

Projektbericht
Research Report

Primärversorgung

Thomas Czypionka
Susanna Ulinski



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES

Vienna

Projektbericht
Research Report

Primärversorgung

Thomas Czypionka
Susanna Ulinski

Endbericht

Studie im Auftrag von
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Februar 2014

Institut für Höhere Studien (IHS), Wien
Institute for Advanced Studies, Vienna

Kontakt:

Dr. Thomas Czypionka

☎: +43/1/599 91-127

email: thomas.czypionka@ihs.ac.at

Bemerkungen

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden Personenbezeichnungen in der männlichen Form verwendet, auch wenn sie sich selbstverständlich auf Männer und Frauen gleichermaßen beziehen.

Inhalt

Einleitung	1
1. Definition und Konzeptualisierung von Primärversorgung	2
2. Evidenz der Primärversorgung	8
3. Internationale Modelle der Primärversorgung	17
3.1. Deutschland	18
3.2. Niederlande.....	20
3.3. England.....	21
3.4. USA	22
4. Empfehlungen für Österreich	24
4.1. Primärversorgung der Zukunft	25
4.1.1. Elemente der Primärversorgung.....	27
4.2. Umsetzung in Österreich.....	29
4.2.1. Herausforderungen im österreichischen Gesundheitssystem	29
4.2.2. Verlagerung der Leistungserbringung	35
4.2.3. Darstellung möglicher Maßnahmen bis 2025	37
5. Conclusio	41
6. Literaturverzeichnis	42
7. Anhang	47

Tabellen

Tabelle 1: Definitionselemente Primärversorgung	5
Tabelle 2: Dimensionen und Merkmale der Primärversorgung.....	11
Tabelle 3: Primärversorgung im internationalen Vergleich.....	17
Tabelle 4: Internationale Vorschläge zur Primärversorgung der Zukunft	47

Abbildungen

Abbildung 1: Primärversorgung als zentraler Teil eines gemeinschaftsorientierten Netzwerkes.....	3
Abbildung 2: Allgemeinmedizin als Disziplin	4
Abbildung 3: Monatliches Auftreten von Krankheit und die Rolle der verschiedenen Leistungsebenen des Gesundheitssystems	9
Abbildung 4: Dimensionen eines Primärversorgungssystems.....	10
Abbildung 5: Von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung	19
Abbildung 6: System- und Praxismerkmale der Primärversorgung	24
Abbildung 7: Die 10 Kernelemente des Bellagio-Modells.....	26
Abbildung 8: Verlagerung der Leistungserbringung.....	36
Abbildung 9: Maßnahmen bis zum Jahr 2025	40

Einleitung

Der guten Qualität und der Zufriedenheit mit dem österreichischen Gesundheitssystem stehen vergleichsweise hohe Kosten gegenüber. Das österreichische Gesundheitssystem gehört zu den teuersten und nimmt im OECD-Vergleich mit Ausgaben von 3.383€ (in Kaufkraftparitäten) pro Kopf im Jahr 2010 Platz vier ein (OECD 2012: 121). Auch gemessen am Bruttoinlandsprodukt weist Österreich mit 11% des BIP für 2010 überdurchschnittlich hohe Ausgaben auf (OECD 2012: 123). Demgegenüber steht eine überdurchschnittlich hohe Lebenserwartung, die aber von überdurchschnittlicher Krankheitslast vor allem im chronischen Bereich gekennzeichnet ist (OECD 2012: 17). Mit Hilfe der Gesundheitsreform und der Zielsteuerung des Gesundheitssystems soll nicht nur eine Kostendämpfung erfolgen, sondern auch die Bevölkerungsgesundheit verbessert werden. Diese Ziele sollen u.a. durch eine Stärkung der Primärversorgung erreicht werden, wie in Art. 5, Abs. 3, Zi. 3 in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit spezifiziert wurde: „Der Bereich der Primärversorgung („Primary Health Care“) ist nach internationalem Vorbild auch im niedergelassenen Bereich zu stärken.“ In Österreich fehlt bislang noch ein Konzept einer effektiven Primärversorgung, welche in anderen Ländern bereits integraler Bestandteil des Gesundheitssystems ist. Auch hinsichtlich der Leistungserbringer von Primärversorgung besteht Handlungsbedarf. Im internationalen Vergleich verfügt Österreich über eine fallende Zahl an Allgemeinmediziner (OECD 2012: 96). Dagegen sind die Akutmedizin und spezialisierte Versorgung im österreichischen Gesundheitswesen stark ausgeprägt und relativ teurere Facharztbesuche und Krankenhausaufenthalte werden überdurchschnittlich oft in Anspruch genommen.

Der vorliegende Bericht soll Aufschluss darüber geben, welche Möglichkeiten es zur Umsetzung von Primärversorgung in Österreich gibt. In einem ersten Schritt wird in Kapitel eins erläutert, was unter Primärversorgung zu verstehen ist. Der Gesetzgeber hat hierfür noch keine klare Begriffsabgrenzung getroffen. Evidenz zur Wirksamkeit von Primärversorgung wird in Kapitel zwei untersucht. In Kapitel drei werden internationale Beispiele, wie Primärversorgung umgesetzt werden kann, beschrieben. Kapitel vier wendet die zuvor erarbeiteten Inhalte auf das Beispiel Österreich an und schlägt mögliche Umsetzungsansätze vor. Die Conclusio folgt in Kapitel fünf.

1. Definition und Konzeptualisierung von Primärversorgung

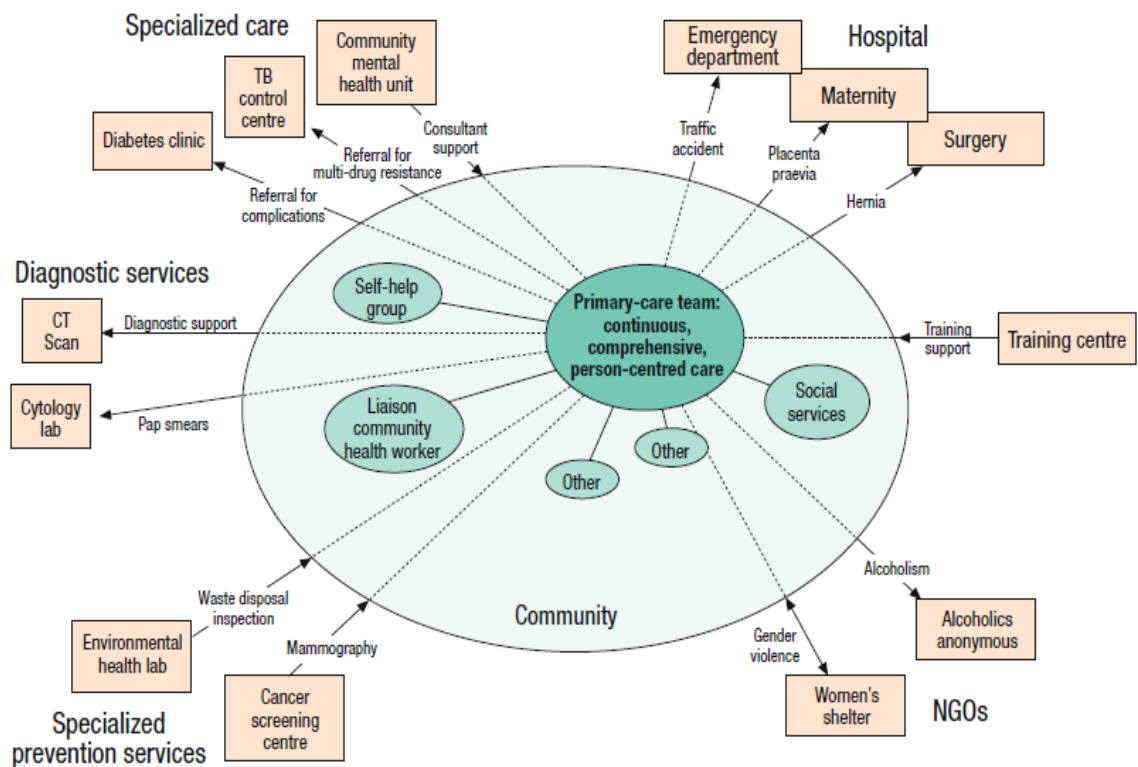
Damit ein Ausbau der Primärversorgung – so wie in der Zielsteuerung-Gesundheit vereinbart – stattfinden kann, muss Primärversorgung als erstes gegenüber anderen Versorgungsbereichen definiert werden. Im Rahmen der Landes-Zielsteuerungsverträge sind die Vorgaben aus den Bundes-Zielsteuerungsverträgen dann ausgehend vom regionalen Bedarf zu konkretisieren und Zielwerte für die jeweilige Betrachtungsperiode einvernehmlich festzulegen (Art. 18, Abs. 2, 15a B-VG). Dazu findet sich im 1. Abschnitt unter Artikel 3 (Begriffsbestimmungen) in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit folgende Definition von Primärversorgung: „7. *Primärversorgung (Primary Health Care)*: Die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.“ Es werden durch diese erste Definition allerdings Fragen offen gelassen. So ist beispielsweise nicht klar, ob unter Primärversorgung bzw. Primary Health Care nicht insgesamt der ambulante bzw. niedergelassene Bereich (inklusive fachärztlicher Versorgung) verstanden wird und ob auch andere Gesundheitsberufe Primärversorgung erbringen können. Die Inhalte, die international mit Primärversorgung in Verbindung gebracht werden, weichen oft stark voneinander ab. Eine exakte Begriffsabgrenzung erscheint hier zielführend und in der Folge werden gängige Definitionen und Konzepte der Literatur behandelt.

Das Konzept für „Primary Care“ bzw. Primärversorgung geht auf den **Dawson Report** aus dem Jahr 1920 im Vereinigten Königreich zurück. In diesem Bericht über die Zukunft der Gesundheitsversorgung werden „Primary health centres“ in den Mittelpunkt der regionalen Versorgung gestellt, welche die erste Anlaufstelle für eine kurative und präventive Intervention darstellen („curative and preventive medicine to be conducted by the general practitioners of that district, in conjunction with an efficient nursing service...“) (Dawson of Penn 1920; Starfield et al. 2005). Erst nach Erstbehandlung in den „Primary health centres“ werden die Patienten an „Secondary health centres“ verwiesen, in denen Fachärzte spezialisierte Leistungen erbringen.

Die **WHO** hat 1978 im Rahmen der „Conference on Primary Health Care“ in **Alma-Ata** das Konzept der Primärversorgung aufgegriffen und es als Schlüssel zur Verwirklichung von Gesundheitszielen bezeichnet. Primärversorgung wird von der WHO umfassend nicht nur als Erstkontakt, sondern auch als zentrale Funktion eines Gesundheitssystems definiert und inkludiert Prävention und Information, vielfältige Gesundheitsberufe und eine Einbettung in die Familie und Gemeinschaft (WHO 1978). Im Jahr 1998 formulierte die WHO Europa sieben Charakteristika für Allgemeinmediziner, mit deren Hilfe eine bessere Primärversorgung sichergestellt werden sollte. Dazu zählen Charakteristika der Arbeit –

„general, continuous, comprehensive“ (allgemein, kontinuierlich, umfassend) –, die Art, wie Gesundheitsprobleme angegangen werden – „coordinated and collaborative“ (koordinierend und kooperativ) – und die Orientierung – „family- and community-oriented“ (familien- und gemeinschaftsorientiert (WHO Europe 1998; Haller et al. 2009). Im Jahr 2008 hat die WHO mit dem Bericht „Primary Health Care – now more than ever“ den Fokus erneut auf Primärversorgung gelegt und beschreibt Primärversorgung in folgender Weise: „In all countries, it offered a way to improve fairness in access to health care and efficiency in the way resources were used. Primary health care embraced a holistic view of health that went well beyond a narrow medical model. It recognized that many root causes of ill health and disease lie beyond the control of the health sector and thus must be tackled through a broad whole-of-society approach. Doing so would meet several objectives: better health, less disease, greater equity, and vast improvements in the performance of health systems. Today, health systems, even in the most developed countries, are falling short of these objectives.“ Zudem wird kritisiert, dass selbst in den Industrienationen Primärversorgung zu wenig fortgeschritten ist. Als Trends, die ein effizientes Gesundheitssystem mit umfassender Primärversorgung verhindern, bemängelt die WHO (2008) einen „Krankenhaus-Zentrismus“, basierend auf überproportionaler tertiärer Versorgung, sowie eine starke Fragmentierung des Gesundheitssystems in Industrieländern. Abbildung 1 illustriert Primärversorgung als zentralen Bestandteil eines wohnortnahen Netzwerkes.

Abbildung 1: Primärversorgung als zentraler Teil eines gemeinschaftsorientierten Netzwerkes



Quelle: WHO 2008: 55

2002 wurde von **WONCA Europe**, der Europäischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, eine europäische Definition der Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin erarbeitet, um daraus u.a. Anforderungskataloge für Ausbildung, Forschung und Qualitätssicherung ableiten und die Allgemeinmedizin weiterentwickeln zu können. Dafür wird zwischen den Wesensmerkmalen der Allgemeinmedizin als Disziplin, der Allgemeinmedizin als Spezialgebiet und den Kernkompetenzen des Allgemeinmediziners und des Hausarztes unterschieden. Abbildung 2 zeigt die von WONCA Europe (2002) erarbeitete Definition der Wesensmerkmale der Allgemeinmedizin als Disziplin. Als zentrale Faktoren der Primärversorgung werden dabei Zugang, Kontinuität, längere und intensivere Arzt-Patienten-Beziehung, Koordinierung und ganzheitliche Wahrnehmung betont. Zur Erfüllung dieser Aufgaben der Primärversorgung sollte jeder Allgemeinmediziner und Hausarzt über sechs Kernkompetenzen verfügen, welche den elf Wesensmerkmalen zugeordnet werden können. Zu diesen zählen die Erfüllung der Primärversorgungsaufgaben (A, B), personenbezogene Betreuung (C, D, E), spezifische Problemlösungsfertigkeiten (F, G), umfassender Ansatz (H, I), Gemeinschaftsorientierung (J) sowie ein ganzheitliches Modell (K). Der geeignete Allgemeinmediziner nützt seine Kompetenzen in der Folge in den drei Umsetzungsbereichen klinische Aufgaben, Kommunikation mit den Patienten und Praxismanagement (WONCA Europe 2002).

Abbildung 2: Allgemeinmedizin als Disziplin

- A) Die Allgemeinmedizin stellt normalerweise den ersten medizinischen Kontaktpunkt im Gesundheitssystem dar und gewährleistet einen offenen und unbegrenzten Zugang für alle Nutzer und für alle Gesundheitsprobleme, unabhängig von Alter, Geschlecht oder anderen Merkmalen der betroffenen Person.
- B) Sie nutzt die Ressourcen des Gesundheitssystems auf effiziente Weise durch Koordinierung der Betreuung, Zusammenarbeit mit anderen im Bereich der Primärversorgung tätigen Berufen, und durch das Management der Schnittstelle zu anderen Spezialgebieten, wobei sie nötigenfalls die Rolle als Interessen-Vertreterin von Patientenangelegenheiten übernimmt.
- C) Sie arbeitet mit einem personenbezogenen Ansatz, der auf das Individuum sowie auf dessen Familie und Lebensumfeld ausgerichtet ist.
- D) Sie bedient sich eines besonderen Konsultationsprozesses, der durch effektive Kommunikation zwischen Arzt und Patient den Aufbau einer Langzeitbeziehung ermöglicht.
- E) Sie ist für eine durch die Bedürfnisse des Patienten bestimmte Langzeitbetreuung verantwortlich.
- F) Sie verfügt über einen spezifischen Entscheidungsfindungsprozess, der durch die Prävalenz und Inzidenz von Krankheit in der Bevölkerung bestimmt wird.
- G) Sie befasst sich gleichzeitig mit den akuten und chronischen Gesundheitsproblemen der einzelnen Patienten.
- H) Sie befasst sich mit Erkrankungen, die sich im Frühstadium ihres Auftretens in undifferenzierter Form darstellen und möglicherweise eine dringende Intervention erfordern.
- I) Sie fördert Gesundheit und Wohlbefinden durch angemessene und wirksame Intervention.
- J) Sie trägt eine spezifische Verantwortung für die Gesundheit der Allgemeinheit.
- K) Sie beschäftigt sich mit Gesundheitsproblemen in ihren physischen, psychologischen, sozialen, kulturellen und existenziellen Dimensionen

Quelle: WONCA Europe 2002

Barbara **Starfield** (2001: 454) versteht unter Primärversorgung “the aspect of a health services system that assures person-focused care over time to a defined population, accessibility to facilitate receipt of care when it is first needed, comprehensiveness of care in the sense that only rare or unusual manifestations of ill health are referred elsewhere, and coordination of care such that all facets of care (wherever received) are integrated”. In der Folge definiert Starfield (2005: 458) basierend auf den Konzepten von WHO und WONCA die vier Hauptmerkmale von Primärversorgung als

- Erstkontakt bei neuen gesundheitlichen Bedürfnissen,
- langfristige personenbezogene (und nicht krankheitsbezogene) Betreuung,
- allumfassende Behandlung für die meisten gesundheitlichen Bedürfnisse und
- Koordinierung der Behandlung, wenn sie anderweitig durchgeführt werden muss.

Als fünftes Merkmal kann noch eine Familien- und Gemeinschaftsorientierung ergänzt werden (Starfield 2005). In Tabelle 1 wird zusammengefasst, welche Ziele und Funktionen eine gestärkte Primärversorgung erfüllt. Dazu werden die unterschiedlichen Definitionen der Primärversorgung kontrastiert.

Tabelle 1: Definitionselemente Primärversorgung

	Dawson Report	WHO	WONCA	Starfield
Erste Kontaktstelle	X	X	X	X
Offener Zugang		X	X	X
Ganzheitliche Betreuung	X	X	X	X
Kontinuierliche Betreuung	X	X	X	X
Koordination des Behandlungsprozesses	X	X	X	X
Berücksichtigung gesellschaftlicher und familiärer Bedingungen		X	X	X
Kurativ, krankheitsvermeidend	X	X	X	
Unterstützt/Zusammenarbeit mit Krankenpflegepersonal	X	X	X	
Eigenverantwortung und Selbstbestimmung		X		
Schwerpunkt des Gesundheitssystems, erbringt Großteil der Gesundheitsversorgung	X	X		X
Nahe an Wohnort und Arbeitsplatz	X	X		

Quelle: Eigene Darstellung, IHS HealthEcon 2013

Eine Festlegung, wann Primärversorgung vorliegt, erfolgt oft auf unterschiedliche Weise. Dabei können die Definitionselemente von Primärversorgung in Primärversorgung als Konzept, als Versorgungsebene, als Leistungsinhalt, als Kernprozess und als Leistung erbracht durch besondere Teams unterteilt werden (Atun 2004: 17). Das Konzept der Primärversorgung wird beispielsweise in der Alma-Ata-Deklaration der WHO adressiert. Für Industrieländer sollte das Konzept der Primärversorgung als „strategy to integrate all aspects of health service“ gesehen werden (vgl. Abbildung 1). Der Dawson Report ist charakteristisch für die Definition von Primärversorgung als Ebene der Leistungserbringung. Wird zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Versorgungsebene unterschieden, so können alle Leistungen der ersten Versorgungsstufe der Primärversorgung zugerechnet werden. Selbst wenn Primärversorgung stationär erbracht wird, wird diese dann nicht mehr als solche wahrgenommen und kann als „versteckte Primärversorgung“ bezeichnet werden. Primärversorgung wird auch über ihren Leistungsinhalt abgegrenzt. Unabhängig von der Versorgungsstufe oder dem Leistungserbringer gilt als Primärversorgung, was zuvor als Aufgabe der Primärversorgung festgelegt wurde. Werden beispielsweise Zeckenimpfungen als Leistungen der Primärversorgung festgelegt, erbringt jede dazu berechtigte Person, egal ob Krankenpflegepersonal, Chirurg, Hausarzt oder Neurologe, Primärversorgung. Primärversorgung als Kernprozess bezeichnet nicht nur die Gate-keeping-Rolle, sondern auch ihre Funktion als Erstkontakt und Koordinierungsstelle. Zusätzlich kann Primärversorgung noch danach definiert werden, ob die Leistungserbringer dafür ausgebildet sind und in einem Primärversorgungsteam arbeiten. In vielen Ländern wird Primärversorgung zusätzlich zu Medizinern von Personen in nicht-ärztlichen medizinischen Berufen (wie Krankenpflegepersonal, Hebammen und Pharmazeuten), administrativem Personal, Therapeuten und Personen in Sozialberufen (Psychologen, Sozialarbeiter) erbracht.

Um die Ausprägung der Primärversorgung in einem Land zu beurteilen, schlägt Starfield (1998, zit. nach Stigler et al. 2013) vor, insgesamt 15 Systemmerkmale („system characteristics“), und Praxismerkmale („practice characteristics“) eines Gesundheitssystems zu beurteilen. Systemmerkmale stellen sicher, dass das Gesundheitssystem strukturelle Vorbedingungen für eine umfassende Primärversorgung erfüllt, während Praxismerkmale die tatsächliche Durchführung von Primärversorgung beschreiben. Zu den Systemmerkmalen zählt Starfield die Art des Gesundheitssystems, die Art der Finanzierung, welche Ärzte Primärversorgung erbringen, den Anteil von Fachärzten, das Einkommen von Hausärzten relativ zu Fachärzten, die Kostenteilung für Leistungen der Primärversorgung, Patientenlisten, den Anspruch für 24-Stunden-Versorgung und die Qualität der universitären Departments für Familienmedizin. Unter die Praxismerkmale fallen der Erstkontakt, die Dauer der Arzt-Patienten-Beziehung, der Umfang der Leistungen der Primärversorgung, die Koordination der Behandlung, die Familienzentriertheit und die Gemeindeorientierung.

Im Rahmen des von der Europäischen Union geförderten Projekts PHAMEU wurde ein „Primary Health Care Activity Monitor“ erstellt. Dieser Kriterienkatalog soll dokumentieren,

was ein erfolgreiches Primärversorgungssystem ausmacht. Während Starfield Primärversorgung 1998 noch auf einem aggregierten Level beurteilt, versuchen Kringos et al. (2010a) ihr Konzept zu erweitern und die Komplexität hinter den verschiedenen Komponenten der Primärversorgung genauer abzubilden. Auf lange Sicht soll damit ein Rahmen geschaffen werden, um die westlichen Primärversorgungssysteme zu vergleichen und ihre langfristige Entwicklung analysieren zu können. Im folgenden Kapitel wird darauf näher eingegangen.

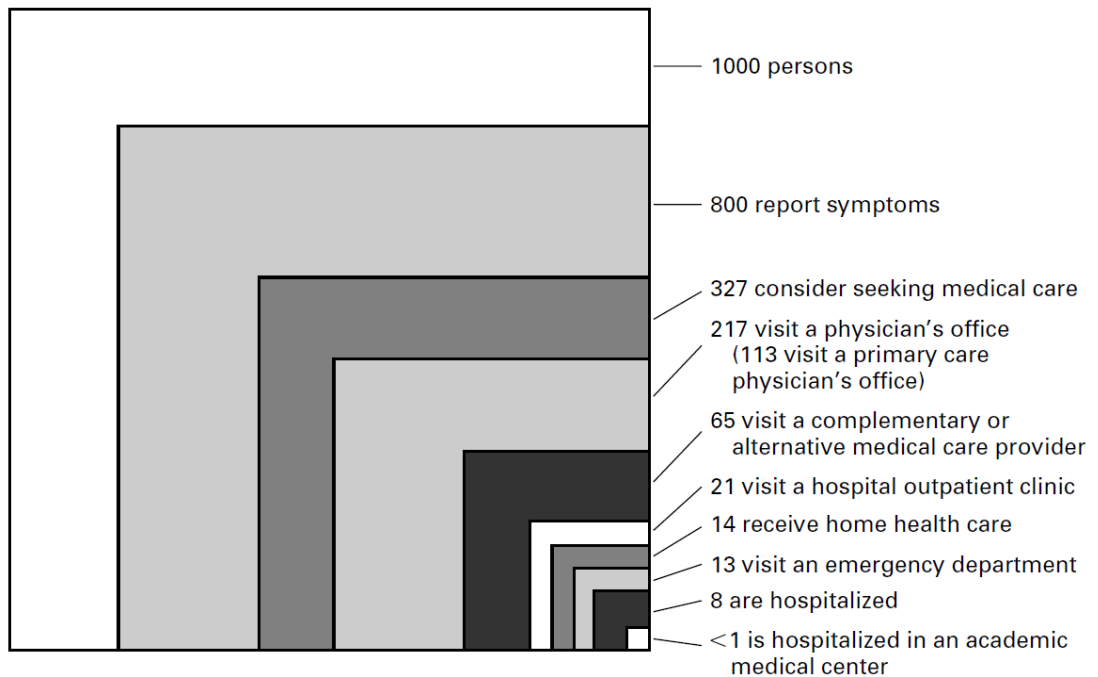
Wird die Definition von Primärversorgung im Bundeszielsteuerungsvertrag mit den verschiedenen Konzeptualisierungsansätzen von Primärversorgung in diesem Kapitel verglichen, zeigt sich, dass in Österreich wichtige Punkte noch nicht angesprochen wurden. Speziell zu konkretisieren sind Punkte der Leistungserbringung, der Prävention, des Umfangs und der Patientensteuerung. Erstens ist festzulegen, von wem in Österreich Primärversorgung erbracht werden darf. Es muss diskutiert werden, ob auch speziell ausgebildetes Pflegepersonal an der Primärversorgung teilnimmt, und welche Ausbildung Ärzte erhalten sollen. In ausgeprägten Primärversorgungssystemen werden Leistungen beispielsweise in multiprofessionellen Teams (u.a. mit diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegern und anderen Pflegekräften, Psychologen, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Hebammen, Diätologen, Pharmazeuten) erbracht. Zweitens wurde es vernachlässigt, eine präventive Aufgabe der Primärversorgung in ihrer österreichischen Definition festzulegen. Gerade in Österreich, wo relativ wenige Ressourcen für Prävention zur Verfügung gestellt werden, wäre eine Einbeziehung krankheitsvermeidender Leistungen in die Primärversorgung sinnvoll, nämlich bevor die erwähnten gesundheitlichen Probleme auftreten. Drittens wurde im Gesetz Primärversorgung als „Grundversorgung“ konzeptualisiert. Allerdings könnten im Rahmen von Primärversorgung weit mehr Leistungen erbracht werden und der Leistungsinhalt von Primärversorgung sollte abgegrenzt werden. Viertens ist auch zu überlegen, in welcher Form Patientensteuerung und Behandlungscoordination ermöglicht werden und wie eine kontinuierliche Versorgung durch einen Arzt gewährleistet werden kann (z.B. Listensystem). Diesen Fragen wird in den nächsten Kapiteln zu der Evidenz und der internationalen Umsetzung von Primärversorgung näher nachgegangen.

2. Evidenz der Primärversorgung

In den letzten Jahren versuchten immer mehr Länder, die Qualität und Effizienz ihres Gesundheitssystems durch eine Stärkung der Primärversorgung zu verbessern. Damit einhergehend wurden verschiedene Aspekte von Primärversorgung in mehreren hundert Studien evaluiert, von welchen eine Auswahl im Folgenden behandelt wird. Die vorgestellten Studien wurden anhand wissenschaftlicher Kriterien, Relevanz und Rezeption in der akademischen Literatur ausgewählt.

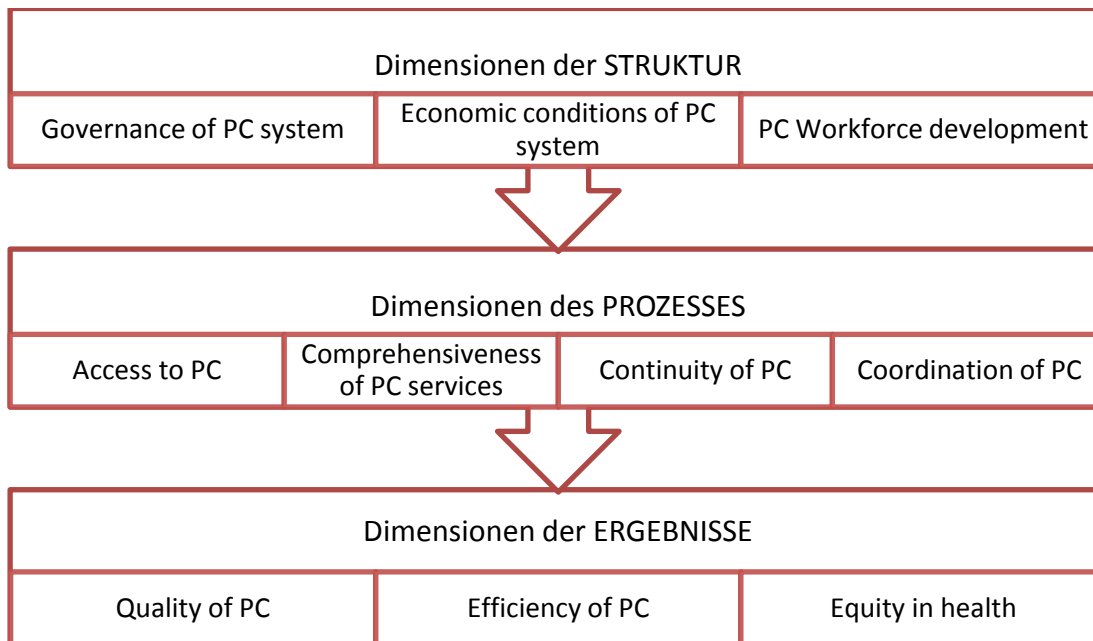
Abbildung 3 illustriert die Inanspruchnahme der verschiedenen Leistungsebenen in den Vereinigten Staaten (Green et al. 2001). Auch wenn die quantitativen Verhältnisse in Österreich etwas andere sein mögen, dürfte die Illustration im Wesentlichen auch auf Österreich zutreffen. Von 1.000 Männern, Frauen und Kindern haben 800 Personen innerhalb eines Monats medizinische Symptome und 327 ziehen in Betracht, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. 217 Patienten suchen einen Arzt in seiner Praxis auf (davon besuchen 113 einen Hausarzt und 104 einen Facharzt) und 65 Personen nehmen Komplementärmedizin in Anspruch. Weitere 21 Personen besuchen eine Ambulanz, 14 erhalten häusliche Pflege, 13 besuchen die Notaufnahme, 8 werden im Krankenhaus aufgenommen und 0,7 Personen kommen in eine Universitätsklinik. Mit diesem ökologischen Modell zeigen Green et al. (2001) auf, wie problematisch die Krankenhauslastigkeit des Systems ist. In Forschung und Ausbildung wird der Fokus auf die 0,7 bzw. 8 Personen gelegt, die ein (Universitäts-)Klinikum aufsuchen, während 800 Personen medizinische Symptome aufweisen, die im Setting der Primärversorgung untersucht werden sollten.

Abbildung 3: Monatliches Auftreten von Krankheit und die Rolle der verschiedenen Leistungsebenen des Gesundheitssystems



Quelle: Green et al. 2001: 2022

Im Rahmen eines Forschungsüberblicks über 85 internationale Studien erarbeiteten Kringos et al. (2010b) einen Kriterienkatalog, um zu dokumentieren, was ein erfolgreiches Primärversorgungssystem ausmacht (vgl. Kapitel 1). Um die Komplexität hinter den verschiedenen Komponenten der Primärversorgung genauer abzubilden, wurde Primärversorgung in die Stufen Struktur („groupings of interrelated items“), Prozess („that act together in an environment/setting“) und Ergebnis („to achieve good/bad outcomes“) unterteilt, die ihrerseits wieder aus mehreren Dimensionen bestehen. Eine Übersicht bietet Abbildung 4.

Abbildung 4: Dimensionen eines Primärversorgungssystems

Quelle: Kringos 2010a: 3

Die Struktur der Primärversorgung wird an ihrer Steuerung („Governance“), den wirtschaftlichen Bedingungen und der Arbeitskräfteentwicklung gemessen. Der Prozess der Primärversorgung wird in Zugang, Kontinuität der Behandlung, Koordination der Behandlung und Umfang der Behandlung eingeteilt. Der Zugang zur Primärversorgung ist dabei vom Angebot, der Gestaltung und der geographischen Anbindung von Primärversorgung abhängig, aber auch von den von Patienten zu tragenden Kosten, der Akzeptanz der Bevölkerung und einem egalitären Zugang zur Primärversorgung. Die Kontinuität der Primärversorgung basiert auf einer langanhaltenden Beziehung zwischen dem Primärversorger und dem Patienten, die über einzelne Krankheitsabschnitte hinausgeht. Dabei soll auch eine Kontinuität von medizinischer Information für das behandelnde Personal sichergestellt werden. Die Koordination von Primärversorgung bezeichnet die Befähigung der Primärversorger, den Behandlungsprozess des Patienten zu koordinieren. Dies kann beispielsweise durch Gate-keeping, eine Praxis mit Praxisteam für Primärversorgung, einen Skill-Mix und durch die Integration von Primärversorgung mit Sekundärversorgung und Volksgesundheit erfolgen. Der Umfang von Primärversorgung hängt ab von der medizinischen Ausstattung der Primärversorger, davon, für welche Gesundheitsprobleme Primärversorger den Erstkontakt darstellen, von der Bandbreite des Behandlungsangebotes, der Bandbreite an medizintechnischen Verfahren, dem Angebot von Mutter/Kind- und reproduktiver Gesundheitsvorsorge sowie von genereller Gesundheitsförderung (Kringos et al. 2010b). Tabelle 2 fasst die identifizierten Dimensionen von Primärversorgung und ihre zugehörigen Merkmale übersichtlich zusammen.

Tabelle 2: Dimensionen und Merkmale der Primärversorgung

PV Dimensionen	Merkmale
Steuerung des PV-Systems	1. Gesundheitsziele; 2. Strategie zu Gleichheit im Zugang; 3. (De)zentralisierung von PV Management und Leistungsentwicklung; 4. Infrastruktur für Qualitätsmanagement; 5. Angemessene Technologie in der PV; 6. Vertretung von Patienteninteressen; 7. Eigentümerschaft von PV-Praxen; 8. Integration von PV im Gesundheitssystem.
Wirtschaftliche Bedingungen des PV-Systems	1. Gesundheitsausgaben; 2. Ausgaben für PV; 3. Finanzierungsmodus des Gesundheitssystems; 4. Beschäftigungsstatus der PV-Arbeitskräfte; 5. Vergütungssystem der PV-Arbeitskräfte; 6. Einkommen der PV-Arbeitskräfte.
Entwicklung des PV-Arbeitskräftepotentials	1. Profile der PV-Arbeitskräfte; 2. Anerkennung und Verantwortlichkeiten der PV-Disziplinen; 3. Ausbildung und Verbleib im Job; 4. Berufsverbände; 5. Akademischer Stellenwert der PV-Disziplinen; 6. Zukünftige Entwicklung der PV-Arbeitskräfte.
Zugang zu PV-Leistungen	1. Verfügbarkeit von PV-Leistungen; 2. Geographischer Zugang zu PV-Leistungen; 3. Leichter und angenehmer Zugang (inkl. Barrierefreiheit); 4. Leistbarkeit von PV-Leistungen; 5. Angemessenheit von PV; 6. Inanspruchnahme von PV-Leistungen; 7. Gleichheit im Zugang.
Kontinuität der Versorgung	1. Kontinuität über die Zeit; 2. Kontinuität des Informationsflusses; 3. Beziehungskontinuität in der Versorgung; 4. Managementkontinuität in der Versorgung.
Koordination der Versorgung	1. Gate-keeping System; 2. PV-Praxis und Teamstruktur; 3. Skill-Mix in PV; 4. Integration von PV und Sekundärversorgung; 5. Integration von PV und öffentlicher Gesundheit
Umfang von PV	1. Verfügbarkeit von medizinischer Ausstattung; 2. Erstkontakt für alle alltäglichen Gesundheitsprobleme; 3. Behandlung und Nachsorge von Erkrankungen; 4. Medizinisch-technische Verfahren und präventive Versorgung; 5. Mutter-Kind- und reproduktive Gesundheit; 6. Gesundheitsförderung.
Qualität von PV	1. Handlungsweise bzgl. Verschreibungen von PV-Erbringern; 2. Qualität der Diagnose und Behandlung der PV; 3. Qualität der Behandlung chronischer Krankheiten; 4. Qualität der psychischen Gesundheitsversorgung; 5. Qualität der Gesundheitsversorgung von Mutter und Kind; 6. Qualität der Gesundheitsförderung; 7. Qualität von Prävention; 8. Effektivität; 9. Behandlungssicherheit
Effizienz von PV	1. Allokative und produktive Effizienz; 2. Technische Effizienz; 3. Effizienz der Arbeitsleistung der PV-Erbringer
Gleichheit von PV	1. Gleichheit in der Gesundheit*

Quelle: Kringos et al. 2010a: 3, eigene Übersetzung; *dies entspricht dem WHO-Ziel – wir würden eher den Begriff Chancengleichheit verwenden, da Gleichheit in der Gesundheit aufgrund unterschiedlicher Veranlagungen kaum zu erreichen ist.

Die Analysen von Kringos et al. (2010a; 2010b; 2013) und Atun (2004) weisen darauf hin, dass eine stärkere Primärversorgung zu einem besseren Gesundheitszustand der Bevölkerung, einer qualitativ hochwertigeren Behandlung und mehr sozialer Gleichheit führt.

Jedoch reduziert ein Gate-keeping System, obwohl es der Über-, Unter- und Fehlversorgung entgegenwirkt, die Patientenzufriedenheit.

Atun (2004) untersucht in einer Metaanalyse die Vor- und Nachteile der Restrukturierung eines Gesundheitssystems, wenn Primärversorgung darin eine prominente Rolle spielt. Durch eine systematische Literaturrecherche wurden 256 relevante Artikel identifiziert, von denen 111 die Qualitätskriterien erfüllten, um in die Analyse aufgenommen zu werden. Die meisten Studien über Primärversorgung beziehen sich auf die USA und europäische Länder wie Großbritannien, die Niederlande oder Skandinavien. Die Ergebnisse der Studien lassen sich in die Kategorien Bevölkerungsgesundheit und aggregierte Gesundheitsausgaben, Gleichheit und Zugang, Qualität und Effizienz der Behandlung sowie Kosteneffektivität und Patientenzufriedenheit einteilen. Die neueste Studie zur Evidenz von Primärversorgung stammt von Dionne Kringos, Wienke Boerma, Jouke van der Zee and Peter Groenewegen (2013). Sie untersuchen, wie ein starkes Primärversorgungssystem mit Gesundheitsausgaben, Patientenzufriedenheit bezüglich nichtmedizinischer Aspekte, vermeidbaren Krankenhausaufenthalten, Bevölkerungsgesundheit und sozioökonomischer Ungleichheit zusammenhängt. Um die Stärke des Primärversorgungssystems zu messen wurden 77 Indikatoren, die im Rahmen einer Literaturanalyse identifiziert wurden, zu den fünf Dimensionen Struktur, Zugang, Koordination, Kontinuität und Umfang zusammengefasst. Für die Analyse wurden Daten über 31 europäische Länder in den Jahren 2009 und 2010 gesammelt.

Hinsichtlich der **Bevölkerungsgesundheit** zeigen Studien, dass eine ausgeprägte Primärversorgung signifikant und positiv mit einem besseren Gesundheitszustand der Bevölkerung einhergeht. Macinko et al. (2003) untersuchten den Beitrag von Primärversorgung in 18 OECD-Ländern zwischen 1970 und 1998 und führten dazu eine pooled cross-section Zeitreihenanalyse basierend auf den verfügbaren Daten der OECD durch. Die Stärke des Primärversorgungssystems eines Landes war mit der Gesamtsterblichkeit, der frühzeitigen Gesamtsterblichkeit und der ursachenspezifischen frühzeitigen Sterblichkeit von z.B. Asthma und Herz-Kreislauf-Erkrankungen negativ korreliert. Dieser Zusammenhang war auch signifikant, nachdem für Makro-Variablen wie BIP pro Kopf, Anzahl der Ärzte, Anteil der älteren Bevölkerung und Mikro-Variablen wie Besuche in der ambulanten Versorgung, Pro-Kopf-Einkommen sowie Alkohol- und Tabakkonsum kontrolliert wurde. Das Primärversorgungssystem wurde dabei anhand von zehn strukturellen und praktischen Charakteristika bewertet: Regulierung im Gesundheitssystem, Finanzierung des Gesundheitssystems, Ausbildung der Ärzte in der Primärversorgung, Zugänglichkeit, Behandlung im Zeitablauf, Erstkontakt, Umfang der Betreuung, Koordination, Familienorientierung und Gemeinschaftsorientierung. Auch für die USA hat Shi (1992) gezeigt, dass die Verfügbarkeit von Hausärzten positiv mit einer niedrigeren Sterblichkeit und höheren Lebenserwartung korreliert, während die Anzahl von Krankenhausbetten und Fachärzten keinen derartigen Einfluss hat. Der Mangel an

Primärversorgung wurde als der bedeutendste Einflussfaktor auf einen schlechten Gesundheitszustand identifiziert (Atun 2004: 7).

Auch Kringos et al. (2013) bestätigen Einflüsse von Struktur, Zugang, Koordination, Kontinuität und Umfang der Primärversorgung auf die Bevölkerungsgesundheit. Vermeidbare Krankenhausaufenthalte bei Asthma werden durch eine starke Primärversorgungsstruktur und umfassende Primärversorgung reduziert. Des Weiteren konnten die Krankenhauseinweisungen für Männer mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung in Primärversorgungssystemen mit ausgeprägter Koordination und für Patienten mit Diabetes in Primärversorgungssystemen mit gutem Zugang reduziert werden. Die Bevölkerungsgesundheit wird durch verschiedene Dimensionen der Primärversorgung signifikant verbessert. Es kommt aufgrund der Struktur und des Umfangs von Primärversorgung zu weniger Toten durch ischämische Herzerkrankungen. Die Struktur und Koordination von Primärversorgung verringern auch die Todeswahrscheinlichkeit von chronischem Asthma, Bronchitis und Emphysemen, während die Koordination die Sterbewahrscheinlichkeit von Frauen aufgrund von obstruktiven Atemwegserkrankungen reduziert. Generell ist die Koordination der Primärversorgung positiv mit einer geringeren Sterbewahrscheinlichkeit der Bevölkerung assoziiert.

Die von Kringos et al. (2010b) untersuchten Studien ergaben außerdem, dass speziell die Steuerung und die wirtschaftlichen Bedingungen die genannten Prozessvariablen beeinflussen. Struktur und Prozess einer umfangreichen Primärversorgung beeinflussen in der Ergebnisebene die Qualität, Effizienz und Gleichheit („equity“) für alle Bevölkerungsgruppen in der Primärversorgung. Eine gute Primärversorgung führt zu einer **qualitativ hochwertigeren Behandlung**. So werden die Verschreibungspraxis der Primärversorger, der Qualität der Diagnose und der Behandlung in der Primärversorgung beeinflusst, z.B. gibt es in Ländern mit guter Primärversorgung weniger Krankenhauseinweisungen aufgrund von „Ambulatory Care Sensitive Conditions“, d.h. Problemen, die als Folge von mangelnder Primärversorgung auftreten. Des Weiteren stärkt Primärversorgung die Qualität des Managements von chronischen Krankheiten durch bessere Behandlung und weniger vermeidbare Krankenhausaufenthalte. Studien zeigen auch eine qualitativ hochwertigere Behandlung von psychischen Erkrankungen und bessere Gesundheitsvorsorge für Mutter und Kind. Durch den Fokus auf Gesundheitsförderung konnten der Anteil von Fettleibigen und Rauchern sowie der Alkoholkonsum in der Bevölkerung gesenkt werden, während präventive Behandlungen wie Krebsvorsorgeuntersuchungen gesteigert wurden. Laut Atun (2004) zeigt die Evidenz, dass es keinen signifikanten Unterschied der Behandlungsqualität und Gesundheitsresultate zwischen Allgemeinmedizinern/Hausärzten und Spezialisten gibt. Es ist wahrscheinlicher, dass Hausärzte eine kontinuierliche und umfassende Betreuung sicherstellen, die in verbesserten Gesundheitsergebnissen resultiert.

Eine gute Primärversorgung trägt auch dazu bei, dass die **Gleichheit** und der **Zugang** in einem Gesundheitssystem verbessert werden. Studien in Industrieländern haben gezeigt, dass es mehr Ungleichheit beim Zugang zu Gesundheitsversorgung gibt, wenn das Gesundheitssystem auf Spezialisten ausgerichtet ist. Dagegen verbessern Investitionen in die Primärversorgung die Gleichheit des Systems (Atun 2004: 7). Auch Kringos et al. (2010b) bestätigen, dass Investitionen in Primärversorgung einen höheren Effekt auf Gleichheit (d.h. weniger Disparität der Gesundheitszustände) für die unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen haben als Investitionen in das Gesundheitssystem im Allgemeinen (Kringos et al. 2010b). Effekte der soziökonomischen Ungleichheit äußern sich zum Beispiel dadurch, dass es in Ländern mit einer stärkeren Kontinuität von Primärversorgung eine niedrigere soziökonomische Ungleichheit in der Selbstbeurteilung des Gesundheitszustandes gab (Kringos et al. 2013).

Zusätzlich hat eine **Gate-keeping-Funktion** von Hausärzten die Vorteile, dass es zu weniger Krankenhausaufnahmen, weniger Inanspruchnahme von Spezialisten und der Notaufnahme kommt sowie dass eine geringere Wahrscheinlichkeit besteht, eine falsche Behandlung zu bekommen. Vereinzelt gibt es auch widersprüchliche Studien, welche die Hypothese stützen, dass ein Gate-keeping der Hausärzte die Nutzung von Sekundärversorgung und Krankenhausaufenthalten nicht verringert und die Leistungen von Spezialisten weiter im gleichen Ausmaß nachgefragt werden (Atun 2004: 7). Ein Grund dafür liegt beispielsweise darin, dass durch eine ausgeweitete Primärversorgung Patienten in England, welche sonst keinen Arzt aufgesucht hätten, Behandlungen in Anspruch nehmen. Des Weiteren kann das Problem entstehen, dass Hausärzte ihre Leistungen zusätzlich zu und nicht anstelle von Leistungen der Sekundärversorgung erbringen (Coulter 1995). Gesundheitssysteme, in denen die Hausärzte eine ausgeprägte und restriktive Gate-keeper Rolle einnehmen, haben tendenziell niedrigere Gesundheitsausgaben. So scheint die Implementierung von Gate-keeping ein Schlüsselement auf dem Weg zu geringeren Gesundheitsausgaben zu sein. Jedoch sind Patienten in Gate-keeping Systemen mit der Primärversorgung weniger zufrieden (Kringos et al. 2003: 687).

Studien, welche im Detail die **Effizienz und Kosteneffektivität** von Primärversorgung untersuchen, sind nur eingeschränkt vorhanden. Kringos et al. (2013) stellen fest, dass Gesundheitsausgaben in Ländern mit einer ausgeprägten Dimension der Primärversorgungsstruktur höher sind als in Ländern, wo diese geringer ausgeprägt ist. Dafür gibt es in Ländern mit umfassenderer Primärversorgung (hohe Werte bei Dimension Umfang) ein langsames Wachstum der Gesundheitsausgaben. Länder mit ausgeprägter Primärversorgungsstruktur hatten anscheinend von Beginn an höhere Gesundheitsausgaben, während die „Comprehensiveness“ die Kostenzunahme abschwächt. Außerdem könnte eine starke Primärversorgungsstruktur teurere Konzepte begünstigen, wie z.B. die Dezentralisierung der Leistungserbringung, den Schutz der Patientenrechte, die Implementierung von finanziellen Mechanismen oder ein Ausbildungssystem für Hausärzte (Kringos et al. 2013).

Atun (2004: 7) stellt fest, dass Gesundheitssysteme oder auch Landesteile, die über einen relativ hohen Anteil an Fachärzten verfügen, im Vergleich höhere Gesundheitsausgaben und einen schlechteren Zugang zu Gesundheitsversorgung haben. Dies wird darauf zurückgeführt, dass hier Hausärzte die Patientenströme nicht durch Gate-keeping steuern können und Fachärzte teurer sind und teurere Technologien einsetzen. In Norwegen und Großbritannien hat sich gezeigt, dass Krankenhäuser, die von Allgemeinmedizinern geführt werden und diese beschäftigen („GP hospitals“ und „community hospitals“), und als Vorstufe zu „Vollkrankenhäusern“ dienen, Leistungen günstiger erbringen und zu weniger Krankenhauseinweisungen in „Vollkrankenhäuser“ führen. Die Behandlungen von Allgemeinmedizinern waren, verglichen mit Behandlungen durch Spezialisten im Krankenhaus, aufgrund von weniger Diagnostiken, weniger Überweisungen und weniger ärztlichen Rezepten kosteneffektiver, ohne dass es zu signifikanten Unterschieden in Patientenzufriedenheit und Gesundheitszustand kam (Atun 2004: 8).

Eine ausgeprägte Primärversorgung führt laut Atun (2004: 8) trotz der Nebenbedingung der Kostenkontrolle zu einer größeren **Patientenzufriedenheit**. Die Zufriedenheit wird dabei stark von der Art und Weise der Leistungserbringung, den Charakteristika des Arztes, der Verfügbarkeit von Primärversorgung außerhalb der Geschäftsstunden, einer kontinuierlichen Behandlung und der Bereitstellung von Routineuntersuchungen beeinflusst. In den USA führte die Gate-keeping-Funktion von Hausärzten, die einen direkten Zugang zu Spezialisten verhindert, zu Unzufriedenheit der Patienten. Das liegt vermutlich daran, dass Patienten daran gewöhnt waren, sich den Arzt frei auszusuchen und das neue System als Einschränkung empfanden. Kroneman et al. (2006) stellen in einer Analyse von 18 europäischen Ländern fest, dass Patienten in Ländern mit einem Gate-keeping System mit den nicht-medizinischen Aspekten der Primärversorgung unzufriedener waren, während es in der Beurteilung der tatsächlichen medizinischen Versorgung, wie der Kommunikation mit dem Arzt oder der Qualität der Behandlung, aber keinen Unterschied gab. Auch für Österreich ist so ein Verhalten zu erwarten, sollte ein Gate-keeping eingeführt werden, sodass eine geeignete change-Strategie entwickelt werden müsste.

Starfield et al. (2005: 474ff) fassen die internationalen Forschungsergebnisse in einer Analyse zu sechs Mechanismen zusammen, auf welche die Wirksamkeit von Primärversorgung zurückgeführt werden kann. Erstens erleichtert Primärversorgung den Zugang zu Gesundheitsversorgung besonders für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen. Zweitens trägt Primärversorgung zur Qualität der klinischen Versorgung bei. Hausärzte und Allgemeinmediziner behandeln häufige Krankheiten mindestens genauso gut wie Fachärzte und für seltene Krankheiten erzielt eine Kooperation zwischen Haus- und Facharzt die besten Ergebnisse. Drittens stärkt Primärversorgung die Gesundheitsprävention. Die Evidenz zeigt, dass präventive Maßnahmen am effektivsten sind, wenn sie nicht an einzelne Krankheiten gekoppelt werden. Viertens trägt Primärversorgung zu einer frühzeitigen Erkennung von Krankheiten bei. Dadurch können die Patienten schon behandelt werden, bevor Krankenhausaufenthalte und

Notfallaufnahmen benötigt werden. Fünftens tragen die Charakteristika von Primärversorgung, besonders in der Form einer ganzheitlichen, personenzentrierten Versorgung zu einer besseren Behandlung bei. Es braucht zwei bis fünf Jahre, bis ein ausreichendes Wissen und Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient aufgebaut wird. Diese Kontinuität der Primärversorgung wird mit höherer Patientenzufriedenheit, besserer Compliance und weniger Krankenhaus- und Notfallaufnahmen assoziiert. Als sechsten Mechanismus führen die Autoren an, dass Primärversorgung unnötige oder ungeeignete fachärztliche Versorgung reduziert.

Obwohl die Evidenz für eine Stärkung der Primärversorgung spricht, werden die entsprechenden finanziellen Mittel in den meisten Ländern größtenteils immer noch Krankenhäusern und Fachärzten zugeteilt. Diese Entwicklung kann mit der öffentlichen Wahrnehmung von Primärversorgung begründet werden. Primärversorgung wird von Teilen des Gesundheitspersonals und politischen Entscheidungsträgern als Kontrollmechanismus gesehen, um Kosten zu reduzieren und den Zugang zu Sekundärversorgung zu steuern. Die Qualitätsverbesserung durch Primärversorgung wird dabei nur in geringem Ausmaß wahrgenommen (Atun 2004: 9).

3. Internationale Modelle der Primärversorgung

Obwohl die Gesundheitssysteme der verschiedenen westlichen Staaten sehr divers sind, stehen alle durch die gleichen Entwicklungen unter Druck. Dazu gehören die Alterung der Bevölkerung, technischer Fortschritt, wachsende Last durch chronische Krankheiten, Individualisierung der Gesellschaft, steigende Patientenansprüche und vermehrte kulturelle und ethnische Vielfalt. Dies führt zu verstärkten Reformbemühungen der Länder, um die Qualität, Wirtschaftlichkeit und den Zugang des Gesundheitssystems auch zukünftig sicherzustellen zu können. Bei diesen Reformen spielt der Einsatz bzw. Ausbau von moderner primärmedizinischer Versorgung meist eine wichtige Rolle (Health Council of the Netherlands 2004). Am stärksten ist die Primärversorgung in staatlichen Gesundheitssystemen (Beveridge-System, z.B. im Vereinigten Königreich) ausgeprägt, während sie in Systemen mit sozialer Krankenversicherung (Bismarck-System, z.B. Deutschland) schwächer und später umgesetzt wurde (Donner-Banzhoff 2009: 238). Im Folgenden werden als repräsentativer Ausschnitt Modelle aus Deutschland, den Niederlanden, England und den USA dargestellt. Damit sollen Ansatzpunkte geliefert werden, welche alternativen Möglichkeiten es für eine Umsetzung der Primärversorgung gibt. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Merkmale von Primärversorgung in Deutschland (für die hausarztzentrierte Versorgung), England, den Niederlanden, den USA (für Patient centered Medical Homes) und Österreich.

Tabelle 3: Primärversorgung im internationalen Vergleich

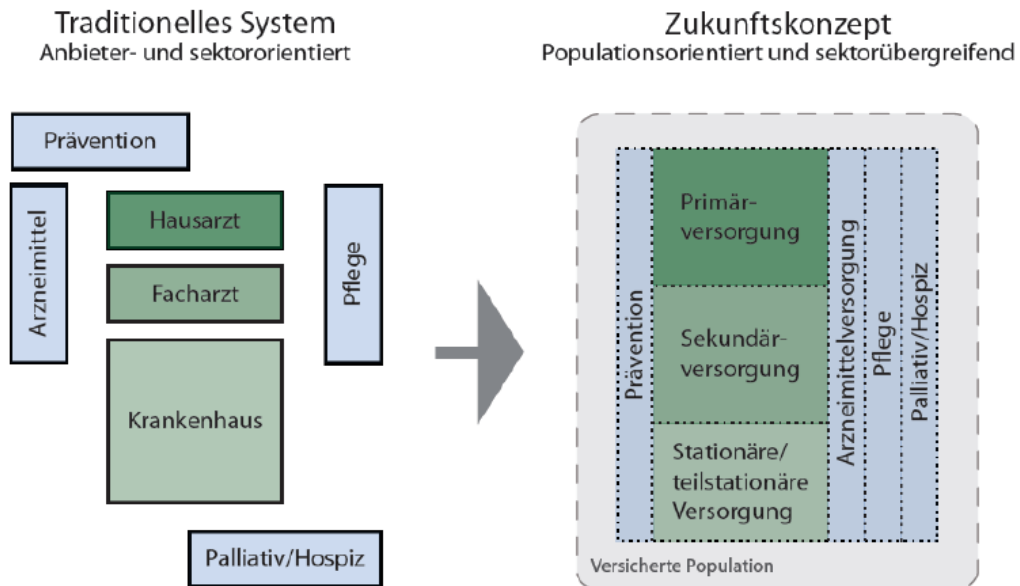
	GER/HZV	ENG	NED	USA/PCMH	AUT
Erste Kontaktstelle	X	X	X	X	(X)
Gate-keeping	X	X	X		
Ganzheitliche Betreuung	(X)	(X)	(X)	X	(X)
Kontinuierliche Betreuung	X	X	X	X	(X)
Koordination des Behandlungsprozesses	X	X	X	X	
Leistungserbringung durch Krankenpflegepersonal	X	X	X	X	
PV außerhalb der Öffnungszeiten		X	X	X	
Zugänglich für Großteil der Bevölkerung	X	X	X		X
Erbringt Großteil der Gesundheitsversorgung	X	X	X	X	
Evidenzbasierung	X	X	X	X	
Qualitätssicherung	X	X	X	X	(X)

Quelle: Eigene Darstellung, IHS HealthEcon 2013

3.1. Deutschland

In Deutschland wurden mit der Stärkung der Integrierten Versorgung nach § 73b SGB V Modelle der Hausarztzentrierten Versorgung ermöglicht. Dabei ist der Hausarzt die zentrale Anlaufstelle für Patienten, koordiniert alle Behandlungen und nimmt eine Gate-keeper-Funktion ein. Die Gruppe der hausärztlich tätigen Vertragsärzte besteht in Deutschland aus Fachärzten für Allgemeinmedizin, praktischen Ärzten, Fachärzten für Innere Medizin und Fachärzten für Kinderheilkunde (Busse und Riesberger 2005: 115). Versicherte können Fachärzte (außer Augenärzte und Gynäkologen) nur noch auf Überweisung des selbst gewählten Hausarztes aufsuchen. Durch die freiwillige Einschreibung in ein Hausarztmodell können die Versicherten finanzielle Vorteile wie eine Zuzahlung zu Arztbesuchen oder Arzneimitteln lukrieren. Mit dem GKV-Wettbewerbsgesetz 2007 wurden die Regelungen zur Hausarztzentrierten Versorgung verschärft. Demnach sind die Krankenkassen nunmehr verpflichtet, ihren Versicherten ein Hausarztmodell anzubieten. Teilnehmende Hausärzte müssen nun strukturierte Qualitätszirkel zur Arzneimitteltherapie besuchen, die Behandlung muss sich an evidenzbasierten Leitlinien orientieren, und es ist ein hausarztspezifisches Qualitätsmanagement einzurichten. Die Teilnahme ist weiterhin freiwillig, allerdings sind Versicherte ein Jahr lang an ihre Verpflichtung, Fachärzte nur nach entsprechender hausärztlicher Überweisung aufzusuchen, gebunden (Greß und Stegmüller 2009).

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen stellt mit seinem Sondergutachten 2009 „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ erneut die Primärversorgung in den Mittelpunkt. Wie in Abbildung 5 illustriert, empfiehlt der Sachverständigenrat eine Integration aller Sektoren mit einer gleichzeitigen Stärkung der Primärversorgung. Hausärzte sollen als verpflichtende erste Anlaufstelle und Gate-keeper die Leistungserbringung koordinieren. Eine starke Primärversorgung wird als Voraussetzung für die Implementierung von Konzepten der Integrierten Versorgung gesehen.

Abbildung 5: Von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung

Quelle: Sachverständigenrat 2009: 505

Um die Primärversorgung zu stärken, ist auch eine Reform des Vergütungssystems notwendig. So soll die Vergütung von der Erbringung einzelner Leistungen und der persönlichen Inanspruchnahme möglichst abgekoppelt sein. Daher empfiehlt der Sachverständigenrat (2009) die Zahlung einer Kopfpauschale je eingeschriebenem Patienten als Basis. Ein Teil dieser Vergütung soll abhängig von der nachgewiesenen Versorgungsqualität ausbezahlt werden. Einzelleistungen, die auch von nichtärztlichem Personal erbracht werden können, sollen gesondert vergütet werden, wenn sie als besonders wichtig eingestuft sind (z.B. Prävention, Hausbesuche). Die Vergütung soll nicht primär auf der Anzahl der Arztbesuche basieren, um Anreize für eine überhöhte persönliche Kontaktrate zu vermeiden.

Beyer et al. (2010: 161) beschreiben ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland: „Primärversorgungspraxen (PVP) sind „entwickelte Organisationen“ (...), die im Rahmen eines Einschreibemodells die umfassende Versorgung einer feststehenden Patientenpopulation übernehmen (sogenanntes panel management). Um eine solche umfassende Versorgung anbieten zu können, wird der Zusammenschluss von Einzelpraxen zu einer größeren Einheit empfohlen, die in der Lage ist, mehrere Hausärzte sowie spezialisierte MFA [medizinische Fachangestellte] und/oder Krankenschwestern zu beschäftigen. Darüber hinaus ermöglichen größere Praxen erweiterte Öffnungszeiten für Patienten und flexible Arbeitszeitmodelle für Mitarbeiter (...). Weitere Kennzeichen einer „entwickelten Organisation“ sind die Realisierung eines Teamansatzes in der Versorgung sowohl innerhalb als auch außerhalb der Praxis unter Einbeziehung nichtärztlicher Berufe (...). Im Rahmen von Liaison-Modellen erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit

Fachspezialisten aus Klinik oder Praxis (...). Hausärzte nehmen dabei die Rolle von Koordinatoren/Moderatoren ein und behalten die Letztverantwortung im Versorgungsprozess (...).“ Für eine Umsetzung des PVP-Modells bedarf es Anreize in der Infrastruktur, der Vergütung sowie der Personal- und Organisationsentwicklung. Zuerst müssen Räumlichkeiten entsprechender Größe gefunden, umgebaut und vor allem finanziert werden. Außerdem ist ein umfangreiches IT-System mit einer gemeinsamen elektronischen Patientenakte notwendig. Im Sinne der Personalentwicklung benötigen die Mitarbeiter eine Aus- und Weiterbildung, um den neuen Anforderungen gerecht werden zu können. Hausärzte brauchen zusätzlich Führungs- und Moderationsqualifikationen für die Koordination des Behandlungsablaufs. Des Weiteren müssen die Organisation und die Prozesse in der Hausarztpraxis umstrukturiert werden. Um Investitionen in Infrastruktur und Personal- und Organisationsentwicklung zu ermöglichen, muss die Finanzierung von Hausärzten verbessert werden. Koordinations-, Kooperations- und Managementleistungen, Präventionsangebote und Leistungen nichtärztlichen Personals müssen finanziell honoriert werden. Zusätzlich sollte es finanzielle Anreize für die Nutzung von funktionellen IT-Lösungen und Qualitätsförderungsmaßnahmen sowie für eine bessere Erreichbarkeit der Praxis (u.a. mittels moderner Kommunikationsmittel) geben (Erlor et al. 2010).

3.2. Niederlande

Die Niederlande haben eines der modernsten Primärversorgungssysteme in Europa und sind bemüht, dieses konstant weiterzuentwickeln. Primärmedizinische Leistungen werden dabei nicht nur von Allgemeinmedizineren, sondern auch von Physiotherapeuten, Pharmazeuten, Psychologen und Hebammen erbracht (Schäfer et al. 2010: 148). Das Krankenpflegepersonal wird zu „practice nurses“ ausgebildet, welche medizinische Aufgaben z.B. im Zusammenhang mit chronisch Kranken mit Diabetes oder COPD übernehmen und auch Medikamente verschreiben dürfen.

Es wurden aber nicht nur die Rollen anderer Gesundheitsberufe gestärkt, sondern auch die der Allgemeinmediziner. Seit Mitte der 70er Jahre wurde die Allgemeinmedizin an den medizinischen Fakultäten und im Medizinstudium gestärkt. Es wurden strukturierte Facharztweiterbildungen für Hausärzte geschaffen und die hausärztlichen Vereinigungen gestärkt. Zusätzlich wurden hausärztliche Leitlinien entworfen und ein System der Patientendokumentation und des Qualitätsmanagements etabliert (Sachverständigenrat 2009: 421).

Hausärzte („huisarts“) erfüllen in den Niederlanden auch die Rolle eines Gate-keepers und steuern den Zugang ihrer Patienten zu Spezialisten und Krankenhäusern. Dafür sind alle Bewohner bei einem Hausarzt in ihrer Umgebung registriert, den fast alle innerhalb von 15 Minuten von ihrem Wohnsitz aus erreichen können. Patienten können ihren Hausarzt frei wählen und auch ohne Einschränkung wechseln, jedoch haben Ärzte auch das Recht, Patienten abzulehnen. Außerdem sind Leistungen der Primärversorgung vom

verpflichtenden Selbstbehalt ausgenommen. Die meisten Hausärzte sind Mitglieder der Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), welche als Gesellschaft für Allgemeinmedizin medizinische Richtlinien für 85 Beschwerden bezüglich Anamnese, Untersuchung, Behandlung, Verschreibung und Überweisung herausgegeben hat. Ungefähr 96% aller Hausarztbesucher können innerhalb der Hausarztpraxis behandelt werden und nur 4% werden an die Sekundärversorgung oder andere Primärversorger überwiesen. Außerhalb der normalen Ordinationszeiten, also in der Nacht und an Wochenenden, wird Primärversorgung durch größere Ärztkooperativen erbracht. Diese haben auch für die Notfallversorgung eine Gate-keeping-Funktion. Sie erbringen Notfallversorgung teilweise selbst und überweisen die Patienten ansonsten ins Krankenhaus (Schäfer et al. 2010: 148).

3.3. England

Das englische Gesundheitssystem hat eines der am besten entwickelten und akzeptierten Primärversorgungssysteme, welches seine Krise Ende des 20. Jahrhunderts überwunden haben dürfte. Allgemeinmediziner („general practitioners“) und ausgebildete Krankenpfleger sind die ersten Ansprechpartner und Mittelpunkt der Gesundheitsversorgung. Allgemeinmediziner arbeiten meistens in Gruppenpraxen von zwei bis sechs Ärzten und ihre Arbeit wird durch eine Bandbreite an anderen Gesundheitsberufen (wie Krankenpflegern, Physiotherapeuten und Fußpflegern) ergänzt. Krankenpfleger beziehungsweise „general nurses“ übernehmen Impfungen, chronisches Disease-Management, Gesundheitsförderung und Gesundheitsbewertung älterer Patienten (Boyle 2011: 228). Allgemeinmediziner in England bieten demnach breit gefächerte Leistungen an, die von diagnostischen Leistungen, kleineren Operationen und Familienplanung hin zur Behandlung von akut und chronisch kranken Patienten und unheilbar Kranken reichen. Als ersten Kontaktpunkt mit dem Patienten kommt Allgemeinmedizinern in England auch die Rolle eines „Gate-keepers“ zu und sie überweisen Patienten wenn nötig an Fachärzte und Krankenhäuser. Notfall- bzw. Unfallambulanzen können aber ohne vorherige Überweisung aufgesucht werden.

Zusätzlich zu den allgemeinmedizinischen Hausarztpraxen wird Primärversorgung auch durch „walk-in centres“ und „NHS Direct“, einen Telefon- und Internetservice, erbracht. „Walk-in centres“ werden von Krankenpflegefachkräften geführt und bieten die Behandlung von minderschweren Krankheiten und Verletzungen (Infektionen, Wunden, Schnittverletzungen, Frakturen, Verbrennungen etc.) an. Sie sind an 365 Tagen im Jahr geöffnet. Im Rahmen von „NHS Direct“ können Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege rund um die Uhr über Telefon und Internet kontaktiert werden und wenn nötig werden Patienten an die entsprechenden Stellen weitergeleitet. Auch durch Hausbesuche übernehmen „district nurses“ und „health visitors“, welche als diplomierte Krankenpflegefachkraft eine Zusatzausbildung erhalten, Leistungen der Primärversorgung (Boyle 2011: 229).

Patienten können ihren Hausarzt frei wählen und ihre Hausarztpraxis gebührenfrei aufsuchen. In berechtigten Fällen, wie bei Gewalttätigkeit, dürfen Ärzte Patienten ablehnen. Diese haben umgekehrt die Möglichkeit, ihren Hausarzt jederzeit zu wechseln. Es gibt keine exakten Zahlen darüber, welcher Anteil der Bevölkerung bei einem Hausarzt registriert ist. Allerdings wird davon ausgegangen, dass der Großteil der Bevölkerung einen Hausarzt hat und eine Nicht-Registrierung nur bei Ausnahmefällen wie obdachlosen Personen oder Personen, die nur vorübergehend an einem Ort wohnen, vorliegen.

Obwohl die Primärversorgung in England seit Langem eine wichtige Rolle einnimmt, stand sie Ende des 20. Jahrhunderts einer Krise gegenüber. Hausärzte wurden durch viele Überstunden und geringe Bezahlung demotiviert, während die Qualität stark schwankte. Als Abhilfe wurde das Quality and Outcomes Framework (QOF) eingeführt und der Anteil der Gesundheitsausgaben erhöht. Hausärzte können sich zusätzliches Einkommen erarbeiten, indem sie die Indikatoren des QOF erfüllen. Diese beinhalten Zielvorgaben für die Behandlung chronisch Kranker, die Organisation der Versorgung und die Patientenorientierung. Gemessen werden die Indikatoren durch eine automatische elektronische Datenauswertung, für welche wiederum die Kosten der IT übernommen wurden. Nach den Reformen verbesserte sich nicht nur die Qualität der Primärversorgung, sondern auch die Zufriedenheit und das Einkommen der Ärzte. Potentielle Gefahren stellen dabei eine Vernachlässigung der Tätigkeiten ohne Anreizvergütung und ein Vertrauensverlust zwischen Kostenträger, Patient und Arzt dar (Doran, Roland 2010). Der „Health and Social Care Act 2012“, welcher mit 1. April 2013 in Kraft trat, hat zu einer substantiellen Umstrukturierung in der Finanzierung des englischen Gesundheitswesens geführt. Es wird sich zeigen, inwieweit diese Änderungen die Qualität und Effizienz der Primärversorgung beeinflussen.

3.4. USA

Die USA sind entsprechend der vorherrschenden wirtschafts- und gesellschaftspolitischen Doktrin an sich der klassische Fall eines Landes mit starker patientengetriebener Inanspruchnahme, hohem fachärztlichen Anteil im niedergelassenen Bereich und vorherrschender Einzelleistungsvergütung. Demgegenüber stehen Bestrebungen, die Versorgung besser zu integrieren. Im Folgenden wird das Modell der „Patient-centered medical homes“ (PCMH) vorgestellt, welche aber nur für einen Teil der Bevölkerung zugänglich sind.

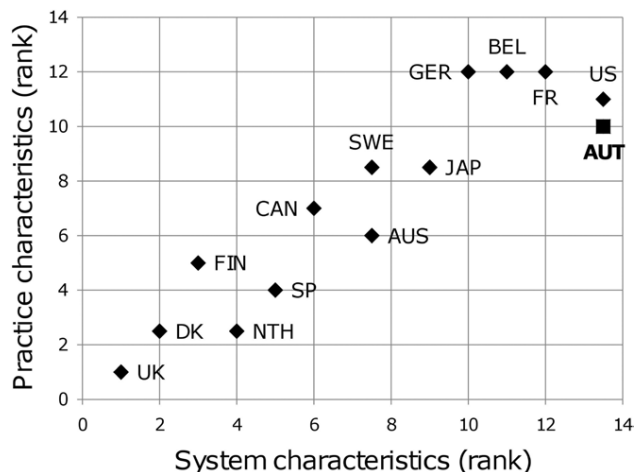
Das Modell „**Patient-centered medical homes**“ (PCMH) wurde in den USA in den 70er Jahren entwickelt und kontinuierlich reformiert. Den Kern der unterschiedlichen Modelle bildet eine patientenorientierte, persönlich koordinierte und auf Langzeitbegleitung ausgerichtete Versorgung gegensätzlich zu der vorherrschenden episodischen, krankheits- oder beschwerdebezogenen Versorgung. Der Hausarzt nimmt dabei eine zentrale Rolle ein und begleitet den Patienten über einen langen Zeitraum. Die sieben Grundprinzipien des Modells

sind: „(1) Jeder Patient hat einen persönlichen Arzt. (2) Der persönliche Arzt leitet ein Team von Gesundheitsprofessionals, welches als Gesamtheit für die Behandlung verantwortlich ist. (3) Der persönliche Arzt ist verantwortlich für die „ganze Person“. (4) Die Patientenversorgung ist über ihr gesamtes Kontinuum im Gesundheitswesen und in der Gemeinde abgestimmt (...). (5) Qualität und Sicherheit sind die entscheidenden Merkmale der medizinischen Praxis. (6) Verbesserter Zugang zur Gesundheitsversorgung wird durch offene Termingestaltung, erweiterte Öffnungszeiten und durch neue Optionen wie Gruppensprechstunden, Telefonsprechstunden ermöglicht. (7) Diese neuen Werte müssen sich in der Vergütung abbilden.“ Des Weiteren verlangen die Verbände von ihren Praxen, dass sich diese u.a. auf evidenzbasierte Leitlinien stützen, einen sicheren Informationsaustausch gewährleisten und an Feedback- und Fortbildungsprogrammen teilnehmen. (Sachverständigenrat 2009: 423). Die Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ 2013) definiert ein „Patient-centered medical home“ nicht als physischen Ort, sondern als Organisation, die fünf Kernfunktionen der Primärversorgung erbringt. Dazu zählen „Comprehensive Care“, d.h. im Rahmen des PCMH wird der Großteil aller Gesundheitsleistungen inklusive Prävention von einem Team an Ärzten, Krankenpflegern, Apothekern, Ernährungsberatern, Sozialarbeitern etc. erbracht. In kleineren Praxen werden virtuelle Teams von Gesundheitspersonal geschaffen, um eine umfassende Versorgung zu gewährleisten. Die zweite Kernfunktion ist „Patient-Centered“. Es werden die Familie des Patienten und die speziellen Bedürfnisse, Werte und Präferenzen in die Behandlung miteinbezogen und die Patienten ermutigt, am Management ihrer Krankheit aktiv mitzuwirken. Im dritten Punkt „Coordinated Care“ werden alle Gesundheitsdienstleister wie Fachärzte, Krankenhäuser, häusliche Pflege und Sozialdienst vom PCMH koordiniert. Viertens werden unter „Accessible Services“ kurze Wartezeiten für dringende Fälle, erweiterte Öffnungszeiten, Rund-um-die-Uhr-Betreuung über Telefon oder Internet durch ein Teammitglied und die Betreuung durch alternative Kommunikationsmethoden wie Telefon oder E-Mail verstanden. Das PCMH soll seinen Zugang nach den Patientenpräferenzen ausrichten. Die fünfte Kernfunktion stellt „Quality and Safety“ dar. Die Behandlung in PCMH soll sich nach evidenzbasierten Leitlinien richten und Patienten und Familien in Entscheidungen miteinbeziehen. Des Weiteren wird die Leistung gemessen und Daten über Qualität, Sicherheit und Verbesserungsmaßnahmen sollten veröffentlicht werden. Als Hilfsmittel für PCMH schlägt AHRQ (2013) den Aufbau einer Gesundheits-IT vor, um Patienteninformationen zu sammeln und zu organisieren. Diese soll dazu benutzt werden, Kommunikation, klinische Entscheidungen und Patienten-Selbstmanagement zu unterstützen. Außerdem sollen verschiedenste Gesundheitsberufe in PCMH Leistungen der Primärversorgung erbringen und speziell dafür ausgebildet werden. Auch eine Reform der Bezahlung von Primärversorgungsleistungen ist dringend notwendig. Anstelle von Einzelleistungsvergütungen sollen Anbieter auch für Koordinierung und besseren Zugang vergütet werden und Leistungen des Behandlungsteams honoriert werden. Es werden auch Incentives benötigt, um Doppelleistungen zu reduzieren (AHRQ 2013).

4. Empfehlungen für Österreich

Stigler, Starfield, Sprenger, Salzer und Campbell (2013) evaluieren das österreichische Gesundheitssystem anhand der 15 von Starfield (1998, zit. nach Stigler et al. 2013) vorgeschlagenen System- und Praxismerkmale (vgl. Kapitel 1) und diagnostizieren viel Verbesserungspotenzial. Österreich konnte nur 7 von 30 möglichen Punkten erreichen und zählt damit klar zu den „low primary care countries“. Es wurden die Systemmerkmale, welche die strukturellen Vorbedingungen des Gesundheitssystems für Primärversorgung darstellen, mit 4 von 18 möglichen Punkten beurteilt, während die Praxismerkmale, die die tatsächliche Durchführung von Primärversorgung beschreiben, 3 von 12 Punkten erhielten. Abbildung 6 zeigt die Evaluierung des österreichischen Primärversorgungssystems im internationalen Vergleich.

Abbildung 6: System- und Praxismerkmale der Primärversorgung



Quelle: Stigler et al. 2013: 188

Boerma (2013) beobachtet in der österreichischen Gesundheitsversorgung eine starke Orientierung hin zur Sekundärversorgung. Primärversorgung ist zwar gut zugänglich, aber unterbesetzt und in Form von Kleinunternehmen organisiert. Es gibt wenig zentrale Steuerung der Primärversorgung (z.B. Out-of-hours care oder Disease Management Programme) und auch die Versorgung außerhalb der Sprechstunden ist nicht strukturiert. Des Weiteren steht der großen Arbeitsbelastung von Hausärzten durch die individuelle Patientenversorgung eine wenig ausgeprägte Anreizstruktur gegenüber. Die Hausärzte arbeiten in relativer Isolation, ohne strukturierte Kooperation in der Primärversorgung oder mit Spezialisten. Dazu kommt ein sub-optimaler Informationsaustausch zwischen den Leistungserbringern. Medizinische Eingriffe sind Schwachstellen in der klinischen Versorgung durch Hausärzte. Auch Pharmazeuten sind kein Teil der Primärversorgung, wohingegen sie in anderen Ländern darin eingebunden sind.

Um die Primärversorgung in Österreich zu verbessern, werden im Folgenden aus der Konzeptualisierung und den internationalen Beispielen der Primärversorgung Empfehlungen für Österreich abgeleitet. Es ist es jedoch notwendig, nicht nur punktuelle Veränderungen durchzuführen, sondern Systemvoraussetzungen für eine erfolgreiche Primärversorgung zu schaffen. Änderungen sollten dazu auf drei Ebenen erfolgen:

- der Ebene der direkten Interaktion zwischen Patient und Gesundheitspersonal (*Mikroebene*)
- der Ebene der Organisation der Leistungserbringung (*Mesoebene*)
- der Ebene des Gesundheitssystems (*Makroebene*)

In Tabelle 4 im Anhang werden internationale Weiterentwicklungsvorschläge für die Primärversorgung nochmals übersichtlich zusammengefasst.

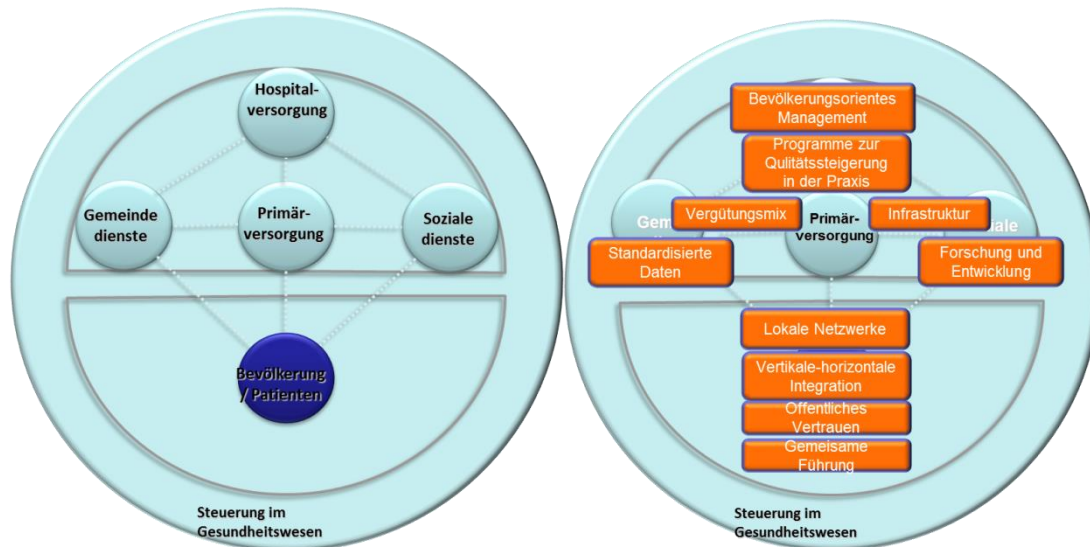
4.1. Primärversorgung der Zukunft

Zukunftskonzepte der Primärversorgung, wie sie von Porter et al. (2013) oder dem englischen Royal College of General Practitioners (2007) beschrieben werden, setzen auf interdisziplinäre „Primary health care teams“. In einer Primärversorgungspraxis arbeiten neben Hausärzten diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger und andere Pflegekräfte, Psychologen, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Hebammen, Diätologen, Pharmazeuten etc. als Primärversorger in enger Kooperation. Diese tauschen Patienteninformationen mittels elektronischer Gesundheitsakten aus. Durch mehr Personal werden längere Öffnungszeiten gewährleistet und zusätzlich werden erweiterte Auskunftsmöglichkeiten über E-Mail und Telefon angeboten.

Porter et al. (2013) schlagen vor, dass Primärversorgung rund um Subgruppen von Patienten mit ähnlichen Erfordernissen organisiert wird. Für diese Gruppen sollen in der Folge Team-basierte, maßgeschneiderte Versorgungsleistungen erbracht werden. Die Kosten der Behandlung und die Ergebnisse sollen routiniert für jede Subgruppe gemessen werden. Die Vergütung soll sich an den Kosten der einzelnen Gruppen orientieren und eine Verbesserung der Behandlungsergebnisse finanziell belohnt werden.

Das Bellagio-Modell geht auf eine internationale Expertengruppe zurück, die 2008 in Bellagio ein bevölkerungsorientiertes Primärversorgungssystem entwickelte. Die Absicht dahinter war, „auf Basis der aktuellsten Forschung, theoretischer Modelle und praktischer Erfahrungen die für leistungsfähige Primärversorgung im 21. Jahrhundert essentiellen Erfolgsfaktoren zu identifizieren und bei der Umsetzung in Praxis, Planung und Politik unterstützend tätig zu sein“ (Schlette et al. 2009: 467). Dazu wurden zehn Kernelemente herausgearbeitet, deren gleichmäßige Erfüllung als Kriterium für eine bevölkerungsorientierte Primärversorgung gesehen wird. Abbildung 7 zeigt die Kernelemente im Überblick.

Abbildung 7: Die 10 Kernelemente des Bellagio-Modells



Quelle: Gensichen 2013

Das erste Element ist die **gemeinschaftliche Führung** (Shared Leadership). Leistungserbringer, Kostenträger, Experten und politische Verantwortliche erarbeiten gemeinsam ein Konzept für eine landesweite oder regionale Primärversorgung. Dabei werden sie strategisch von unabhängigen Steuerungsgremien unterstützt. Das zweite Merkmal ist **öffentliches Vertrauen** (Public Trust) der Bevölkerung in Politik und politische Entscheidungsträger sowie in Zuverlässigkeit und Transparenz von Entscheidungsabläufen im Gesundheitswesen. Dafür sind positive Erlebnisse der Vergangenheit mit ausschlaggebend. Drittes Kernelement ist die **vertikale und horizontale Integration** - d.h. die Kooperation zwischen Primär- und Sekundärversorgung sowie zwischen Gesundheits- und Sozialberufen in der Gemeinde und Region ist zu stärken. Viertens sind **fachliche Netzwerke vor Ort** (Networking of Professionals) zu fördern, wie z.B. Praxisnetze, Qualitätszirkel oder Laborgemeinschaften, welche nicht nur Fortbildung und Qualitätsförderung, sondern auch Effizienzsteigerungen ermöglichen. Fünftens wird eine **standardisierte Datenerhebung** (Standardized Measurement) vorausgesetzt. Diese ermöglicht eine Messung von Zugang, Qualität, Sicherheit und Effizienz sowie eine evidenzbasierte Entscheidungsfindung durch systematisch entwickelte Indikatoren. Das sechste Kernelement bilden **Forschung und Entwicklung**, welche eine umfassende Entscheidungsfindung in Praxis und Management unterstützen. Siebtens wird ein **Vergütungsmix** (Payment Mix) von Kopfpauschalen und zusätzlicher erfolgsabhängiger Vergütung angeregt. Achtes Kernelement ist die **Infrastruktur** der Primärversorgung, welche durch evidenzbasierte Leitlinien und Informationstechnologien (z.B. bei strukturierten Behandlungsprogrammen, Unterstützung des Patientenselbstmanagements) gestärkt werden kann. Neuntens führen **aktive Praxisverbesserungsprogramme** (Active Programmes for Practice Improvement) zur Verbesserung der täglichen Arbeit. Das zehnte Kernelement ist **bevölkerungsorientiertes Management**, in dessen Rahmen gesunde

Bevölkerungsgruppen durch Prävention und Gesundheitsförderung sowie akut und chronisch kranke Personen durch Behandlung, Schulung und Self-Care Management unterstützt werden. Durch die Vereinigung dieser zehn Kernelemente kann das Bellagio-Modell als Bezugsrahmen, Diagnoseraster und Bewertungssystem verwendet werden. (Schlette et al. 2009: 470f)

Von den USA ausgehend hat sich das Chronic Care-Modell (CCM) entwickelt. Es soll bestehende Defizite (Chronic Care Crisis) durch eine ganzheitliche Versorgung chronisch Kranker über die einzelnen Sektoren hinweg bewältigen. Dabei wird der Fokus weg von akut und reaktiv hin zu einer proaktiven, geplanten und populationsbasierten Versorgung gelegt. Zu den Elementen des CCM zählen das Gesundheitssystem, das Teil des größeren Gemeinwesens sein sollte, Patientenselbstmanagement, Stärkung der Patientenrolle und -kompetenz sowie gezielte Unterstützung klinischer Entscheidungen durch evidenzbasierte Leitlinien und Versorgungspfade. Auch die täglichen Arbeitsabläufe sollen strukturiert und durch eine verantwortliche und effektive Aufgabenteilung erleichtert werden und klinische Informationssysteme sollen Patientenmonitoring und Qualitätsentwicklung ermöglichen. (Sachverständigenrat 2009; Wagner et al. 2001)

4.1.1. Elemente der Primärversorgung

Im Folgenden werden Bausteine von Primärversorgungskonzepten auf den Ebenen der direkten Interaktion zwischen Patient und Gesundheitspersonal und der Organisation der Leistungserbringung angeführt, mit deren Umsetzung Primärversorgung in Gesundheitssystemen gestärkt werden kann. Darüber hinaus braucht es auf der Makro-Ebene des Gesundheitssystems gewisse Voraussetzungen, wie z.B. eine geeignete Regulierung und Aus- und Weiterbildung von Gesundheitspersonal.

- **Multiprofessionelle Teams**

In ausgeprägten Primärversorgungssystemen werden Leistungen in multiprofessionellen Teams (u.a. mit diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegern und anderen Pflegekräften, Psychologen, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Hebammen, Diätologen, Pharmazeuten) erbracht. Die Versorgungsaufträge und Verantwortungsbereiche sind kompetenzabhängig aufeinander abgestimmt. Im Health System Watch I/2012 wird näher auf die Health Professionals der Zukunft eingegangen.

- **Verbindung zu Pflege, Sozialwesen und Rehabilitation**

Primärversorgung ist nicht nur Primärärzten und Ordinationsangestellten zuzuordnen. Stattdessen ist die horizontale Integration mit der Pflege, dem Sozialwesen und der Rehabilitation wohnortnah umgesetzt.

- **Koordination der Leistungen und Lotsenfunktion**

Der Primärarzt ist der Advokat des Patienten gegenüber allen anderen Leistungserbringern. Er koordiniert den gesamten Behandlungsablauf und hält mit Fachärzten und anderem Gesundheitspersonal Rücksprache in Behandlungsfragen.

- **Gate-keeping und Anlauffunktion des Primärversorgers**
 Um die Aufgabe eines Lotsen im Gesundheitssystem wahrnehmen zu können, muss gewährleistet werden, dass der Patient seinen Primärversorger als Eintrittsstelle in das Gesundheitssystem aufsucht. International ist hierfür der Begriff des Gate-keepers üblich, der in Österreich aber negativ besetzt zu sein scheint. Eine bisweilen gebräuchliche Wortschöpfung ist daher der Gate-opener, der seinen Patienten den Zugang zum Gesundheitssystem ermöglicht.
- **Einschreibungssystem bzw. definierte Versorgungspopulation**
 Jeder Primärversorger ist für eine definierte Versorgungspopulation zuständig, welche sich z.B. mittels eines Listensystems bei ihm eintragen kann. Er handelt proaktiv zum Wohle seiner Patienten und erinnert sie an anstehende Untersuchungen. Gleichsam fühlt er sich für seine Patienten und ihre Gesundheit verantwortlich. Durch diese Stärkung der Arzt-Patienten-Beziehung wird die Kontinuität der Versorgung gewährleistet.
- **Bevölkerungsorientiertes Management**
 Primärversorgung wird rund um Subgruppen von Patienten mit ähnlichen Erfordernissen (wie gesunde oder chronisch kranke Patienten) organisiert. Für diese Gruppen sollen in der Folge teambasierte, maßgeschneiderte Versorgungsleistungen erbracht werden.
- **Evidenzbasierte Behandlungsleitlinien**
 Ärzte und Angehörige anderer Gesundheitsberufe erhalten gezielte Unterstützung klinischer Entscheidungen durch evidenzbasierte Leitlinien. Diese stellen praxisorientierte Handlungsempfehlungen auf Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse dar und sollen Entscheidungs- und Handlungsoptionen aufzeigen.
- **Gesundheitsförderung und Prävention**
 Menschen suchen nicht erst ihre Primärversorger auf, wenn sie bereits krank sind. Stattdessen werden krankheitsvermeidende Leistungen nicht nur von Ärzten, sondern auch von community nurses, practice nurses etc. erbracht.
- **Informationsmanagement und elektronische Patientenakte**
 Standardisierte Datenerhebungen erlauben Messungen von Zugang, Qualität, Sicherheit und Effizienz sowie eine evidenzbasierte Entscheidungsfindung durch systematisch entwickelte Indikatoren. Durch die Verwendung von elektronischen Patientenakten haben alle behandelnden Leistungserbringer Zugang zu den Befunden und der Krankengeschichte ihres Patienten.
- **Längere Öffnungszeiten und geregelter Notdienst**
 Patienten wird der Zugang zu Primärversorgung idealerweise rund um die Uhr ermöglicht. Primärversorgungspraxen haben einerseits längere Öffnungszeiten und andererseits wird in den Nacht- und Wochenendstunden Primärversorgung von Ärztkooperativen erbracht.
- **Moderne Arbeitsmöglichkeiten**
 Durch die Möglichkeit von Teilzeitarbeit und der Anstellung von Ärzten wird der (Haus-)arztberuf speziell für Ärztinnen attraktiver. Durch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf kann die Versorgung mit Primärärzten verbessert werden.
- **Moderne Kommunikationsmethoden (Telefon, E-Mail, E-Terminvereinbarung, E-Rezepte, E-Health Plattformen, Tele-Medizin)**
 Einerseits können Patienten über Telefon und E-Mail Beratung von ihrer Primärversorgungspraxis in Anspruch nehmen und elektronische Rezepte erhalten. Andererseits gibt es Telefon- und Internetservices wie E-Health-Plattformen und Telefonhotlines, bei denen Patienten rund um die Uhr an 365 Tagen pro Jahr

beraten und wenn nötig an die entsprechenden Stellen überwiesen werden. Durch telemedizinische Lösungen können chronisch Kranke bei Bedarf auch zuhause bzgl. bestimmter Parameter überwacht werden.

4.2. Umsetzung in Österreich

Auf der Ebene zwischen Patient und Versorgendem finden die Leistungen der Primärversorgung statt. Hier besteht in Österreich noch Aufholbedarf, damit Primärversorgung in ihrer anerkannten Form erbracht wird. Konkret soll dafür die persönliche Kontinuität der Arzt-Patienten-Beziehung gestärkt werden. Eine gemeinsame Vertrauensbasis ermöglicht nicht nur eine ganzheitliche Behandlung, bei der die Lebensumstände der Patienten und die Patientenpräferenzen berücksichtigt werden, sondern auch die Stärkung eines partnerschaftlichen Entscheidungsstils und aktive Einbeziehung des Patienten in den Behandlungs- und Betreuungsprozess. Dabei erbringt der Arzt auch präventive Leistungen und koordiniert den Behandlungsablauf. Geeignete Maßnahmen dafür sind im vorangehenden Abschnitt angeführt.

Um ein Primärversorgungsmodell nach internationalem Vorbild zu implementieren, müssen auf der Ebene der Leistungserbringung und des Gesundheitssystems die Grundlagen dafür geschaffen werden. Hier empfiehlt sich die Ausarbeitung eines strukturierten Implementierungsplans. Im Folgenden wird ein Maßnahmenplan vorgeschlagen, um in Österreich bis zum Jahr 2025 einen Ausbau der Primärversorgung umzusetzen. In einem Überblick über aktuelle Problemfelder werden die zu schaffenden Voraussetzungen illustriert, die Feinheiten der Leistungserbringung, wie in Abschnitt 4.1.1 angeführt, hängen allerdings konkret vom gewählten Primärversorgungsmodell ab.

4.2.1. Herausforderungen im österreichischen Gesundheitssystem

Aus- und Weiterbildung von Primärärzten

Ihre derzeitige Ausbildung befähigt Jungärzte nicht dazu, ihren Patienten eine umfassende Primärversorgung anzubieten. Nach dem Konzept der Primärversorgung sollen 90% der Gesundheitsbedürfnisse der Patienten in diesem Setting behandelt werden, aber durch die nicht darauf zielgerichtete bzw. zeitgemäße Turnusausbildung fehlt den Primärärzten oft das geeignete Wissen. Folglich überweisen Hausärzte ihre Patienten wegen Indikationen an Fachärzte, die in anderen Ländern von den Allgemeinmediziner selbst behandelt werden. Auch die aktuellen Reformbemühungen des Gesundheitsministeriums für die Turnusausbildung sind nicht weitreichend genug: Demnach können Personen Hausärzte werden, ohne zuvor einen einzigen Tag in einer Hausarztpraxis verbracht zu haben (DerStandard 2013). Gerade die ganzheitliche, kontinuierliche und familien- und gemeinschaftsorientierte Behandlung in der Primärversorgung verlangt aber eine andere Wahrnehmung als im Krankenhaus, das auf singuläre Eingriffe spezialisiert ist, bzw. in der Ambulanz eine umfassende Ausstattung im Hintergrund vorhält. Die Anforderungen an einen

Primärversorger sind heute weitaus komplexer, als derzeit in der Ausbildung vermittelt wird. Zudem besteht durch die derzeitige Ausbildung das Problem, dass die psychologische Hürde sehr hoch ist, sich überhaupt für den Beruf als Primärversorger zu entscheiden, da man nicht nur schlecht dafür ausgebildet ist, sondern auch kaum einen Bezug und keine Erfahrungen in diesem Bereich hat.

Demnach muss im ersten Schritt die Ausbildung von Primärärzten gestärkt werden. Einerseits sollte eine verpflichtende Zeit in einer Lehrpraxis eingeführt und allen ermöglicht werden und die Kompetenzvermittlung während der Turnuszeit verbessert werden. Um Ärzte in Randgebiete zu bringen, sollte man ihnen schon als Studierende Einblick in Hausarztpraxen im ländlichen Raum geben. So lernen sie positive Aspekte dieser Tätigkeit kennen und entscheiden sich später öfter für eine Praxis im ländlichen Raum.

Des Weiteren wäre die Einführung eines Facharztes der Allgemeinmedizin für zukünftige Primärärzte zu überlegen. In Deutschland wurde 2003 zur Anpassung der Weiterbildung von Fachärzten für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätigen Fachärzten für Innere Medizin eine neue Facharztbezeichnung und Ausbildung für Hausärzte eingeführt. Als Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin muss eine fünfjährige Weiterbildung, welche aus drei Jahren in der Inneren Medizin, zwei Jahren in der Allgemeinmedizin und 80 Stunden Seminarweiterbildung zur psychosomatischen Grundversorgung besteht, absolviert werden (Sachverständigenrat 2009: 313).

Bereits tätige Hausärzte können durch verpflichtende Fortbildungsmaßnahmen und Qualitätsentwicklungsstrategien aufgewertet werden. Durch einen absehbaren Generationenwechsel aufgrund der Altersstruktur der Ärzteschaft ist es in vielen Fällen nicht notwendig, alle derzeitigen Hausärzte weiterzubilden. Das Durchschnittsalter betrug 2010 für Allgemeinmediziner 47,9 Jahre und für Fachärzte 50,3 Jahre. 28% der Ärzte für Allgemeinmedizin und 27,6% der Fachärzte waren 2010 56 Jahre oder älter und werden voraussichtlich innerhalb der nächsten 10 Jahre in Ruhestand gehen (Österreichische Ärztekammer 2010). Dieses Momentum eines großen Wechsels der Ärzteschaft in den nächsten 15 Jahren kann genutzt werden, um mit jungen Ärzten ein Umdenken hin zu Primärversorgung einzuleiten. Über Modellprojekte der Primärversorgung kann eine kritische Masse von Ärzten von ihrer Sinnhaftigkeit überzeugt werden. Diese Ärzte können wiederum ihre Peer-Group als Meinungsführer über die Projekte informieren. Zusätzlich wird der Standard der Primärversorgung, an den die Patienten gewöhnt sind, gehoben und sie werden von ihren Ärzten idealerweise eine verbesserte Behandlungsleistung erwarten.

Aufwertung anderer Gesundheitsberufe

In Österreich werden medizinische Leistungen wie Blutabnahme, das Anlegen von Infusionen oder Verbandswechsel oft von Ärzten erledigt. Zusätzlich übernehmen Ärzte noch eine zeitintensive Patientendokumentation. Durch diese Vielzahl an Aufgaben bleibt nur

wenig Zeit für den qualitativen Kontakt mit Patienten. Internationalen Beispielen wie denen der Niederlande, England und USA folgend, sollen auch nichtärztliches medizinisches Personal wie diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger und andere Pflegekräfte, Psychologen, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Hebammen, Diätologen, Pharmazeuten usw. in die Erbringung von Primärversorgung miteinbezogen werden. Auch Aufgaben der Patientendokumentation können von Praxismitarbeitern übernommen werden. Das bietet den Vorteil, dass einfache medizinische Leistungen bei gleicher Qualität kostengünstiger erbracht werden. Zusätzlich werden Ärzte dadurch entlastet und es steht ihnen mehr Zeit für die Interaktion mit den Patienten zur Verfügung. Die meisten Schätzungen über einen Mangel an Hausärzten basieren auf Verhältniszahlen, dass beispielsweise ein Primärarzt für je 2.500 Patienten benötigt wird. Jedoch wird dabei der tatsächliche Zugang von Patienten zu Primärversorgung nicht miteinbezogen. Green et al. (2013) berechnen mittels Simulationsmethoden die Zahl an Patienten, die ein Primärarzt im Team mit Gesundheitspersonal unter Einbeziehung moderner Kommunikationsmethoden versorgen kann. Abhängig von den angenommenen Voraussetzungen kann bis zu einer Relation von ca. 5.000 Patienten pro Primärarzt eine gute Primärversorgung durch ein Praxisteam gewährleistet werden (Green et al. 2013).

Für die Aufwertung von anderen Gesundheitsberufen bedarf es gezielter Ausbildungs- und Fortbildungsmaßnahmen und Qualitätsentwicklungsstrategien für Gesundheitspersonal. Durch die Möglichkeit der Personalentwicklung wird der Beruf des Krankenpflegers attraktiver. Befragungen in Deutschland ergaben, dass jeder fünfte Krankenpfleger seinen Beruf verlassen möchte, und die Hälfte der Krankenpfleger zieht die Berufsaufgabe öfters in Betracht. Grund dafür scheint eine Arbeitsunzufriedenheit speziell aufgrund fehlender beruflicher Perspektiven, der Arbeitsorganisation und des Arbeitsinhaltes zu sein (Jahn und Ulbricht 2011: 11). Durch die Aufwertung der Tätigkeiten anderer Gesundheitsberufe könnten mehr Menschen für diesen Karriereweg gewonnen werden.

Versorgungsaufträge und Aufgabenverteilung

Viele Hausärzte erbringen in Österreich derzeit nur wenige medizinische Leistungen selbst und überweisen die Patienten stattdessen auch bei kleineren Beschwerden an den Facharzt. Dies könnte aus einer unzureichenden Ausbildung und einer relativ zu Fachärzten geringeren Vergütung der Hausärzte resultieren. Um zu vermeiden, dass es durch eine gestärkte Primärversorgung zur zweifachen Leistungserbringung durch die Primärversorger und den Facharzt kommt, ist es notwendig, klar die von den Primärversorgern zu erbringenden Leistungen abzugrenzen. Standespolitische Interessen sollten hierbei gegenüber aufgabenorientierter Sachkompetenz in den Hintergrund treten. Es sind die Versorgungsaufträge der verschiedenen Berufsgruppen zu definieren und den Versorgungsstufen zuzuordnen. Es könnte auch wie in England ein abgestuftes System angewandt werden, in dem Primärversorgungspraxen bestimmten Leistungen beitreten oder austreten können. In der postgradualen Ausbildung ist in der Folge besonders darauf zu

achten, den angehenden Primärärzten die notwendigen Kompetenzen zu vermitteln. Für andere Gesundheitsberufe sind im gleichen Schritt die zu erbringenden Aufgaben in der Primärversorgung und die dazugehörigen Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen festzulegen. Auch für ein System der Patientensteuerung ist es wichtig, sich über die Abgrenzung der fachärztlichen Leistungen einig zu sein und die Primärversorger auch zu ihren Leistungen zu befähigen.

Leistungsvergütung

Es müssen Anreize geschaffen werden, um den Beruf eines Primärarztes für Studierende attraktiver zu machen und die benötigten Primärärzte rekrutieren zu können. Verglichen mit Fachärzten liegt das Einkommen von Primärärzten um einiges niedriger. Während Fachärzte 4,4-mal das österreichische Durchschnittseinkommen verdienen, bekamen Hausärzte 2009 2,7-mal mehr als das Durchschnittsgehalt (OECD 2011). So ist eine Anpassung der Vergütung im Vergleich zu anderen Facharztgruppen notwendig. Um eine bessere räumliche Verteilung der Primärärzte zu gewährleisten, sollten zusätzliche Anreize für Praxen im ländlichen Raum geschaffen werden. Es ist sinnvoll, wenn eine Anhebung der Vergütung mit der Übertragung zusätzlicher Aufgaben auf die Primärärzte einhergeht, wie es z.B. in England mit der Einführung des Quality and Outcomes Framework der Fall war. Damit werden Anreize gesetzt und die Leistungsausweitung kompensiert. Eine Vergütungssteigerung ist auch für Pflegefachkräfte sinnvoll, die medizinisch anspruchsvollere Tätigkeiten als Ordinationshilfen ausüben.

Das aktuelle Vergütungssystem basiert stark auf Einzelleistungen und fördert dementsprechend die Leistungsausweitung. Da die Pauschalen an die Inanspruchnahme gebunden sind, gibt es keinen Grundbetrag pro Versichertem. Eine Grundvergütung in Form einer fixen Pauschale pro Patient würde dazu beitragen, Fixkosten abzudecken. Somit kann sich die Leistungsvergütung an den laufenden Kosten ausrichten und das Problem der Generierung von Deckungsbeiträgen vermindert werden. Für Leistungen der integrierten Versorgung, wie sie bei chronischen Patienten erbracht werden, eignet sich ein System der bundled payments. Diese Zahlung ist indikationsabhängig und deckt die gesamten mit einer Krankheit zusammenhängenden Kosten für eine Periode ab. Das Jahresthema 2011 geht näher auf mögliche Vergütungssysteme ein (Czypionka et al. 2011). Ein erfolgreiches Beispiel für die Einführung von bundled payments sind „keten-dbc“ in den Niederlanden bei chronischen Krankheiten wie beispielsweise Diabetes. Dadurch, dass die Pauschalvergütung an das interdisziplinäre Versorgungsteam bezahlt wird, unabhängig davon, ob ein Arzt oder eine ausgebildete Fachkraft Leistungen erbringt, ist in der Praxis eine Leistungsverschiebung beobachtbar. Standardprozeduren wie Fußuntersuchungen werden von ausgebildeten Fachkräften durchgeführt, welche sich den Patienten mit mehr Zeit und Aufmerksamkeit widmen können. Zeitgleich wurde in vielen Einrichtungen auch die Qualitätssicherung ausgebaut, um Anreizen zur Unterversorgung entgegenzuwirken (Struijs et al. 2012).

Patientensteuerung

Derzeit gibt es in Österreich kein umgesetztes System der Patientensteuerung. Patienten suchen sich ihren Eintrittspunkt in das Gesundheitssystem selbst aus, oftmals ohne dabei über die geeigneten Informationen zu verfügen. So können sich Patienten, die sich den kleinen Finger verstaucht haben, an den Hausarzt, den Orthopäden oder die Notfallaufnahme im Krankenhaus wenden. Um sicherzustellen, dass primärmedizinische Leistungen vom Primärversorger erbracht werden, ist eine gewisse Form der Patientensteuerung notwendig. Ohne Gate-keeping können die Patientenströme nicht geleitet und der Behandlungsablauf nicht koordiniert werden. Patienten suchen Fachärzte und/oder die Krankenhausambulanz auf, obwohl ihre Beschwerden auch vom Primärversorger behandelt werden könnten. Dies könnte zum Teil auch mangelndem Vertrauen in die medizinischen Fertigkeiten mancher Hausärzte zuzurechnen sein, weshalb die Verbesserung der Ausbildung von Hausärzten dringend notwendig ist. Zusätzlich muss eine Qualitätssicherung der hausärztlichen Praxis erfolgen. Aufgrund der ausgeprägten Wahlfreiheit im österreichischen Gesundheitssystem ist zu empfehlen, ein Gate-keeping System in abgeschwächter Form einzuführen. So sollen den Patienten noch bestimmte Wahlfreiheiten ermöglicht werden. Eine Möglichkeit für die Implementierung von Gate-keeping „light“ wäre es, den Patienten ihren Hausarzt oder ihre Primärversorgungspraxis frei wählen zu lassen. Zusätzlich können sie ihn jederzeit wechseln. Für den Besuch von Fachärzten, mit Ausnahme von Zahnärzten, Augenärzten und Gynäkologen, benötigen die Patienten eine Überweisung ihres Primärversorgers, welche aber nicht an einen bestimmten Facharzt gebunden ist. Wollen die Patienten einen Facharzt ohne Überweisung aufsuchen, so könnte man ihnen als Negativanreiz einen Selbstbehalt verrechnen.

Qualitätssicherung

Im medizinischen Bereich sind zweifelsohne Verbesserungen in der Qualitätssicherung erforderlich. Das derzeitige System erscheint dafür nicht geeignet. Die bestehende Form des Self-Assessment kann nur als Zusatz zu einer externen Qualitätssicherung dienen. Besonders für ein Gate-keeping System, bei dem die Patienten der Diagnose und Behandlung ihres Arztes vertrauen müssen, ist es von äußerster Wichtigkeit, dass die hausärztliche Leistungserbringung regelmäßig überprüft wird. Es empfiehlt sich, sich dabei an internationalen Beispielen, wie dem Europäischen Praxisassessment (EPA) oder dem englischen Quality and Outcomes Framework (QOF) zu orientieren. (Cypionka et al. 2006)

Regulierung

Die Ausgestaltung der Regulierung des österreichischen Gesundheitssystems ist für eine moderne Leistungserbringung in der Primärversorgung hinderlich. Die Versorgungsverantwortung liegt bei den Krankenkassen, allerdings verfügen diese nur über wenig Gestaltungsspielraum. Für die in Zukunft geforderten BPOS-Lösungen werden

regional sehr unterschiedliche Versorgungsstrukturen notwendig sein, während die gesetzlichen Vorgaben noch von einer Welt ausgehen, die von Einzelpraxen, Vertragsärzten und einem abgetrennten Krankenanstaltenbereich geprägt ist. Wenn die Ärztekammer in ländlichen Gebieten beispielsweise keine Primärversorgungsverträge abschließen möchte, bleibt der Krankenkasse die Möglichkeit, ein Ambulatorium zu gründen. Die gesetzlich vorgeschriebene Bedarfsprüfung für ein Ambulatorium kann aber bis zu mehrere Jahre in Anspruch nehmen – eine Zeit, während der die Bevölkerung medizinisch unterversorgt wäre. Abhilfe könnte ein einheitliches Leistungserbringungsrecht bieten. Auch auf Seiten der Ärzte können neue Versorgungsmodelle nur unter großer rechtlicher Unsicherheit angeboten werden.

Die Fragmentierung der Versorgung kann einerseits Unterbrechungen der Kontinuität und andererseits die Duplizierung von Untersuchungen fördern. Diese unzureichende Koordination kann nicht nur zu einer schlechteren medizinischen Qualität, sondern auch zu Kosten- und Effizienzproblemen führen. Um im Bereich der Primärversorgung die notwendige Koordinierungskompetenz zu verankern, sind somit ebenfalls Änderungen nötig. Können Patienten weiterhin an nahezu allen Punkten in das System eintreten, werden Koordination und Kontinuität sehr erschwert, wenn nicht gar unmöglich gemacht.

Zusammengefasst wäre ein Umdenken in Richtung Prozesse statt Strukturen in den regulativen Vorgaben dringend notwendig. Leistungen müssen unter bestimmten Qualitätsvorgaben erbracht werden, aber die Rechtsform, die darüberhinausgehende Ausstattung und Ausgestaltung sollte flexibel genug gehalten werden, damit im Rahmen der Zielsteuerung regionale Lösungen für Primärversorgung und die nachgeschalteten Bereiche implementiert werden können. Nicht nur in statischer, auch in dynamischer Hinsicht sollten Vorgaben angepasst werden. So kann das Interesse und die Karriereentwicklung junger Ärzte in Richtung Primärversorgung beispielsweise durch die Ermöglichung unselbständiger Arbeitsverhältnisse sowie Ausbildungsanforderungen erhöht werden. Auf Seiten der Gruppenpraxen sollte es die Möglichkeit zur Anstellung geben, genauso wie es auf Seiten der prä- und postpromotionellen Ausbildung ein stärkeres Gewicht auf dem Kennenlernen auch niedrigerer Versorgungsstufen geben sollte.

In Hinblick auf das nichtärztliche medizinische Personal besteht großes Potenzial in der Primärversorgung mitzuarbeiten. Auch hier besteht die Notwendigkeit, Kompetenzabstufungen neu zu regeln.

Forschung

Der entscheidende Punkt in dieser Hinsicht ist, dass das österreichische Gesundheitswesen sehr stark auf Planung setzt. Gleichzeitig ist die Kapazität, dafür Entscheidungsgrundlagen zu erarbeiten, unterentwickelt. Es fehlt hier sowohl an Forschung im Bereich Allgemeinmedizin als auch im Bereich der Versorgungsforschung und Systemsteuerung. Die

notwendigen Entscheidungs- und Planungsgrundlagen stehen aber vielfach nicht zur Verfügung, ebenso wenig das Know-how zur Evaluierung von Maßnahmen. Schon jetzt wäre es wünschenswert, auf solche Ressourcen zurückgreifen zu können, umso mehr ist es aber erforderlich, diese zumindest jetzt aufzubauen, da sich durch die Gesundheitsreform auch deren Notwendigkeit stärker zeigen wird. Die Stärkung der Forschungskapazitäten sollte sich aber nicht alleine auf den staatsnahen Bereich beziehen, sondern einen Forschungspluralismus fördern, indem z.B. Gelder über Ausschreibung verteilt werden. So kann die Innovationskraft verbessert werden, die durch den stark planerischen Zugang gehemmt wird.

4.2.2. Verlagerung der Leistungserbringung

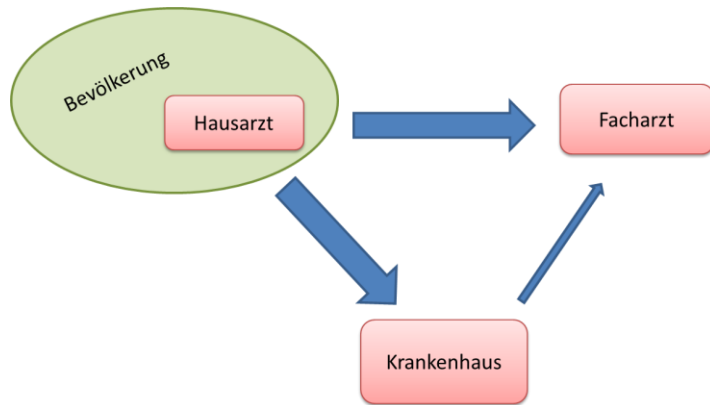
Durch die Umstellung auf ein primärversorgungsorientiertes Gesundheitssystem tritt eine Verlagerung eines großen Teils der Gesundheitsversorgung von Fachärzten zu Primärversorgern auf. Abbildung 8 illustriert eine mögliche Verlagerung der Leistungserbringung. Im Sinne eines Umsetzungsplans kann diese Verlagerung schrittweise erfolgen. In dem Maße, wie die Patientenversorgung den neu konzeptionierten und multiprofessionellen Primärversorgungspraxen überantwortet wird, erfolgt die Verschmelzung der extramural-fachärztlichen Betreuung mit der Ambulanzbetreuung. So werden niedergelassene Fachärzte kompensiert und schrittweise der gesamte fachärztlich-ambulante Bereich zusammengeführt.

In der aktuellen österreichischen Situation überweist der Hausarzt seine Patienten bei vielen Beschwerden direkt an den Facharzt oder das Krankenhaus, wenn die Patienten diese nicht sofort direkt aufsuchen. Das Krankenhaus übernimmt bei Patienten vielfach die vollständige Nachbehandlung in seiner Ambulanz. Im Übergangsszenario wird eine Möglichkeit zur Nutzung der freigewordenen Kapazitäten der Fachärzte illustriert. Sie können jene Leistungen, die ambulant im Krankenhaus erfolgen, erbringen. Fachärzte schließen sich in vielfältiger Weise zusammen und bieten Leistungen wie Nachbetreuung nach Operationen in der Nähe des Krankenhauses an. Größere medizinische Versorgungszentren in Deutschland sind dafür ein gelungenes Beispiel. Die Primärversorgungspraxis als erste Ansprechpartnerin überweist die Patienten an den Facharzt als Schnittstelle zum Krankenhaus. Nach erfolgter Leistungserbringung im Krankenhaus wird dieser gegebenenfalls zum Facharzt geleitet. In der Zielsituation werden 90% der Patientenanliegen in der Primärversorgung abgedeckt. Wird die Expertise eines Facharztes benötigt, so werden die Patienten an einen gemeinsamen fachärztlich-ambulanten Sektor überwiesen.

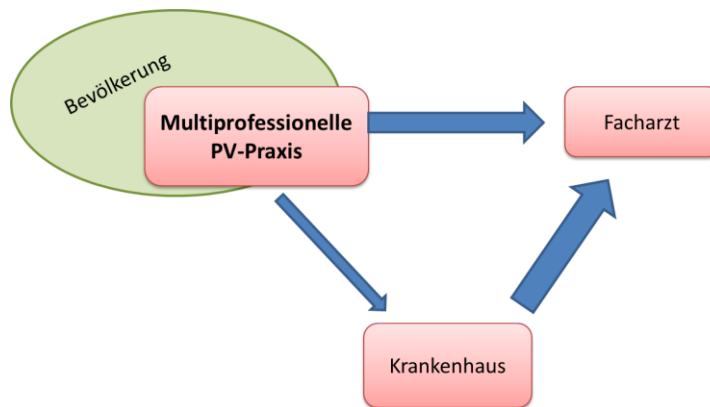
Auf diese Weise wird der zersplitterte fachärztlich-ambulante Bereich schrittweise zusammengeführt und wird zur Schnittstelle zum stationären Bereich. Der fachärztliche Bereich erfährt insofern eine Aufwertung, als er sowohl für den Primärversorger als auch für die Krankenanstalt zur Schnittstelle wird.

Abbildung 8: Verlagerung der Leistungserbringung

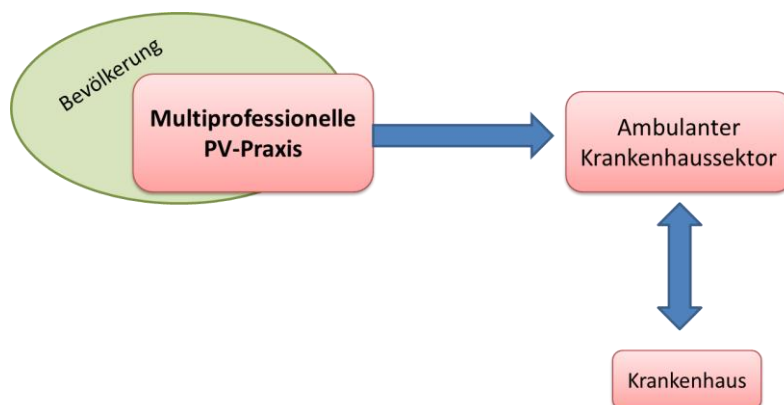
Aktuelle Situation



Übergangsszenario



Zielsituation



Quelle: Eigene Darstellung, IHS HealthEcon 2013

Unterstützt wird dieser Change-Prozess dadurch, dass der niedergelassene Bereich in den nächsten Jahrzehnten von einem „Generationenwechsel“ geprägt sein wird. Die Sozialversicherung sollte versuchen, bereits heute diese Änderungen in ihren Verträgen vorzubereiten, während der Gesetzgeber die dafür notwendigen Voraussetzungen schaffen muss. Aus Sicht der (Fach-)Ärzeschaft muss der Umbau in Richtung Primärversorgung

somit keinesfalls unvorteilhaft sein. Zum einen ist demographisch bedingt mit einer ständig steigenden Nachfrage nach Leistungen zu rechnen, gleichzeitig muss auch vielfach gar nicht in bestehende Rechte eingegriffen werden, da Ärzte in Pension gehen. Zudem ist die Verschmelzung des gesamten fachärztlichen ambulanten Bereichs auch in professioneller Hinsicht eher eine Aufwertung. Statt viele Selbstzweiser in kurzer Zeit zu behandeln, wird die Tätigkeit anspruchsvoller. So hat beispielsweise der zuweisende Primärversorger dafür Sorge zu tragen, dass die notwendigen Untersuchungen für die fachärztliche Begutachtung bereits vorliegen und der Patient vorbereitet ist. Anstatt den Selbstzweiser zunächst einmal „reihum“ zu weiteren Kollegen schicken zu müssen, um überhaupt eine sinnvolle Diagnose stellen zu können, ist so ein effizienteres Arbeiten möglich. Auch der vermehrte Kontakt zu Kollegen im stationären Bereich, dessen Weiterversorgung nun vielfach dem Vertragsfacharzt obliegen könnte, kann eine Aufwertung der Arbeitssituation darstellen. Die Zusammenarbeit in Gruppenpraxen ermöglicht einerseits Risikoteilung, andererseits aber auch einen verbesserten fachlichen Austausch. Die Nutzung nichtärztlicher medizinischer Berufe kann ebenfalls zu einer Anhebung der Arbeitszufriedenheit führen, gleichzeitig aber auch die Patientenzufriedenheit erhöhen, da der Arzt sich auf seine Kernkompetenzen konzentrieren kann und auch mehr Zeit für diese erhält.

4.2.3. Darstellung möglicher Maßnahmen bis 2025

Die Umstellung auf ein Primärversorgungssystem ist ein langer Prozess, bei dem an vielen Schrauben gedreht werden muss. In den Niederlanden wurde bereits 1987 der Dekker Plan formuliert, auf dem aufbauend Änderungen in kleinen Schritten umgesetzt wurden, bis mit der Gesundheitsreform 2006 eine einheitliche gesetzliche Versicherung und „Managed Competition“ eingeführt wurden. Auch in England gehen wichtige Pfeiler der heutigen Primärversorgung auf viele Reformen seit 1974 zurück, als mit der Etablierung von Regional Health Authorities die Leistungen von Krankenhäusern und Gemeinden koordiniert wurden. Die Computersysteme, welche die Grundlage für den Quality and Outcomes Framework bilden, wurden beispielsweise Großteils bereits 1990 implementiert, als 50% der Kosten dafür vom NHS übernommen wurden (Roland et al. 2012).

In Österreich wurde mit dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013 Primärversorgung als Entwicklungsgebiet des österreichischen Gesundheitssystems identifiziert. Im gemeinsamen Zukunftsbild (Art. 2, Abs. 5, Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit) wird die flächendeckende Umsetzung von Primärversorgung festgelegt. Als strategisches Ziel (Art. 5) sollen die Versorgungsaufträge und Rollenverteilung für alle Versorgungsstufen inklusive Primärversorgung mit Blick auf „Best Point of Service“ definiert und erste Umsetzungsschritte gesetzt werden. Zusätzlich sollen die Versorgungsdichte bedarfsorientiert angepasst und Parallelstrukturen reduziert werden. Die Aus- und Fortbildung aller relevanten Berufsgruppen soll sich stärker an den tatsächlichen Erfordernissen orientieren. Auf operativer Ebene (Art. 6) sollen die Versorgungsaufträge und Rollenverteilungen bis Mitte 2015 definiert und bis Ende 2016 erste Umsetzungsschritte auf

Landesebene gesetzt werden. Darüber hinaus soll eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung bis Mitte 2014 entworfen und modellhaft bis 2016 umgesetzt werden. Als Maßnahmen dafür wurden die Erstellung des Primärversorgungskonzepts und Vorlage an die Bundes-Zielsteuerungskommission bis Mitte 2014, die Schaffung der nötigen rechtlichen Voraussetzungen, Kompetenzprofile und Rahmenbedingungen auf Bundesebene bis Ende 2014 und die Unterstützung der Landesebene durch die Bundesebene bei der regionalen Umsetzung vereinbart.

Abbildung 9 illustriert einen beispielhaften Maßnahmenplan für die Einführung von Primärversorgung in Österreich bis zum Jahr 2025. Der Maßnahmenplan soll lediglich ein mögliches Vorgehen veranschaulichen und weitere Maßnahmen und veränderte Zeithorizonte nicht ausschließen. Im ersten Schritt auf dem Weg zur Stärkung der Primärversorgung in Österreich müssen Ziele bzw. Modelle der Primärversorgung spezifiziert werden (*Entwurf von Primärversorgungsmodellen*). Hierbei sollte festgelegt werden, welche Leistungen Primärversorgung umfasst und welche Steuerung, Anreizgestaltung und Qualitätssicherung es für Ärzte und Patienten gibt. Parallel dazu sollen die Versorgungsaufträge und Rollenverteilung für alle relevanten Berufsgruppen in der Primärversorgung definiert werden (*Definition von Versorgungsaufträgen und Rollenverteilungen*). Obwohl Primärversorgungsmodelle voneinander abweichen, stimmen alle in gewissen Grundvoraussetzungen überein. Zu diesen Voraussetzungen, welche im vorhergehenden Abschnitt behandelt werden, zählen die nötigen rechtlichen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen auf Bundesebene, eine an Fachärzten orientierte Leistungsvergütung, ein System der Patientensteuerung und Maßnahmen der Qualitätssicherung (*Schaffung rechtlicher Voraussetzungen und Rahmenbedingungen*). Des Weiteren benötigt es eine verbesserte Aus- und Weiterbildung von Primärversorgern zeitgleich mit deren Aufwertung (*Reform der Ärzteauss- und Fortbildung und anderer Gesundheitsberufe und Aus- und Fortbildung aller relevanten Gesundheitsberufe*). Zeitgleich sollte ein Capacity Building in der Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung stattfinden. Österreich benötigt eine größere Wissensbasis und mehr Experten, um neue Versorgungskonzepte zu entwickeln, umzusetzen und zu evaluieren. Dazu zählt neben einer Förderung akademischer Departments für Allgemeinmedizin, welche allgemeinmedizinische Lehre und Forschung etablieren, auch die Förderung unabhängiger Forschungseinrichtungen (*Capacity Building*). Diese Voraussetzungen sollten vor einer landesweiten Umsetzung von Primärversorgung geschaffen werden, aber parallel dazu können bereits unterschiedliche Modelle basierend auf einer freiwilligen Teilnahme einer selektiv weitergebildeten Gruppe an Vorreitern getestet werden (*1. Testphase von Primärversorgungsmodellen*). Dabei ist eine regionale Abstimmung vorzunehmen, da städtische und ländliche Gebiete unterschiedliche Erfordernisse in der Primärversorgung haben, bzw. lokal unterschiedliche Strukturen vorhanden sind, die zu berücksichtigen sind. Schon vor Beginn der Testphase sollte die Evaluierung idealerweise konzeptioniert und aktuelle Daten erhoben werden, um später Vergleichswerte generieren zu können (Baseline). Anhand der Ergebnisse der Testphase können die unterschiedlichen Modelle

evaluiert, adaptiert und in einer zweiten Testphase geprüft werden (*1. Evaluation der Primärversorgungsmodelle und Adaptierung und 2. Testphase von Primärversorgungsmodellen*). Parallel zur Implementierung von Primärversorgungsmodellen können die rechtlichen Voraussetzungen in mehreren kurzen Episoden adaptiert werden. Ideal wäre ein Feedbackprozess, in dem die Bundes- und die Landes-Zielsteuerungskommissionen an den Gesetzgeber mögliche Hürden oder Klarstellungsnotwendigkeiten melden. In der Folge sollte angestrebt werden, diese in den Gesetzen zu berücksichtigen (*Feedbackverfahren rechtlicher Voraussetzungen und Rahmenbedingungen*). Bereits während der laufenden Testphasen ist bei der Vergabe von neuen Kassenverträgen darauf zu achten, dass die sich niederlassenden Ärzte durch ihre Leistungserbringung und räumliche Verteilung in ein Gesamtkonzept der Primärversorgung eingliedern. Durch die hohe Altersstruktur der österreichischen Ärzteschaft wird so der Veränderungsprozess durch einen natürlichen Abgang erleichtert. Zusätzlich sollten die Projekte als Leuchtturmprojekte über alle Stakeholder und Medien beworben und die Bevölkerung umfassend informiert werden, um Widerstände bei einer flächendeckenden Einführung abzubauen. Teilnehmende Ärzte können wiederum ihre Peer-Group als Meinungsführer über die Projekte informieren (*Kommunikation mit Stakeholdern inkl. Bevölkerung*). Nach der zweiten Testphase sind die Modelle neuerlich zu evaluieren und in der Folge die am besten bewerteten Modelle abhängig von den regionalen Gegebenheiten flächendeckend einzuführen (*2. Evaluation der Primärversorgungsmodelle und flächendeckende Einführung von PV-Modellen*).

5. Conclusio

In Anbetracht demographischer Veränderungen, hoher Gesundheitsausgaben, die zum Teil nicht zu den gewünschten Ergebnissen führen, und Defiziten in der hausärztlichen Versorgung, wird ein Zukunftskonzept für eine nachhaltige Primärversorgung in Österreich benötigt. Dies ist umso wichtiger, als auch der Anstieg chronischer Erkrankungen nach einer umfassenden, koordinierten und patientenorientierten Versorgung verlangt. Nachdem für Österreich noch kein Konzept für Primärversorgung besteht, will dieser Bericht einen Einblick geben, was Primärversorgung ist, welche Evidenz für ihre Wirkung besteht und wie sie umgesetzt werden könnte.

Primärversorgung kann laut Starfield (2005) als Erstkontakt bei neuen gesundheitlichen Bedürfnissen, langfristige, personenbezogene (und nicht krankheitsbezogene) Betreuung, allumfassende Behandlung für die meisten gesundheitlichen Bedürfnisse und Koordinierung der Behandlung, wenn sie anderweitig durchgeführt werden muss, definiert werden. Als fünftes Merkmal wird oft eine Familien- und Gemeinschaftsorientierung ergänzt (Starfield 2005). Diese Eigenschaften einer starken Primärversorgung führen zu positiven Resultaten. Während die Bevölkerungsgesundheit durch Primärversorgung steigt, kann der Anstieg der Gesundheitsausgaben gedämpft werden. Des Weiteren deuten Studien darauf hin, dass im Setting der Primärversorgung viele Leistungen effizienter und kostengünstiger erbracht werden können (Boerma 2006: 15). Der Zugang zu Gesundheitsversorgung wird gestärkt und speziell niedrigere sozio-ökonomische Schichten profitieren von mehr Gleichheit in der Leistungserbringung. Durch die Personen- und Familienorientierung der Primärversorgung wird auch eine höhere Patientenzufriedenheit erreicht.

Obwohl die Vorteile von Primärversorgung bekannt sind, bestehen international starke Schwankungen im Ausbau. Die Niederlande und England sind führend in der Implementierung von Primärversorgung, während Deutschland Modellversuche für eine hausarztzentrierte Versorgung durchführt und Österreich Primärversorgung in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit zum ersten Mal als Ziel definiert. Dabei müssen in Österreich vor einer Implementierung eines Primärversorgungssystems zuerst die Strukturen dafür geschaffen werden. Im Maßnahmenplan ist daher eine Reihe von Bereichen berücksichtigt, die zum Teil nur mittelbaren Bezug zum Gesundheitswesen haben, aber unserem Erachten nach für das Gelingen notwendig sind.

6. Literaturverzeichnis

- AHRQ (Agency for Healthcare research and Quality) (2013): Patient centered medical homes resource center.
http://pcmh.ahrq.gov/portal/server.pt/community/pcmh__home/1483/pcmh_home_v2
[05/04/2013].
- Atun, R. (2004): What Are the Advantages and Disadvantages of Restructuring a Health Care System to Be More Focused on Primary Care Services? London: Health Evidence Network.
- Beyer, M., Erler, A., Gerlach, F. (2010): Ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland. 2. Das Modell der Primärversorgungspraxis. Zeitschrift für Allgemeinmedizin: 159-164.
- Boerma, W. (2013): The role of primary care in better performing health care. With a focus on Austria. Präsentation zur Veranstaltung „Primary Care in the driver’s seat“. Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg.
- Boerma, W. G. W. (2006): Coordination and integration in European primary care. In: Saltman, R. B., Rico, A., Boerma, W. G. W. (eds.): Primary care in the drivers’s seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Maidenhead: Open University Press: 3-21.
- Busse, R., Riesberger, A. (2005): Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.
- Boyle, S. (2011): United Kingdom (England): Health system review. Health Systems in Transition, 13 (1): 1–486.
- Coulter, A. (1995): Shifting the balance from secondary to primary care. British Medical Journal, 311: 1447-1448.
- Czypionka, T., Riedel, M., Obradovits, M., Sigl, C. (2011): Vergütung im ambulanten Bereich unter besonderer Berücksichtigung intermediärer Versorgungsformen. Studie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger. Institut für Höhere Studien (IHS). Wien.
- Czypionka, T., Riedel, M., Röhring, G. (2006): Qualitätssicherung in Praxen: Eine europäische Perspektive. Health System Watch 2/2006. Institut für Höhere Studien (IHS). Wien.

- Dawson of Penn, Lord (1920): Interim report on the future provisions of medical and allied services. Ministry of Health. Consultative Council on Medical Allied Services. London. <http://www.sochealth.co.uk/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn>.
- DerStandard (2013): Turnus-Reform: Keine Einigung zwischen Stöger und Ärztekammer. Artikel vom 22. Mai. <http://derstandard.at/1363711828096/Turnus-Reform-Keine-Einigung-zwischen-Stoeger-und-Aerztekammer>.
- Donner-Banzhoff, N. (2009): Die Zukunft der Primärversorgung. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 6: 234-239.
- Doran, T., Roland, M. (2010): Lessons From Major Initiatives To Improve Primary Care In The United Kingdom. Health Affairs, 29 (5): 1023-1029.
- Gensichen, J. (2013): Primary Care im europäischen Vergleich – aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Vortrag Vienna Healthcare Lectures 2013. Wien.
- Gönenç, R., Hofmarcher, M., Wörgötter, A. (2011): Reforming Austria's Highly Regarded but Costly Health System, OECD Economics Department Working Papers, No. 895, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5kg51mbntk7j-en> [05.04.2013].
- Green, L. A., Fryer, Jr., G. E., Yawn, B. P., Lanier, D., Dovey, S. M. (2001): The Ecology of Medical Care Revisited. New England Journal of Medicine, 344 (26): 2021-2025.
- Green, L. V., Savin, S., Lu, Y. (2013): Primary Care Physician Shortages Could Be Eliminated Through Use Of Teams, Nonphysicians, And Electronic Communication. Health Affairs, 32 (1): 11-19.
- Greß, S., Stegmüller, K. (2009): Gesetzliche Spielräume zur Entwicklung neuer Versorgungskonzepte – Eine systematische Analyse der einschlägigen Regelungen und deren Entwicklung. In: Amelung V., Sydow J., Windeler A. (Hrsg.): Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation. Stuttgart.
- Haller, S., Garrido, M. V., Busse, R. (2009): Hausarztzentrierte Versorgung. Charakteristika und Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung. Ein Evidenz Report. Berlin.
- Health Council of the Netherlands (2004): European Primary Care. The Hague: Health Council of the Netherlands (Publication No. 2004/20E).

- Jahn, F., Ulbricht, S. (2011): iga-Report 17. „Mein nächster Beruf“ – Personalentwicklung für Berufe mit begrenzter Tätigkeitsdauer. Teil 1: Modellprojekt in der stationären Krankenpflege. Überarbeitete und ergänzte Auflage. Initiative Gesundheit & Arbeit.
- 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.
- Kroneman, M. W., Maarse, H., van der Zee, J. (2006): Direct access in primary care and patient satisfaction: a European study. *Health Policy*, 76 (1): 72–79.
- 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 (3): 831-865.
- OECD (2011): Remuneration of doctors (general practitioners and specialists). In: *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. OECD Publishing.
- OECD (2012): *Health at a Glance: Europe 2012*. OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en> [05.03.2013].
- Österreichische Ärztekammer (2010): Altersstatistik. Stand vom 02.12.2010.
- Porter, M. E., Pabo, E. A., Lee, T. H. (2013): Redesigning Primary Care: A Strategic Vision To Improve Value By Organizing Around Patients' Needs. *Health Affairs*, 32 (3): 516-525.
- Roland, M., Guthrie, B., Thomé, D. C. (2012): Primary Medical Care in the United Kingdom. *Journal of the American Board of Family Medicine*, March-April 25: 6-11.
- Royal College of General Practitioners (2007): *The Future Direction of General Practice. A roadmap*. Royal College of General Practitioners. London.

- Sachverständigenrat (2009): Sondergutachten 2009. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bonn.
- Saltman, R. B., Rico, A., Boerma, W. G. W. (eds.) (2006): Primary care in the drivers's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Maidenhead. Open University Press.
- Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Westert, G., Devillé, W., van Ginneken, E. (2010): The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition*, 12 (1): 1–229.
- Schlette, S., Lisac, M., Wagner, E., Gensichen, J. (2009): Das Bellagio-Modell: ein evidenzgestützter, internationaler Bezugsrahmen für bevölkerungsorientierte Primärversorgung. Erste Erfahrungen. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen*, 103 (7): 467-74.
- Shi, L. (1992): The relationship between primary care and life chances. *Journal of health care for the poor and underserved*, 3 (2): 321-335.
- Starfield, B. (2001): Basic concepts in population health and health care. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55: 452–454.
- Starfield, B., Shi, L., Macinko, J. (2005): Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly*, 83 (3): 457-502.
- Stigler, F. L., Starfield, B., Sprenger, M., Salzer, H. J. F., Campbell, S. M. (2013): Assessing primary care in Austria: room for improvement. *Family Practice*, 30 (2): 185-189.
- Struijs, J. N., de Jong-van Til, J. T., Lemmens, L. C., Drewes, H. W., de Bruin, S. R., Baan, C. A. (2012): Three years of bundled payment for diabetes care in the Netherlands. Impact on health care delivery process and the quality of care. National Institute for Public Health and the Environment. Bilthoven.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., Bonomi, A. (2001): Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *Health Affairs*, 20 (6): 64-78.
- WHO (1978): Erklärung von Alma-Ata.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf
- WHO (2008): Primary Health Care – Now more than ever. World Health Report.

WHO Europe (1998): Draft Charter for General Practice / Family medicine in Europe. World Health Organisation.

WONCA Europe (2002): Die europäische Definition der Allgemeinmedizin / Hausarztmedizin. Europäische Gesellschaft für Allgemeinmedizin.

7. Anhang

Tabelle 4: Internationale Vorschläge zur Primärversorgung der Zukunft

Teilbereich	Aufgabe/Teilempfehlung	Beispiel
Ebene 1: Arzt-/Team-Patienten-Beziehung		
Förderung der persönlichen Kontinuität	Einzelner Arzt/Teammitglied bleibt persönlicher Ansprechpartner	Betreuung und Koordination der Behandlung von mehrfach erkrankten Patienten aus einer Hand
Verstärkte Teamorientierung	Nichtärztliches Teammitglied begleitet chronisch kranken Patienten und veranlasst ggf. notwendige Versorgungsschritte	Med. Fachangestellte (MFA) führt geplantes Monitoring (z.B. Blutdruck, Gewicht, HbA1c) durch oder vereinbart Termine
Fortdauernde therapeutische Beziehung entwickeln und pflegen	Vertrauen und Verständnis fördern	Ängste vor Operationen aufgrund früherer Erfahrungen ansprechen
Partnerschaftliche Entscheidungsfindung	Soweit Patient hierzu bereit bzw. in der Lage ist, Entscheidung über individuelle Therapieziele, Patienteninformation	Präferenzen des Patienten eruieren, Behandlungsintensität und Lebensqualität abwägen, Grenznutzen weiterer Test oder Interventionen gemeinsam besprechen
Einbeziehung des Patienten in Versorgungsprozess	Patientenaktivierung und Stärkung des „Selbst-Managements“, Entwicklung von individuellen Behandlungsplänen mit Patienten, Patientenschulung	Bewegungsprogramm, Unterstützung bei Blutdruck-Selbstmessung, Individueller Plan zur flexiblen, aber geregelten Anpassung der Medikation bei Herzinsuffizienz, Hypertonie-Schulung
Betrachtung des Patienten im Kontext der Population und seines Umfeldes	Familienmedizin und Public Health-Aspekte berücksichtigen	Impfungen durchführen, belastende Pflege von Angehörigen sowie Risiken am Arbeitsplatz berücksichtigen
Ebene 2: Organisation des Versorgungsprozesses („Mikrosystem“)		
Integration der Versorgungsprozesse in der Praxis	Befunde von Fachspezialisten und nichtärztlichen Gesundheitsberufen werden zusammengeführt	Betreuungsteam stimmt praxisintern angemessene Therapie bei mehrfach Erkrankten gemeinsam ab
Verbesserte Kooperation mit anderen Leistungserbringern	Gemeinsame, arbeitsteilige Betreuung chronisch Kranker	Liaison-Sprechstunden von Fachspezialisten in hausärztlicher Praxis
Verbesserte Patientenorientierung	Bedürfnisse der Patienten, weniger der Beschäftigten, bestimmen Angebote (<i>patient-focused care</i>)	z.B. verbesserte Erreichbarkeit der Praxis, Optimierung der Konsultationsdauer
Entwicklung populationsbasierter Strategien	Register/statistische Übersicht zu Patienten mit chronischen Erkrankungen/ Risikofaktoren	Benchmarking des erreichten Anteils gegen Grippe geimpfter chronisch Kranker mit anderen Praxen
Nutzung moderner Informationstechniken	Elektronische Patientenakte, E-Mail-Kontakt zu Patienten	Individueller Betreuungsplan steht allen Beteiligten zur Verfügung
Berücksichtigung von Strategien der Qualitätsförderung	Nutzung aussagekräftiger Qualitätsindikatoren und eines (internen)	Gezielte Teambesprechungen zur Versorgungsqualität bei einzelnen Erkrankungen, praxisinterne

	Qualitätsmanagementsystems, Förderung der Patientensicherheit	Teambesprechungen auf der Basis eines Fehlerbuchs
Organisation der Arbeit in großen Praxisteams	Zusammenschlüsse bisher unabhängig arbeitender Hausärzte in unterschiedlichen Praxisformen, Umsetzung evidenzbas. Leitlinien, Steigerung der Effizienz im Team	Gemeinsame Nutzung verschiedener Kompetenzen und Kenntnisse, gesonderte Chroniker-Sprechstunden, Abstimmung praxisinterner Versorgungspfade
Neue Formen der Arbeitsteilung/ Kompetenzverteilung im Team	Bildung von Duos bzw. <i>teamllets</i> , Gemeinsame Planung der Aufgabenverteilung in der Praxis, Förderung der <i>comprehensiveness of care</i> , Erkennen eigener Versorgungslücken	Hausärzte und MFA/Schwestern betreuen chronisch Kranke als Kleinteam gemeinsam: Hausarzt delegiert bestimmte Aufgaben (z.B. Monitoring-Untersuchungen, inkl. Dokumentation)
Neue Rollenentwürfe	MFA übernehmen Case Management-Funktion, Entlastung der Arztfunktionen	Telefon-Monitoring mit standardisiertem Protokoll bei Arthrose oder Major Depression durch MFA
Qualifikationsentwicklung (<i>human resource continuum</i>)	Gezielte Personalentwicklung/ Professionalisierung für das Praxisteam Förderung der Organisationskultur in der Praxis („lernende Organisation“) Stärkung von Beratungskompetenzen	Individuelle Fort- und Weiterbildungspläne für Praxisteam Leitung lebt Kultur des Lernens aus Fehlern vor, Gezielte Fort- und Weiterbildung zu kommunikativen Kompetenzen
Ebene 3: Gesundheitssystem/gesundheitspolitische Rahmenbedingungen		
Kooperation/Vernetzung zwischen Hausarztpraxen (lokale Netzwerke), neue Kooperationsformen	Je nach Bedarf und örtlicher Situation (z.B. Stadt, Land): vernetzte Einzelpraxen, Primärversorgungspraxen, MVZ und andere	(freiberuflicher) Zusammenschluss in „Gesundheitsimmobilien“, Gründung von Patientenschulungs-Vereinen
Stärkung der Patientenbindung, Erhöhung der Kontinuität	Versorgung einer definierten Population	Einschreibung von Versicherten in regionale Versorgungsmodelle
Sicherstellung eines qualifizierten Erstkontakts mit dem Gesundheitssystem	Niedrigschwelliger Zugang zur initialen Einschätzung von Gesundheitsproblemen	Möglichst zuverlässige Unterscheidung einer Angststörung von einer koronaren Herzkrankheit
Reform des Vergütungssystems	Einführung von (Full-)Capitation-Systemen, Vergütungen (oder <i>fund-holding</i>) im Rahmen integrierter Versorgung, Payment mix unter Berücksichtigung von qualitätsfördernden Anreizen	Kontaktunabhängige Vergütung aller Kosten zur Versorgung einer definierten Population (ca. 80 bis 90 % Full Capitation) plus gezielte Anreize, z.B. für Grippeimpfungen, Palliativmedizin (ca. 10 bis 20 % <i>pay for performance</i> gegen Unterversorgung)
Gesundheitliche Bedürfnisse der Bevölkerung und Ressourcen des Gesundheitssystems in Übereinstimmung bringen	Effizienz und Angemessenheit der Versorgung verbessern	Angebotsseitigen Faktoren für eine Überinanspruchnahme (z.B. bildgebende Verfahren) entgegenwirken, empfohlene Impfungen durchführen

Förderung der Versorgungsqualität durch gezielte allgemeinmedizinische Forschung und Umsetzung der Ergebnisse in die Praxis	Prüfung der „effectiveness“ von zuvor in klinischen Studien entwickelten Strategien unter den Bedingungen der Alltagspraxis	Prüfung der Langzeitfolgen eines neuen Medikaments bei mehrfacherkrankten (Durchschnitts-)Patienten hausärztlicher Praxen
---	---	---

Quelle: Sachverständigenrat 2009: 494ff

Autoren: Thomas Czypionka, Susanna Ulinski

Titel: Primärversorgung

Projektbericht/Research Report

© 2014 Institute for Advanced Studies (IHS),
Stumpergasse 56, A-1060 Vienna • ☎ +43 1 59991-0 • Fax +43 1 59991-555 • <http://www.ihs.ac.at>
