in die hausarztbasierte medizinische Primärversorgung (z. B. durch vermehrte Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen).
4. Sicherstellung einer kontinuierlichen flächendeckenden Versorgung und Steigerung der Servicequalität im niedergelassenen Bereich (z. B. durch Orientierung der Öffnungszeiten am Bedarf der Patienten und Vernetzung der Leistungserbringer).
5. Förderung eines bedarfsorientierten Leistungsangebots.
6. Erschließung von Effizienzpotenzialen (z. B. durch Verringerung der Facharztkontakte bzw. Ambulanzkontakte und zielgerichteter Verordnung von Arzneimitteln).
7. Schaffung eines Angebots für die Versorgung chronisch kranker Menschen (Hintergrund dazu ist, dass das österreichische Gesundheitswesen stark akutmedizinisch ausgerichtet ist, ein konkretes Angebot für Chroniker beschränkt sich derzeit auf ein Disease-Management-Programm für Diabetiker).

In Anbetracht der hohen Gesundheitsausgaben des österreichischen Systems¹¹ sollten die finanziellen Zielsetzungen darauf ausgerichtet sein, dass durch eine hausarztbasierte medizinische Primärversorgung keine zusätzlichen Ausgaben, sondern vielmehr Einsparungen entstehen. Es erschiene schließlich widersprüchlich und würde einer Good Governance widersprechen, wenn durch eine Systemoptimierung für den Bürger, der schließlich

5 World Health Organization: The World Health Report 2008 – Primary Health Care: Now More Than Ever, 2008, <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html> (abgerufen am 20.1.2012).

6 In einem Evidenz-Report zeigen Haller/Garrido/Busse anhand von Übersichtsarbeiten, dass eine hausarztorientierte Versorgung eine kosteneffektivere Versorgung ermöglichen kann. Sie schränken jedoch ein, dass ein Mangel an qualitativ hochwertigen gesundheitsökonomischen Evaluationen zu Vergleichen zwischen einer hausarztorientierten und einer spezialistenbasierten Versorgung besteht (vgl. Haller/Garrido/Busse: Hausarztorientierte Versorgung: Charakteristika und Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung, Ein Evidenz-Report, Berlin 16.2.2009).

7 Neben den systemischen Rahmenbedingungen könnten als weitere Rahmenbedingungen z. B. auch das Verhalten der Patienten und Ärzte (Interaktion) oder die Praxisorganisation angeführt werden. Diese werden im vorliegenden Beitrag jedoch nicht behandelt. Das Konzept der Primärversorgungspraxen setzt z. B. an diesen Punkten an und bietet auch Antworten auf derartige Fragestellungen (vgl. etwa Beyer/Gerlach/Erler: Primärversorgungspraxen – ein Konzept zur Entwicklung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland, Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ), 105 (2011), S. 563–570).

8 Zum Begriff vgl. Ottendörfer, Bettina: Stellenwert der ärztlichen Primärversorgung, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse – Gesundheitswissenschaften Dokument Nr. 32, Linz 2011 (http://www.oegkk.at/mediaDB/791318_Dokument%2032%20mit%20Deckblatt.pdf, abgerufen am 20.1.2012).

9 Die Ausführungen basieren auf den Ergebnissen eines Projektes der Sozialversicherung zur Neuorientierung der hausarztbasierten medizinischen Primärversorgung, an dem verschiedene Krankenversicherungsträger und der Hauptverband beteiligt waren.

10 Vgl. z. B. Sonntag B.: Brauchen wir ein hausarztzentriertes Versorgungssystem? Z Allg Med 2005/81, S. 499–502.

11 Im Jahr 2009 erreichten die Gesundheitsausgaben bereits 11 % des BIP (vgl. Statistik Austria: Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (OECD) vom 28.1.2011).



Mag. (FH) Matthias Schauppenlehner

ist Mitarbeiter des Competence Centers Integrierte Versorgung (CCIV) und der Abteilung „Gesundheitspolitik und Prävention“ der Wiener Gebietskrankenkasse.



das Gesundheitswesen durch Beiträge und Steuern finanziert, zusätzliche finanzielle Belastungen entstehen würden. Vielmehr wäre eine derartige Systemoptimierung durch Ressourcenverschiebungen aufwandsneutral zu realisieren (z. B. durch eine Umverteilung von Ressourcen vom fachärztlichen und/oder intramuralen zum hausärztlichen Bereich). Dies könnte auch durch die Einführung von neuen, leistungsgerechten Vergütungsformen (z. B. Pauschalvergütungen für umfassende Dienstleistungen oder Krankheitsepisoden) realisiert werden. Im Zuge eines neuen Vergütungssystems könnten durch die Krankenversicherung zudem weitere Anreize für eine Verbesserung der Versorgung gesetzt werden.

2 Bausteine für eine hausarztbasierte medizinische Primärversorgung

Der Begriff des Hausarztmodells ist in Österreich bislang ein Wiesel-Wort: Eine leere Hülle, wie sie Wiesel nach dem Aussaugen eines Eies hinterlassen. Die folgenden Bausteine (siehe Abbildung 1) sollen jedoch einen Beitrag dazu leisten, einer hausarztbasierten medizinischen Primärversorgung in Österreich mehr Inhalt zu verleihen. Die Ausführungen basieren auf einer Analyse der international gängigen Konzepte zur Primärversorgung (z. B. EU-Konzept zur Primärversorgung, Bellagio-Modell, Patient-Centered Medical Home, Primärversorgungspraxen...), die z. B. im Sondergutachten „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des län-

geren Lebens“ des deutschen Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen im Jahr 2009 überblicksartig aufgearbeitet wurden.¹²

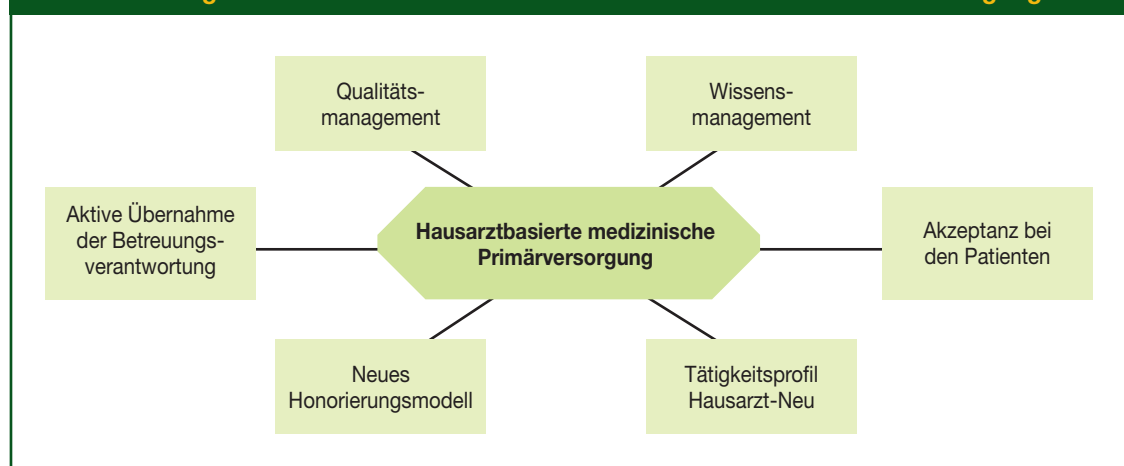
2.1 Tätigkeitsprofil des „Hausarztes neu“

Wesentlich für eine Neuorientierung der hausarztbasierten medizinischen Primärversorgung erscheint ein klares Rollenbild des Hausarztes, das im Rahmen eines Tätigkeitsprofils abgebildet werden kann. Dies bringt eine Reihe von Vorteilen für unterschiedliche Stakeholder mit sich. So stellt ein Tätigkeitsprofil die Rolle des Hausarztes im Versorgungssystem klar dar und kann dem Hausarzt als Richtschnur für sein Selbstverständnis, seinen Zuständigkeitsbereich sowie sein Handeln dienen. Daneben verschafft es außerdem dem Patienten Klarheit darüber, mit welchen Problemen er sich an seinen Hausarzt wenden kann – schließlich ist die Versorgung von Hausarzt zu Hausarzt derzeit oftmals unterschiedlich und für den Patienten wenig transparent und nachvollziehbar.¹³ Letztlich erleichtert ein klares Tätigkeitsprofil des Hausarztes auch den Krankenversicherungsträgern, einen bedarfsorientierten Leistungseinkauf zu tätigen, da bessere Transparenz über das zu erbringende Leistungsgeschehen herrscht.

In folgender Abbildung 2 findet sich eine Empfehlung, wie ein Tätigkeitsprofil für einen „Hausarzt neu“ aussehen könnte. Diese fußt sowohl auf dem breiten Konsens über eine Reihe von Kriterien, die ein idealtypischer Hausarzt aus Sicht von nationalen (z. B. ÖGAM¹⁴, DEGAM¹⁵) und internationa-

Wesentlich für eine Neuorientierung der hausarztbasierten, medizinischen Primärversorgung ist ein klares Rollenbild des Hausarztes.

Abbildung 1: Bausteine der hausarztbasierten medizinischen Primärversorgung



12 Vgl. das Kapitel „Ausgewählte Konzepte für eine generationen- und populationsbezogene Versorgung“ des Sondergutachtens 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens.

13 Vgl. Fischer/Schauppenlehner/Schmid: 5 typische Wege ins Gesundheitssystem – die Rolle des Hausarztes in der Versorgungskette, Soziale Sicherheit, 10/2011, S. 470–482 oder Unterschiede in Gesamtverträgen und Honorarordnungen der Krankenversicherungsträger.

14 Vgl. ÖGAM: Grundsatzpapier der ÖGAM zu einer Neuorientierung des österreichischen Gesundheitssystems, <http://www.oegam.at/ueber-uns/grundsatzpapiere/grundsatzpapiere/> (abgerufen am 20.1.2012).

15 Vgl. DEGAM: Fachdefinition der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM), zitiert nach Sonntag, B.: Brauchen wir ein hausarztzentriertes Versorgungssystem? Z Allg Med 2005/81, S. 450 und <http://www.degam.de/index.php?id=303> (abgerufen am 20.1.2012).



len (z. B. WONCA¹⁶) Berufsorganisationen erfüllen sollte, auf allgemeinmedizinischer Lehrmeinung¹⁷ sowie der Meinung von Experten des österreichischen Gesundheitswesens. Dabei ist zu beachten, dass einzelne Tätigkeiten nicht nur vom Arzt, sondern auch von einem ausgebildeten Praxisteam übernommen werden sollten. Um die

Tätigkeiten ausführen zu können, muss sowohl der Allgemeinmediziner als auch das Praxisteam dazu im Rahmen von Aus- und Weiterbildungsprogrammen befähigt sein bzw. werden. Derzeit scheint es wenig Wissen darüber zu geben, ob österreichische Allgemeinmediziner die nötigen Qualifikationen dafür mitbringen.¹⁸

17 Vgl. z. B. Kochen, Michael: Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Thieme, Stuttgart; 2. Auflage; (April 2006), zitiert nach Sonntag, B.: Brauchen wir ein hausarztzentriertes Versorgungssystem? Z Allg Med 2005/81, S. 450.

18 Vgl. dazu die Ausführungen von Glehr, Reinhold: Medizinische Generalisten notwendiger denn je, ÖGAM-News vom 3.1.2012: „Eine spezielle Ausbildung ist dafür [Anmerkung: z. B. für die frühe und richtige Zuordnung von Beschwerden, die Ermöglichung richtiger Diagnose- und Behandlungswege ohne Umwege, zum richtigen Zeitpunkt, auf der besten Leistungsebene, für die psychosoziale Begleitung von Menschen, die Gewährleistung einer personenorientierten Medizin, und die qualitätsvolle Prävention] notwendig, eine Ausbildung, die auch den Entwicklungen der letzten Jahrzehnte in der Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin Rechnung trägt. Die Reform der Ausbildung ist im Gang [...]“ (http://www.ogam.at/aktuelles/aktuelles/artikel/?tx_ttnews%5Byear%5D=2012&tx_ttnews%5Bmonth%5D=01&tx_ttnews%5Bday%5D=03&tx_ttnews%5Btt_news%5D=28&cHash=087ee5d8e61230deef0aaa65481c9d50, abgerufen am 20.1.2012).

Abbildung 2 – Tätigkeitsprofil des „Hausarztes neu“

1) Erster Ansprechpartner für ein Gesundheitsproblem

KONKRETE TÄTIGKEITEN:

- Triage: Anamnese, klinische Untersuchung, Erkennen abwendbar gefährlicher Verläufe
- Aufklärung und Gespräch über weiteres Vorgehen
- Befundsammlung, Arzneimittelmanagement, Zuweisungsmanagement (Lotsenfunktion)
- elektronische Vernetzung
- Hausbesuche

2) Rationale und evidenzbasierte Diagnostik und ausreichende und zweckmäßige Behandlung

KONKRETE TÄTIGKEITEN:

a) Akute Erkrankungen

- Abklärung einfacher und komplexer Krankheiten mit rationaler Stufendiagnostik (Anamnese, klinischer Befund, ggfs. Watchful Waiting oder weitere technische Untersuchungen oder Überweisung)
- interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Gespräch
- Verordnungen
- Behandlung

b) Chronische Erkrankungen

- strukturierte Betreuung chronisch Kranker
- Therapiemanagement: Gespräch, Verordnungen, Follow-up, Monitoring
- Schulung für Selbstmanagement (delegierbar)
- interdisziplinäre Zusammenarbeit (Zu- und Überweisungen)

c) Definierte Spezialisierungen

- anerkannte Spezialisierungen (DFP-Diplome, z. B. Psychotherapie, Geriatrie)
- operative Leistungen
- invasive Diagnose- und Therapieverfahren
- interdisziplinäre Zusammenarbeit

3) Evidenzbasierte Prävention (Primär- und Sekundärprävention)

KONKRETE TÄTIGKEITEN:

- Risikostratifikation
- (Initiierung von) Beratung und Schulung
- Vorsorgeuntersuchungsprogramm
- Früherkennungsuntersuchungen
- Impfungen
- Organisation der Tertiärprävention

4) Sozialpsychologisches Management

KONKRETE TÄTIGKEITEN:

- Aufklärung der Angehörigen und Patienten
- Psychosoziale Grundversorgung
- Kooperation mit sozialen Netzen
- Zusammenarbeit – gezielte Zuweisung

5) Aus- und Fortbildung

KONKRETE TÄTIGKEITEN:

- Ausbildung
- kontinuierliche Fortbildung

6) Lehre

KONKRETE TÄTIGKEITEN:

- Führung einer Lehrpraxis
- Ausbildung von Turnusärzten



© dondoc-foto - Fotolia.com

Quelle: Medizinischer Beirat des Projektes zur Neuorientierung der hausarztbasierten medizinischen Primärversorgung

16 Vgl. WONCA Europe: The european definition of general practice/family medicine. Prepared for WONCA EUROPE (The European Society of General Practice/Family Medicine), Edition 2011, zitiert nach Sonntag, B.: Brauchen wir ein hausarztzentriertes Versorgungssystem? Z Allg Med 2005/81, S. 450 und <http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/Version%202011/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf> (abgerufen am 20.1.2012).



© Perry - Fotolia.com

Der „Hausarzt neu“
als erster
Ansprechpartner in
Gesundheitsfragen.

2.2 Aktive Übernahme der gesamten Betreuungsverantwortung

Mit der aktiven Übernahme der gesamten Betreuungsverantwortung für einen Patienten durch einen Hausarzt werden sowohl positive Qualitäts- als auch Wirtschaftlichkeitseffekte für das gesamte Versorgungssystem assoziiert.¹⁹ Als konkretes Instrument für die Übernahme einer Betreuungsverantwortung werden meist Listenmodelle genannt, in denen sich Patienten bei ihrem Hausarzt mittels Einschreibung in eine Patientenliste registrieren. So könnte auch der österreichische „Hausarzt neu“ als erster Ansprechpartner im Gesundheitswesen institutionalisiert werden. Dabei bliebe auch die freie Arztwahl in dem Sinne erhalten, dass der „Hausarzt neu“ mit einer zeitlichen Mindestbindung frei gewählt werden kann. Die vieldiskutierte Sinnhaftigkeit einer Regelung des Facharztzuganges (oder auch die Regelung der freien Wahl der Versorgungsebene) lässt sich anhand eines Beispiels veranschaulichen. Wer in Österreich an einer Augenkrankheit leidet, kann einen Augenarzt aufsuchen, ohne vorher seinen Hausarzt kontaktieren zu müssen. Leidet ein Patient hingegen an Schwindelzuständen, hat er die Qual der Wahl zwischen Internisten, Neurologen, Orthopäden oder eben seinem Hausarzt und wird mit der Anzahl der Möglichkeiten aller Voraussicht nach überfordert sein.²⁰ Die aktive Übernahme der Betreuungsverantwortung durch den „Hausarzt neu“ als Lotsen und damit die Einschränkung der freien Wahl der Versorgungs-

ebene, die nicht mit einer Einschränkung der freien Arztwahl zu verwechseln ist, kann folglich anschaulich argumentiert werden.

Bei der Einführung eines Listenmodells gilt es, trotz des einfachen Beispiels auch die Effekte dieser Art des „Gatekeepings“ sachlich zu diskutieren und sorgfältig zu evaluieren. Insbesondere sollten dabei die besonderen Rahmenbedingungen und Problemlagen des österreichischen Gesundheitswesens betrachtet werden – z. B. der wesentlich höhere Anstieg der Anzahl der Fachärzte gegenüber dem Anstieg der Anzahl der Allgemeinmediziner in den letzten Jahren. Als Grundlage für eine sachliche Diskussion kann auf eine umfangreiche Literatur- bzw. Studienbasis zurückgegriffen werden, in der die Effekte von Gatekeeping durch Hausärzte im Vergleich zu Modellen des freien Zugangs zu spezialisierter gesundheitlicher Versorgung untersucht werden. Wertvoll in dieser Diskussion erscheint insbesondere ein rezenter Review aus Deutschland. Nach Auskunft der Autoren des Reviews gibt die vorliegende Evidenz Hinweise darauf, dass keine Unterschiede in den Gesundheitsergebnissen und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patienten zwischen Versorgungssystemen mit Gatekeeping und solchem mit freiem Zugang bestehen. Daneben kann nach den Studienautoren die Frage, ob Gatekeeping die Zufriedenheit der Patienten und die Prozessqualität der Versorgung beeinflusst, aufgrund uneinheitlicher Ergebnisse sowie einer zu geringen Anzahl von Studien von noch dazu geringer Qualität nicht beantwortet werden. Es gibt jedoch Hinweise auf eine geringere Zufriedenheit der Patienten in Gatekeeping-Modellen im Vergleich zu Modellen des freien Zugangs. Der Review liefert außerdem Anhaltspunkte dafür, dass Gatekeeping die Inanspruchnahme der ambulanten fachspezialisierten Versorgung sowie die Gesamtgesundheitsausgaben pro Kopf und die Ausgaben für die ambulante spezialisierte Versorgung senkt. Die Richtung der Effekte zu anderen Parametern für die Nutzung spezialisierter Leistungen ist laut Autoren des Reviews in den Studien uneinheitlich (Krankenhaus, Notaufnahme, Arzneimittel, diagnostische Leistungen) oder zeigt keinen Unterschied (Verweildauer im Krankenhaus), erneut bei schwacher Evidenzgrundlage.²¹

Listenmodelle sind in anderen europäischen Gesundheitssystemen gang und gäbe. Sie sind in der Regel auf bestimmte Patientenzahlen beschränkt

19 Vgl. z. B. Kringos et al.: The Breadth of Primary Care: A Systematic Literature Review of Care Dimensions, BMC Health Service Research, 2010/10, S. 65.

20 Zum genannten Beispiel vgl. Sonntag, B.: Brauchen wir ein hausarztzentriertes Versorgungssystem? Z Allg Med 2005/81, S. 450.

21 Vgl. Zentner/Garrido/Busse: Effekte des Gatekeepings durch Hausärzte, systematischer Review für das Sondergutachten „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Berlin 18.12.2008, S. 101 f.



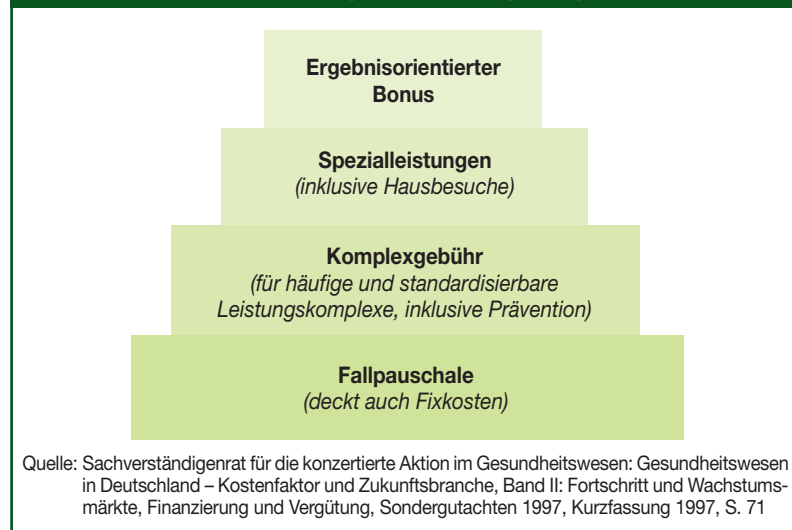
wobei der Arzt die Versorgungsverantwortung für die registrierten Patienten übernimmt, erster Ansprechpartner für ein Gesundheitsproblem (Gesundheitskoordinator) ist und den Patienten eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung zukommen lässt. Der Arzt ist verpflichtet, jeden Patienten in „seine Liste“ aufzunehmen, d. h., es darf keine Risikoselektion von Seiten der Ärzte geben. Hinsichtlich des österreichischen „Hausarztes neu“ sollte für den Patienten ein Wechsel seines Hausarztes innerhalb einer angemessenen Frist möglich sein. Es könnten dabei jedoch Ausnahmen definiert werden, wie z. B. bei Umzug des Patienten oder bei Verdacht auf Patientenselektion.

2.3 Neues Honorierungsmodell

Ein Honorierungssystem kann verschiedene Anreize für die Hausärzte setzen und damit eine Vielzahl von Elementen für die Ausrichtung einer hausarztbasierten medizinischen Primärversorgung beeinflussen. Grundsätzlich verfügt jede Honorierungsform durch ihr inhärentes Anreizsystem über Stärken und Schwächen (z. B. neigt der Arzt bei Einzelleistungsvergütung zur Ausweitung der Menge, während der angestellte Arzt dazu neigt, seine Tätigkeit auf das medizinisch Notwendigste zu beschränken). In einem modularen Honorierungssystem lassen sich jedoch die Stärken einzelner Honorierungsformen verbinden bzw. die Schwächen ausgleichen. Des Weiteren lassen sich im Rahmen einer modularen Vergütung am ehesten erfolgsorientierte Anreize integrieren und die aktive Übernahme der Betreuungsverantwortung durch den „Hausarzt neu“ abbilden. International werden modulare Vergütungsstrukturen als state of the art gesehen.²² In Abbildung 3 wird der theoretische Aufbau eines modularen Honorierungssystems, wie es bereits 1997 vom deutschen Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen²³ vorgeschlagen wurde, dargestellt.

Basis der vom Sachverständigenrat vorgeschlagenen erfolgsorientierten, modularen Vergütung soll eine Pauschale (Fall- oder Kopfpauschale) sein, welche insbesondere fixkostendeckend sein könnte. Durch die pauschalen Bestandteile können die Leistungserbringer auch von den durch sie ausgelösten Einsparungen profitieren (Rationalisierungseffekt). Nächster Bestandteil sind Komplexgebühren. Diese können im derzeitigen System mit der (pauschalen) Vergütung der Betreuungsleistungen im Disease-Management-Programm Diabetes oder der Vorsorgeuntersuchung verglichen werden. Da-

Abbildung 3 – Elemente einer erfolgsorientierten Vergütung in einem modular aufgebautem Vergütungssystem



nach folgen Spezialleistungen wie etwa Hausbesuche. Dieser Baustein kann zum Teil mit der derzeitigen Vergütung der Sonderleistungen (Einzelleistungen) verglichen werden. Als letzter Teil wird ein ergebnisorientierter Bonus angeführt, welcher bei Erreichung von definierten Zielen/Ergebnissen die Gesamtvergütung verbessern kann. Beim Einsatz von ergebnisorientierten Boni sind in der Praxis die vielfältigen Konsequenzen von Mess- und Bewertungsproblemen (z. B. besteht nicht immer ein eindeutiger kausaler Zusammenhang zwischen ärztlicher Behandlung und dem Behandlungsergebnis) zu berücksichtigen. Auch sollten Bonuszahlungen nicht am individuellen Ergebnis eines behandelten Patienten festgemacht werden, sondern müssen

Ein „Hausarzt neu“ bedarf eines neuen Honorierungsmodells.



© djama - Fotolia.com

22 Vgl. Cypionka et. al., Ambulante Vergütung im internationalen Vergleich: Perspektiven für Österreich, Health System Watch III/Herbst 2011, Soziale Sicherheit, 9-2011, S. 1-16.

23 Heute Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.



**Der „Hausarzt neu“
muss von der
Bevölkerung
akzeptiert werden.**

auf Gesamtergebnisse von größeren Gruppen – wie z. B. den Patienten eines einzelnen Arztes oder einer Arztgruppe – bezogen werden.²⁴

Auf Basis der Ausführungen des Sachverständigenrates, den Erkenntnissen aus dem Health System Watch zur ambulanten Vergütung im internationalen Vergleich aus dem Herbst 2011²⁵ und des Tätigkeitsprofils eines „Hausarztes neu“ (siehe Abschnitt 2.1) könnte eine neue Honorierung z. B. über folgende Module verfügen:

1. Der „Hausarztes neu“ könnte für die Einschreibung eines Patienten in seine Liste eine jährliche Grundvergütung zur Deckung der Fixkosten und fixkostenintensiven Leistungen erhalten. Diese Pauschale könnte unabhängig davon sein, ob der Patient den „Hausarztes neu“ konsultiert, und könnte auch für strukturschwache Gebiete im Sinne eines Anreizsystems angepasst werden.
2. Populationsbezogene Grundleistungen, die jedem Versicherten zur Verfügung gestellt werden, könnten mittels Grundleistungspauschalen vergütet werden. Als allgemeine Grundleistungspauschale könnten bezogen auf das obige Tätigkeitsprofil, die Kerntätigkeiten „erster Ansprechpartner für ein Gesundheitsproblem – akute Erkrankungen“, „rationale und evidenzbasierte Diagnostik und ausreichende und zweckmäßige Behandlung“ (ausgenommen „definierte Spezialisierungen“), „evidenz-basierte Prävention“ und „sozialpsychologisches Management“ abgegolten werden.

Daran ansetzend könnten auch im Rahmen von integrierten Versorgungsformen, in welchen der „Hausarztes neu“ eine tragende Rolle spielen sollte, Fallpauschalen vorgesehen werden, die die zu erbringenden Leistungen in der integrierten Versorgungsform umfassen. Diese könnten je nach Versorgungsform variieren, wobei die Kenntnis der Versorgungsprozesse und der jeweiligen Kosten Voraussetzung ist. So könnte auch die Behandlung einzelner chronischer Krankheiten – also die Tätigkeit „erster Ansprechpartner für ein Gesundheitsproblem – chronische Erkrankungen“ – in Form einer Behandlungspauschale pro Kopf zusammengefasst werden. Die Behandlungspauschale würde dabei die gesamten zu erbringenden, in Leistungspaketen zusammengefassten Leistungen abdecken (Komplexgebühr).

3. Für „definierte Spezialisierungen“ könnte eine Einzelleistungshonorierung vorgesehen werden. Zusammenhängende Leistungen sollten dabei gemeinsam definiert und honoriert werden. Die Ab-

© Doris Heinrichs - Fotolia.com



rechnung von Spezialisierungen sollte jedoch unter Qualitätsgesichtspunkten an Fort- bzw. Ausbildungsnachweise geknüpft werden.

4. Als zusätzliche Anreizbestandteile der Honorierung könnten auch Pay-for-Performance, bzw. Bonusprogramme mit in die Honorierung einfließen. Eine Performancemessung sollte dabei auf Daten aus der ärztlichen Routedokumentation bzw. auf den Routineleistungsdaten der Krankenversicherung basieren.

In der Zusammenschau gilt es jedoch im Sinne einer Good Governance zu beachten, dass Änderungen in Honorierungsmodellen aufwandsneutral, d. h. ohne die Verursachung von zusätzlichen Kosten, umgesetzt werden sollten.

2.4 Akzeptanz bei Patienten

Die Implementierung einer hausarztbasierten medizinischen Primärversorgung muss – wie auch andere Interventionen im Gesundheitswesen – auf die Akzeptanz der Patienten bzw. der Bevölkerung stoßen und sollte daher auch mit einem klaren und spürbaren Zusatznutzen für die Patienten einhergehen.²⁶ Dieser Zusatznutzen kann sich zum einen in der für den Patienten transparenten Tätigkeitsbeschreibung des „Hausarztes neu“ und in der Übernahme der Betreuungsverantwortung sowie in einer höheren Betreuungskontinuität konkretisieren.

In Deutschland wurden die Anreize für Patienten, an der freiwilligen hausarztzentrierten Versorgung teilzunehmen, von der Bertelsmann Stiftung un-

²⁴ Vgl. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gesundheitswesen in Deutschland – Kostenfaktor und Zukunftsbilanz, Band II: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung, Sondergutachten 1997, Kurzfassung 1997, S.69.

²⁵ Siehe FN 22

²⁶ Vgl. dazu etwa die „principles of early disease detection“ (Wilson/Jungner: Principles and practice of screening for disease, in: Public Health Paper 343, p. 26–27, Geneva: WHO, 1968).



tersucht. Danach ist die zentrale Voraussetzung für eine eventuelle Teilnahme an einem (freiwilligen) Hausarztmodell oder einen Modellwechsel, dass sich weder an der Person des bisherigen Hausarztes noch an den organisatorischen Umständen der Inanspruchnahme eines Hausarztes viel ändert. Fast 80 Prozent der Befragten würden ein Hausarztmodell wählen, wenn sie beim jetzigen Arzt bleiben könnten. Sehr wichtig scheint für viele Versicherte die Möglichkeit zu sein, auch in der hausarztzentrierten Versorgung die freie Wahl eines Facharztes treffen zu können (Anmerkung: Auch hier gilt es wieder, zwischen der freien Wahl der Versorgungsebene und der freien Arztwahl zu unterscheiden). Wenn dies gesichert ist, würden über 60 Prozent ein Hausarztmodell bevorzugen, in dem der Hausarzt die Entscheidung für oder gegen eine Facharztüberweisung trifft, also eindeutig „Gatekeeping“ übernimmt. Starke Anreize für die Teilnahme an einem Hausarztmodell gehen nach der Bertelsmann-Studie für eine Mehrheit der Befragten von vermehrten Präventionsangeboten aus. Finanzielle Aspekte spielen aber für über die Hälfte der Personen ebenfalls eine Rolle beim Nachdenken über eine Teilnahme. Rund ein Drittel der Versicherten fühlt sich durch die Möglichkeit, dadurch in den Genuss von Elementen der Qualitätssicherung (Leitlinien, Arzneimittelliste) zu kommen, zum Beitritt in ein Hausarztmodell animiert.²⁷ Im Hinblick auf einen österreichischen „Hausarztes neu“ könnte ein Zusatznutzen sowohl über Serviceelemente als auch über einen stärkeren

medizinischen Nutzen oder über einen stärkeren Einsatz von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen konkretisiert werden.

2.4.1 Service

Der „Hausarztes neu“ könnte z. B. durch neue Zusammenarbeitsformen in der ärztlichen Praxis den Patienten kundenfreundliche Öffnungszeiten anbieten und der Zugang zur Hausarztordination sollte durchwegs barrierefrei sein. Darüber hinaus könnten die Wartezeiten sowohl in der Praxis als auch jene für einen Termin durch verbesserte Koordination und Kooperation verringert werden. Durch den geregelten Zugang zu spezialisierter Versorgung und die Erhöhung der Anzahl der abschließenden Behandlungen auf der Ebene der hausarztbasierten medizinischen Primärversorgung könnte den Patienten außerdem (Weg-)Zeit erspart werden.

2.4.2 Medizinischer Nutzen

Unter die medizinischen Nutzelemente könnten Qualitätsverbesserung durch leitlinienkonforme Behandlungen (z. B. bei der Versorgung von chronisch kranken Patienten) und eine verbesserte Versorgungskontinuität subsumiert werden. Zwar steht dies mit Blick auf die Untersuchungen in Deutschland nicht an erster Stelle der Patientenpräferenzen,²⁸ doch könnte der Patient dadurch einen besseren und vorhersehbaren Behandlungsweg und -outcome erwarten. Die von Arzt zu Arzt unterschiedliche Versorgung, die sich oftmals nicht nachvollziehen lässt, könnte damit im Sinne von mehr Transparenz für Patienten und System der Vergangenheit angehören.

2.4.3 Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme

Die hausarztbasierte medizinische Primärversorgung könnte auch verstärkt Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme beinhalten. Zur Umsetzung derartiger Programme erscheint auch die Entwicklung von entsprechenden Anreizsystemen sinnvoll. So wären Anreize für Ärzte und auch für Patienten denkbar. Der „Hausarztes neu“ bzw. vor allem auch sein Praxisteam könnten durch die Umsetzung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen auch eine wesentliche Rolle im kommunalen Setting einnehmen und dadurch ihre Position stärken.

2.5 Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement gewinnt in der medizinischen Versorgung zunehmend an Bedeutung. Element eines Qualitätsmanagements könnte etwa die Umsetzung von evidenzbasierten Leitlinien bzw.

Der „Hausarzt neu“ hat für den Patienten einen Zusatznutzen.

27 Vgl. Braun/Reiners/Rosenwirth/Schlette: Anreize zur Verhaltenssteuerung im Gesundheitswesen – Effekte bei Versicherten und Leistungsanbietern, Chartbook, Bertelsmann Stiftung und Universität Bremen, Gütersloh, 2006, S. 23 ff.

28 Siehe FN 27.



© Marco2811 - Fotolia.com

Disease-Management-Programmen (DMP) sein. Daneben könnten auch interessensgruppenfreie Qualitätszirkel zur Förderung der Kommunikation und gegenseitigen Qualitätskontrolle eingerichtet werden. Vor allem die Implementierung von evidenzbasierten Leitlinien wird in der Regel als Qualitätssichernd angesehen – insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden Prävalenz im Bereich der chronischen Erkrankungen und bei häufig auftretenden Akuterkrankungen könnten diese eine Basis für den „Hausarzt neu“ darstellen und seine Versorgung auch wissenschaftlich absichern.²⁹

2.6 Wissensmanagement

Die (elektronische) Vernetzung der Ärzte und der verschiedenen Versorgungsebenen und, damit verbunden, das Wissen über die verschiedenen Befunde, Behandlungsstufen etc. stellt eine wesentliche Voraussetzung für eine hausarztbasierte medizinische Primärversorgung dar. Nur so kann gewährleistet werden, dass alle wichtigen und erforderlichen Informationen zum richtigen Zeitpunkt für den „Hausarzt neu“ verfügbar sind und eine abgestimmte und koordinierte Versorgung auch über die Sektorengrenzen hinweg erfolgen kann.

3 Ungelöste Problemfelder

Die Implementierung einer hausarztbasierten medizinischen Primärversorgung in Österreich ist mit grundlegenden Systemveränderungen verbunden, welche einen revolutionären Wandel darstellen würden. Derartige grundlegende Einschnitte sollten von Change-Management-Maßnahmen auf allen (Versorgungs-)Ebenen begleitet werden und erscheinen auch nur in mittlerer bzw. längerer Frist

umsetzbar. Nachstehend finden sich einige Denkanstöße zu Problemfeldern, die es im Rahmen der Implementierung eines „Hausarzt neu“ zu diskutieren und lösen gälte. Diese Liste erhebt freilich keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

- **Lernprozess und Evidence-based Health Policy:** Eine hausarztbasierte medizinische Primärversorgung sollte in Österreich mit einem langfristigen Lernprozess für alle Stakeholder einhergehen, da Wertesysteme, Verhaltensweisen und Strukturen geändert werden müssten. Es erscheint daher sinnvoll, alle relevanten Stakeholder (Patienten, Ärzte und ihre Ständesvertretungen, Sozialversicherung und andere Gesundheitsberufe) bei der Erarbeitung eines fachlichen Konzeptes einzubinden. Die Erarbeitung sollte jedoch den Ansprüchen einer Evidence-based Health Policy entsprechen und nicht von finanziellen Interessen geleitet werden.
- **Informationstechnologie:** Für einen geregelten Informationsfluss zwischen dem „Hausarzt neu“ und anderen Gesundheitsberufen bedarf es entsprechender Kanäle. Dazu müssten in Österreich weitere Anstrengungen zur Umsetzung einer gemeinsamen E-health-Strategie unternommen werden. Wünschenswert wäre in diesem Zusammenhang auch der verstärkte Einsatz von electronic decision support und der Zugang zur EbM-Guidelines.
- **Gesetzliche Regelungen:** Eine hausarztbasierte medizinische Primärversorgung bedarf der Anpassung von gesetzlichen Rahmenbedingungen. Neben der Förderung von neuen Zusammenarbeitsformen im Rahmen des „Hausarzt neu“ wäre auch die Anpassung der Ausbildung an die zu erfüllenden Tätigkeiten eines „Hausarzt neu“ notwendig. Darüber hinaus wäre auch ein Listenmodell, sowie die Qualität und Verantwortlichkeit der Versorgung entsprechend im Gesetz abzubilden.
- **Nachwuchsarbeit:** Derzeit erscheint eine Tätigkeit in der Primärversorgung als vergleichsweise unattraktiv, solange eine fachspezialistische Tätigkeit in der Sekundär- oder Tertiärversorgung mit größeren Einkommens- und Prestigeerwartungen (z. B. kommt die Allgemeinmedizin in der Medienöffentlichkeit – wenn überhaupt – nur in „Serien“ über den guten alten Hausarzt vor, während die spezialisierten Fächer meist mit spektakulären Erfolgen in der breiten Öffentlichkeit steht)³⁰ verbunden ist.

Die Implementierung des „Hausarzt neu“ bedarf eines umfangreichen Change Managements auf allen Ebenen.

29 Vgl. z. B. Frank/Konta: Bluthochdruckleitlinien und ihre Auswirkungen auf das Gesundheitssystem, Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd 22, DIMIDI, 2005.

30 Vgl. Abholz, H. H.: Das Leistungsbild des Allgemeinmediziners, Z Allg Med 2008/84, S. 43.



- **Vertrags- und Honorierungsanpassungen:** Die Adaptierung des derzeitigen Gesamtvertragesystems und die Entwicklung eines neuen Honorierungsmodells sind Grundvoraussetzung für die Implementierung einer hausarztbasierten medizinischen Primärversorgung.
- **Praxisteam und multiprofessionelle Zusammenarbeit:** Zur Unterstützung des Arztes bei der Erfüllung der Tätigkeiten des „Hausarztes neu“ könnten die bestehenden Gesundheitsberufe stärker integriert werden und den Hausarzt im Rahmen eines Praxisteam durch Übernahme von Aufgaben wie administrativen Tätigkeiten, Beratung in Gesundheitsfragen oder einfachen medizinischen Leistungen entlasten. In vielen Ländern haben sich dazu auch weitere Gesundheitsberufe wie etwa Nurse Practitioners entwickelt, die Hand in Hand mit niedergelassenen Ärzten in der Versorgung der Patienten, die die höhere Betreuungsdichte zu schätzen wissen, arbeiten.³¹
- **Qualitätsstandards in der allgemeinmedizinischen Versorgung:** Unklar ist, ob die Qualifikation der praktischen Ärzte für die mit dem „Hausarztes neu“ verbundenen Tätigkeiten und Anforderungen ausreichend ist.³² Im Rahmen eines Change Managements müssen Lücken in Aus- und Weiterbildungen entsprechend geschlossen, Qualitätsstandards und geeignete Mess- bzw. Monitoringinstrumente definiert werden.
- **Finanzierung einer Übergangsphase:** Grundlegende Veränderungen und Modellprojekte in einem Gesundheitssystem bedürfen finanzieller Ressourcen. Es ist kaum zu erwarten, dass in einem so komplexen System wie dem Gesundheitswesen Veränderungen sofort mit Einsparungen verbunden sind. Die Frage der Finanzierung einer Übergangsphase mit klar definiertem zeitlichen und inhaltlichem Rahmen ist im Rahmen eines Change-Management-Prozesses vorab zu klären.

4 Zusammenfassung

Im internationalen Kontext zeigt sich, dass eine Stärkung der Primärversorgung für die Optimierung der entwickelten Gesundheitssysteme einen wertvollen Beitrag leisten kann. Dieser positive

Beitrag kann sich bei richtiger Ausgestaltung sowohl in qualitativer und finanzieller Perspektive als auch in der Zufriedenheit von Patienten konkretisieren. Gleichzeitig bedeutet eine Stärkung der Primärversorgung aber auch eine stärkere Patientenorientierung des Gesundheitssystems und, damit verbunden, auch Änderungen der Logik der Versorgungsstruktur.

Für Österreich bedeutet eine echte Stärkung der Primärversorgung durch einen „Hausarztes neu“, dass zumindest die im vorliegenden Beitrag beschriebenen Bausteine von allen Stakeholdern diskutiert und inhaltlich mitgetragen werden müssten. Die Versorgungsstruktur des „Hausarztes neu“ müsste vor einer großflächigen Implementierung außerdem in einer Modellregion pilotiert und sorgfältig evaluiert werden. Eingedenk dessen, dass eine stärkere hausärztliche Orientierung im österreichischen Gesundheitssystem einen echten Paradigmenwechsel bedeuten würde, sollte künftig eine fachlich-inhaltlich bestimmte (und weniger eine von finanziellen Gesichtspunkten geleitete) Diskussion zum Thema „Hausarzt neu“ geführt werden.

Die Optimierung der Primärversorgung in Österreich bedurfte wesentlicher Veränderungen im Gesundheitssystem.



© Robert Kneschke - Fotolia.com

31 Vgl. zum Themenkreis Gesundheitsberufe z. B. Cypionka/Kraus/Riedel/Röhrling: Health Workforce: Status quo und neue Berufsbilder, Health System Watch I/Frühjahr 2011, in: Soziale Sicherheit, März 2011, S. 1–16. Zur den Möglichkeiten der Arbeitsteilung in der Allgemeinpraxis vgl. z. B. AGnES (Arztentlastende, Gemeinde-nahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention, <http://www.medin.uni-greifswald.de/icm/index.php?id=347>, abgerufen am 20.1.2012) oder Forschungsprojekte wie „MFA – zukünftige Arbeitsteilung in der Allgemeinpraxis“ des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Jena (<http://www.allgemeinmedizin.uni-jena.de/content/forschung/mfa/e10193/ProjektskizzeMFA.pdf>, abgerufen am 20.1.2012).

32 Siehe FN 18.