

**In den nächsten 10 Jahren: Wird aus den PVE-Piloten PHC? ..... 2**

- 1. (Archäologischer) politischer Hintergrund ..... 2
- 2. Fachlicher Hintergrund ..... 3
  - 2.1. Einleitung ..... 3
  - 2.2. Black Box (Input-Output-Outcome) ..... 4
  - 2.3. Benchmarking ..... 5
- 3. Szenarien-Entwicklung ..... 6
  - 3.1. Politischer Wille ..... 8
  - 3.2. Vision ..... 9
  - 3.3. Implementierung ..... 11
- 4. Szenarien ..... 12
  - 4.1. Best Case ..... 12
  - 4.2. Worst Case ..... 13
  - 4.3. Real Case ..... 14

**ANHANG: Primary Health Care - Überblick ..... 15**

- 1. Was ist PHC ..... 15
- 2. Wo positioniert sich PHC (abgestufte Versorgung und Health Literacy) ..... 16
- 3. Worin unterscheidet sich PHC von Primary Care und Hausarztmodell ..... 17
- 4. Wer erbringt was in einem PHC-System ..... 18
- 5. Welche Berufsgruppen sind / sollten im PHC-Team eingeschlossen werden ..... 19
- 6. Sollen Apotheken Teil des PHC-Teams sein ..... 20
- 7. Wo werden Patientenwerte gemessen - Point of Care Testing ..... 20
- 8. Welche Aus- und Fortbildungsprogramme sind nötig ..... 21
- 9. Was bedeutet „Zugang“ und „Fragmentierung“ ..... 22
- 10. Welche Qualitäts- und Organisationsmerkmale weist effektives PHC auf ..... 23
- 11. Welche Anreizsysteme sind nötig, um ein effektives PHC zu errichten ..... 24
- 12. Sind die Hausärzte heute fähig diese Rolle zu übernehmen ..... 25
- 13. Welche Primärversorgungsorganisationen werden diskutiert und probiert ..... 25
- 14. Welche politischen, und strukturellen Widerstände gibt es ..... 27

Oktober 2022

## In den nächsten 10 Jahren: Wird aus den PVE-Piloten PHC?

### 1. (Archäologischer) politischer Hintergrund

6		Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen
6.1.	Strategisches Ziel	Versorgungsaufträge und Rollenverteilung für alle Versorgungsstufen (Primärversorgung, ambulante spezialisierte Versorgung und stationäre Versorgung) mit Blick auf „Best Point of Service“ definieren und erste Umsetzungsschritte setzen
6.1.1.	Operatives Ziel	Abgegrenzte, klare Versorgungsaufträge (inhaltlich und zeitlich, insbesondere auch für Tagesrand- und Wochenendzeiten) und Rollenverteilungen für alle Versorgungsstufen und für die wesentlichen Anbieter innerhalb der Versorgungsstufen bis Mitte 2015 mit Blick auf „Best Point of Service“ definieren und bis Ende 2016 erste Umsetzungsschritte auf Landesebene setzen
6.1.2.	Operatives Ziel	Multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung („Primary Health Care“) bis Mitte 2014 konzipieren und in der Folge Primärversorgungsmodelle auf Landesebene bis 2016 umsetzen
6.2.		Strategisches Ziel
		Versorgungsdichte in allen Versorgungsstufen bedarfsorientiert anpassen, insbesondere durch die Reduktion der Krankenhaushäufigkeit sowie der Verweildauer und dem Abbau bzw. der Verhinderung von Parallelstrukturen
6.2.1.	Operatives Ziel	Bestehende ambulante Strukturen bedarfsorientiert anpassen und in neue bzw. strukturell und organisatorisch angepasste Angebote an multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsformen im ambulanten Bereich partiell überführen

Die Idee, PHC in Österreich einzuführen ist Jahrzehnte alt. Die bisher konkretesten „Pläne“ wurden im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 formuliert. Die Aussagen in den Zielsteuerungs-Verträgen klangen überwiegend modern und deuteten auf einen Strukturwandel hin (s.6.2 Strategisches Ziel), allerdings wurden über Jahre praktisch keine Schritte gesetzt, die so eine Änderung anzeigten – denken wir nur an die Tatsache, dass der Prozess des PHC durch eine Struktur, das Austriacum „PVE“ (ein Terminus, der ausschließlich in Österreich für Österreich erfunden wurde, und daher nicht googlefähig ist), ersetzt wurden und diese PVE weiterhin als Pilotprojekte geführt werden und eine Regelfinanzierung weiterhin auf sich warten lässt. V.a. aber liegt aktuell kein ernstzunehmendes, umsetzungsfähiges Konzept vor, das seitens der politischen Entscheidungsträger in allen zuständigen Institutionen (Länder, Gemeinden, Krankenkassen, Pensionsversicherungen, Ärztekammern ...) wenigstens ernsthaft diskutiert würde. Das ist daran zu erkennen, dass jene Schlagworte, die eine Umsetzungsstrategie beinhalten (s. PCMH,

ACO oder wenigstens das CCM etc. im Anhang) weiterhin fehlen.

10 Jahre später ist also klar, dass diese „Verträge“, die ja auch Gesetze wurden, ausschließlich politische Lippen-bekanntnisse waren.

Die Anstrengungen seit 2022 sollen positiv erwähnt werden, v.a. die regionalen Versorgungsprofile (RVP). Wenigstens ist damit einmal eine Art bedarfsorientierte Planungsidee vorhanden. Wie jedoch die Normen, Regeln und Definitionen dahingehend geändert werden, dass diese Bedarfe adressiert werden können, ist weiterhin unklar.

Die wenigen sinnvollen Veränderungen der letzten 10 Jahre sind nicht durch das Verständnis der politischen Entscheidungsträger in allen zuständigen Institutionen entstanden, sondern die Folge einer Graswurzelbewegung, die nach meiner Ansicht nicht stark genug werden kann, um das System zu bereinigen. Gäbe es etwa keine zusätzlichen Gelder über die EU (Wiederaufbau-Fonds nach COVID), würden wohl die Entwicklungen der letzten zwei Jahre nicht zustande gekommen sein.

## **2. Fachlicher Hintergrund**

### **2.1. Einleitung**

Wie im Anhang dargestellt, sind die Systemvoraussetzungen denkbar schlecht. Die Erfolge, die PHC leisten kann, allem voran die Reduktion der Spitalshäufigkeit und die Reduktion der Inanspruchnahme ambulanter fachärztlicher Leistungen führt unmittelbar zu Verlustängsten, die nicht unbegründet sind.

Jene Länder, die ein gut ausgebautes PHC haben (gemessen mit den Instrumenten, die von Kringos und Starfield vorgeschlagen werden), weisen eine halb so hohe Hospitalisierung auf wie Österreich. Was natürlich heißt, viele Spitäler müssten schließen. Und bei den ambulanten Fachärzten würde es wohl dazu kommen – vorausgesetzt, es kommt zu einer geplanten Implementierung, dass vor allem der Wahlarztsektor schrumpft, weil Kassen-Fachärzte wieder mehr Zeit haben und so für Patienten attraktiver werden – aber auch nur, wenn es zu strikteren Überweisungsregeln kommt.

Betrachtet wird die Situation ausschließlich aus Sicht der Bedarfe der Patienten, sind derartige Verlustängste unbegründet, da durch die demographische Veränderung die patientennahe Arbeit nicht weniger wird, selbst wenn wir jetzt sofort mit der Umsetzung von PHC beginnen. Die Verlustängste sind nur dort begründet, wo durch die Veränderungen des Gesundheitssystems Macht- und Einfluss-Sphären politischer Institutionen sich verändern müssten – etwa weil Spitäler gesperrt werden.

Diese Verlustängste, wenn man sie nicht nimmt, werden bei jeder Reform in Richtung PHC zu einer erheblichen angebotsinduzierten Nachfrage führen – im Gesundheitswesen ist eine angebotsinduzierte Nachfrage Großteils eine, die zu einer „höherwertigen“ Infrastruktur-Inanspruchnahme führt. Krankheiten entstehen nicht durch das Angebot und können auch nicht durch solches induziert werden – aber es gibt praktisch keine Grenze, wenn es darum geht, seinen „Schnupfen“ nur durch einen „Spezialisten“ unter hohem technischem Aufwand diagnostizieren und behandeln zu lassen, sofern ein Dritter die Kosten dafür übernimmt.

Neben diesem Widerstand durch Verlustängste besteht zudem aktuell in den Köpfen der Entscheidungsträger eine Vorstellung, dass Strukturen zu einem Prozess führen müssen. Wenn also die Struktur PVE eingerichtet wird, kommt es zu PHC. Diese Vorstellung ist jedoch grundsätzlich falsch.

Die Frage, wie sich die Situation des PHC in Österreich entwickelt hängt damit maßgeblich davon ab, ob es gelingen wird, Prozess- statt Struktur-Denken bei den Entscheidungsträgern zu entwickeln, und die Verlustängste zu Gunsten des Patientenwohls zu überwinden.

## **2.2. Black Box (Input-Output-Outcome)**

Die Gesundheitsversorgung ist von einer unüberschaubaren Menge an Faktoren und Prozessen abhängig, die sich allesamt gegenseitig beeinflussen. Durch diese gegenseitige Beeinflussung entsteht ein komplexes System.

Komplex bedeutet, dass es nicht einfach nur kompliziert ist, und man nur genau genug messen oder regeln muss, damit das erwartete Ergebnis erzielt werden kann, sondern, dass zu keinem Augenblick eine Situation eintritt, die komplett beschreibbar, und daher lenkbar wäre. Einige beobachtbare Wirkungen eines komplexen Systems sind nicht einmal im Nachhinein plausibel zu erklären (Emergenz-Phänomene)

Derartige komplexe Systeme sind weit verbreitet und werden, wenn nötig, üblicherweise über Regulierungsinstrumente „geregelt“ (NICHT gelenkt!) – diese Regeln stecken dabei aber nur jenen Raum ab, in dem ansonsten eine Art Chaos herrscht.

Der Raum stellt eine „Black Box“ dar, in die man nicht hineinschauen kann, deren Prozesse sich einer Messung entziehen und die daher auch keine Punkte haben, an denen ein Hebel angesetzt werden kann, um etwas zu erreichen.

Anders als eine Produktionsmaschine, die konstruktionstechnisch von sich aus genauen Regeln folgen muss, und aus dem Input genau das, und nur das, macht, wofür sie konstruiert wurde, womit der Output planbar wird, tut eine Black Box das, was

ihr gefällt. Zwischen Input und Output gibt es keine lineare Beziehung.

Egal welcher Input vorliegt, es wird immer einen Output geben – eben das was rauskommt, wenn der Input durch die Black Box verarbeitet wurde.

Wird der Output durch den Inputgeber bewertet, also mit dem Verglichen, was er als Ziel erhofft hat (das Prinzip der Qualitätsmessung), kann der Outcome gemessen werden. Je geringer der Output (IST) vom Ziel (SOLL) abweicht, desto höher oder besser ist der Outcome. Damit hängt der Outcome eben von den Zielvorstellungen des Inputgebers ab.

Um nun eine Black Box dazu zu bringen, etwas auszuwerfen, das man will, muss man mit dem Input „spielen“, da nur der Input willentlich veränderbare Größen enthält – die Black Box selbst hat keine steuerungsfähigen Hebel.

Je klarer Vorstellung des Ziels des Inputgebers ist, desto besser lässt sich der Outcome messen, und dann der Input verändern um so dem Ziel näher zu kommen. Über diese Feedbackschleife kann der Input-Geber den Input über „Try and Error“, und nur über „Try and Error“ solange und immer wieder verändern, bis der Output jene Werte erreicht, die der Inputgeber als Outcome akzeptiert - und sich dann fragen ob das den Input wert war. Es gibt keine anderen Möglichkeiten.

### **2.3. Benchmarking**

Im Falle der Gesundheitsversorgung und im Speziellen der abgestuften Versorgung, und im noch Spezielleren dem PHC, wurden bereits eine Fülle von messbaren Parametern für die Output-Messung entwickelt. Ebenso gibt es identifizierte Input-Faktoren.

Die nicht-lineare Beziehung zwischen Input und Output führen dazu, dass es keinerlei ideale Zusammensetzung verschiedener Input-Faktoren gibt, die zu einem idealen Ergebnis führen. Das zeigt die Abhängigkeit der Black Box von den handelnden Akteuren und anderen nicht beobachtbarer Faktoren. Selbst wenn der Input bei zwei Black Boxen ident ist (z.B. der gleiche, kranke Patient, die gleich ausgebildeten Gesundheitsberufe, die gleiche Behandlungszeit, die gleichen Maßnahmen, die gleichen Bezahlungsmodelle, die gleichen Definitionen, Normen und Gesetze etc.) kann das in einer Region zu einem zufriedenstellenden, in einer anderen zu einem unzureichenden Outcome führen.

Um die Zahl der Versuche zu reduzieren, wurde Benchmarking entwickelt.

Diese Methode setzt voraus, dass sich zwei oder mehrere, voneinander unabhängige Input-Geber, die voneinander unabhängige Gesundheitssysteme bedienen (also in der Regel international) aktiv austauschen – also Benchmark-Partner sein wollen. Sie legen gemeinsame Indikatoren (Benchmarks) fest, mit denen sie den Output messen wollen, und vergleichen dann die Input-Faktoren, die zu diesem Ergebnis führen. Bei regelmäßigem Austausch und konsequentem Benchmarking reduziert sich die Zahl der Versuche – Benchmarking ist auf kontinuierlichen Austausch über große Zeiträume ausgelegt. Ein, selbst regelmäßiger, stichprobenartiger Vergleich von mehr oder weniger gut definierten Benchmarks, die über einen Dritten (WHO, OECD, EU etc.) erhoben werden, ist KEIN Benchmarking.

### **3. Szenarien-Entwicklung**

“Building primary care in a changing Europe”; D.Kringos et al; 2013; ISBN 978 92 890 50 319; liefert ein breites Indikatoren-bündel, das geeignet ist, um Benchmarking zu betreiben. Die Indikatoren, die dabei erhoben werden, müssen jedoch der Realität entsprechen und vergleichbar sein. Eine oberflächliche Analyse der erhobenen Indikatoren zeigt bereits, dass die seitens der befragten Stellen in Österreich gelieferten Daten noch nicht einmal jene Präzision liefern um einen Benchmarkvergleich durchzuführen – Benchmarking ist gänzlich unmöglich.

So geben unsere Stellen etwa an, dass es in Österreich pro 100.000 EW 153,3 GPs gibt. Damit würden wir über etwa 13.800 GPs verfügen (das entspricht der Zahl an Allgemeinmedizinern, die in der Statistik Austria zu finden ist). Das Einzugsgebiet pro GP wird mit 2.000 EW im Schnitt angegeben (die Zahl stammt vermutlich aus dem ÖSG). In Zusammenschau dieser beiden Parameter müssten wir eine Gesamtpopulation von mehr als 27.500.000 Einwohnern haben. Das ist definitiv nicht richtig. Hintergrund dieser widersprüchlichen Angaben ist jedoch nicht eine bewusste Lüge der Antwortgeber, sondern schlicht die, der fehlenden Definitionen und Daten, die selbst Angaben zu einem derart einfachen Input-Parameter „Ärzte“ unmöglich machen.

Das Fehlen solcher Definitionen und Daten erlaubt niemals ein Benchmarking. Die Stellen, die solche Definitionen und Daten bereitstellen könnten, sind auf der Ebene zu finden, die zu den Input-Gebern des Gesundheitswesens gehören - also der zuständigen politischen Entscheidungsebene, die die „Governance“ bestimmt.

Im österreichischen Gesundheitswesen ist diese Entscheidungsebene jedoch derart fragmentiert, dass die nötigen Definitionen und Daten nicht zustande kommen können. Wie sehr die Fragmentierung reale Auswirkungen auf die Versorgung haben kann,

zeigt eine Studie des Hauptverbands (Kontinuität der Versorgung und ihre Assoziation mit klinischen Outcomes im Bereich Diabetes Mellitus; W. Dorda et al; 2015). Sie kommt zum Schluss, dass wider internationaler Evidenz, Kontinuität der Versorgung zu negativen Effekten für Patienten führt. Und obwohl das bekannt ist, schafft es die Entscheidungsebene nicht, jene Definitionen und Daten zu finden, und darauffolgend die Input-Faktoren so zu ändern, dass ein Patienten-Profit entsteht. Die Entscheidungsebene nimmt einfach hin, dass es so ist, wie es ist. Analoges findet man praktisch bei allen chronischen Krankheiten, sei es COPD, Herzversagen oder CED.

Wenn daher über die Zukunft von PHC gesprochen werden soll, liegt die erste und größte Herausforderung darin, die Entscheidungsträger dazu zu bringen, PHC überhaupt zu wollen. Ohne ein gemeinsames Verständnis der Inputgeber kann es keinerlei sinnvolle Entwicklung geben, da jeder Sinn der Entwicklung durch das zu erreichende Ziel definiert wird.

Österreich hat ein international einzigartig horizontal und vertikal fragmentiertes Gesundheitswesen. Definiert man PHC als strukturierte, koordinierte und am Bedarf des Patienten ausgerichtete Erbringung von Leistungen, die gesundheitliche (also mehr als medizinische) Probleme wohnortnah adressieren, ist es unerheblich, ob diese Leistungen theoretisch der Gesundheitsförderung, der Primär-, Sekundär- oder Tertiär-Prävention, der Kuration, der Rehabilitation, der Pflege oder der Palliation zugeordnet werden. Diese Leistungen werden von den entsprechenden Gesundheitsberufe rund um den Patienten organisiert und am Patienten erbracht. In Österreich jedoch sind diese Leistungen unterschiedlichsten Organisationen zugeordnet, die noch nicht einmal alle im selben System arbeiten (Gesundheits- oder Sozialsystem).

Runtergebrochen bedeutet das, dass wir, Entscheidungsträger in 19 Krankenkassen (die teilweise auf Systemebene fusioniert sind, aber in der Versorgungsebene noch immer getrennte Wege gehen – etwa im Honorarsystem), 15 Krankenfürsorgeanstalten, 10 Ärztekammern, diversen Pensionsversicherungen, der AUVA, 9 Landesregierungen mit mind. 18 Landesräten (Soziales und Gesundheit und Spitäler), und allen Gemeinden suchen und überzeugen müssen, ein gemeinsames Verständnis für PHC zu entwickeln

Es ist ex ante unrealistisch, dass es hier zu einer Bundesweiten Lösung kommt – was für PHC auch nicht nötig ist, da PHC so nah am Patienten sein muss, dass die eigentliche Organisationsebene die Gemeinde wäre. Da aber die Gemeinde in Österreich keine Rolle im Gesundheitssystem spielt und daher auch keine Versorgungsaufgabe hat (administrativ, denn politisch wird natürlich durch die Bürger der Bürgermeister in der Verantwortung gesehen, die medizinische Versorgung sicherzustellen), muss diese durch übergeordnete Stellen, oder, im Falle der SV, zuständige Stellen quasi beauftragt werden.

Die Rolle des Bundes ist also inhaltlich ohnehin nur von begrenzter Bedeutung. Zudem wurde in den letzten 20 Jahren (seit der Entwicklung des ÖSG) sowohl das Gesundheitssystem als auch das Sozialsystem dereguliert bzw. wurden zentrale Regeln missachtet, dass die Realverfassung und die Gesetzeslage die Umsetzung von PHC zuließe. Es sind die Länder und Gemeinden selbst, die hier nicht weiterkommen oder weiterkommen wollen – und dafür dem Bund nur den „schwarzen Peter“ unterschieben

Jedenfalls sind die rechtlichen und realverfassungsmäßigen Rahmenbedingungen aktuell so, dass, vorausgesetzt, der politische Wille ist gegeben, die Inputfaktoren dezentral verhandelt werden könnten.

Wenn die Inputfaktoren richtig gewählt werden, wird PHC (als Teil einer abgestuften Versorgung) folgendes erreichen:

- Erhöht die Compliance
- Lässt chron. Kranke länger und besser leben
- Senkt Letalität bei frühbehandelbaren Ca (Mamma-, Colon-, Melanom)
- Erhöht die Zahl der beschwerdefreien Lebensjahre
- Senkt Überweisungsfrequenz zu Fachärzten
- Senkt unnötige Krankenhausaufenthalte
- Senkt die Behandlungskosten (und Gesamtkosten!)

Ob dieser Output auch dem Ziel der Inputgeber entspricht, also die Entscheidungsträger so einen Outcome wollen, ist fraglich. Die lange Diskussion über PHC, die seit den frühen 1980ern andauert, zeigt, dass der Widerstand gegen PHC derart groß ist, dass die Entscheidungsträger gewillt sind, die für die Bevölkerung schlechteren Ergebnisse (weniger beschwerdefreie und gesunde Lebensjahre, niedrigere Lebensqualität für chronisch Kranke, hohe Kosten etc.) hinzunehmen, nur um die Systemarchitektur mit Ihren Fragmentierungen und Einflussphären zu erhalten.

### **3.1. Politischer Wille**

Der politische Wille bezieht sich, nach Ansicht des Autors, auf drei Punkte:

1. Selbstreflexion/Selbstkritik
2. Bereitschaft zum Benchmarking
3. Ausschöpfung der rechtlichen Kompetenzen

#### **Ad 1:**

Aktuell besteht eine Kultur, in der Fehler nicht zugegeben oder dem jeweils anderen unterstellt werden. Es herrscht ein Floriani-Prinzip, das jegliche Verantwortung immer abschiebt. Das einzig einigende aller Entscheidungsträger ist der Ruf nach „Mehr“. Der Einsatz der Ressourcen wird ex ante als effektiv und effizient angenommen, die Ergebnisse als optimal bewertet. Wenn also etwas schief läuft, ist es die Folge von Ressourcenmangel oder „Kaputt-Sparen“, auch wenn es für diese Aussagen keinerlei Evidenz gibt.

Im ersten Schritt muss es also zu einer Selbstreflexion der Entscheidungsträger kommen, die in einer Selbstkritik mündet, die zulässt, dass es in Summe genug Ressourcen gibt, aber der Einsatz nicht effektiv genug ist.

#### **Messpunkte:**

1. Öffentliche Auftritte
2. Öffentliche SOLL-IST Berichte

Gemessen werden kann der politische Wille darin, dass die Entscheidungsträger gemeinsam auftreten, sich also gemeinsam für ein konkretes PHC-Modell einsetzen und gemeinsam SOLL-IST-Berichte publizieren. Wenn es keine gemeinsamen selbstkritischen Auftritte (also das

#### **Ad 2:**

Wenn eine Selbstkritik der Entscheidungsträger zulässig ist, wäre der nächste Schritt, dass sie untereinander Daten austauschen, versorgungswissenschaftlich analysieren und bereit sind, diese Daten und Analysen mit sinnvoll ausgewählten, internationalen Partnern zu teilen, um in einen echten Benchmarking-Prozess einzusteigen.

#### **Ad 3:**

Die bundesweit gültigen Rahmenbedingungen (Realverfassung und Rechtslage) sind ausreichend, um jener Spielraum zu haben, der nötig wäre, ein international vergleichbares PHC zu errichten. Allerdings muss es dabei durch die Entscheidungsträger die Bereitschaft geben, die Normen nicht zynisch, also im Sinne des Floriani-Prinzips bzw. zur Verhinderung des PHC, auszulegen, sondern konstruktiv.

gemeinsame Verantworten von Fehlern) und SOLL-IST-Berichte gibt, also praktisch das davon ausgegangen wird, dass das IST dem SOLL ohnehin sehr nahekommt und nur vom Bund „MEHR“ gefordert wird, ist klar, dass es keinen oder zu wenig politischen Willen gibt.



### **3.2. Vision**

Die Entwicklung einer Vision eines SOLL-Zustandes erfordert nach Ansicht des Autors folgende, konkret ausformulierte Punkte

1. Versorgungsbreite / Definitionen
2. Versorgungsgebiete
3. Versorgungs-Datenbedarf
4. Personalbedarf
5. Datenverwendungskonzept
6. Evaluierungskonzept

#### **Ad.1:**

Aktuell wird praktisch überall Primärversorgung angeboten. Für praktisch keinen Gesundheitsberuf gibt es Vorschriften über die verpflichtende Breite des Angebots oder Überweisungsregeln, die nicht aus dem un- deutlich normierten „Arztvorbehalt“ oder der Ausbildungsordnung und Fächerab- grenzung der Ärztekammer, samt den Ver- schreibungs/Verordnungs-Regeln der Kas- senhonorarkataloge entspringt. Dadurch gibt es defacto keine Abgrenzung zwischen Primär- Sekundär- und Tertiär-Versorgung. „Alle kriegen alles überall sofort und auf höchstem Niveau“ – oder eben nicht.

PHC ist aber nur möglich, wenn die ver- pflichtende Breite des Angebots klar wird. Darunter versteht man, unter Beiziehung entsprechender Literatur, die Festlegung welche Leistungen aus welchem Bereich (also Prävention, Kuration, Reha, Pflege etc.; Definitionen, die im Laufe der Visions- entwicklung durch PHC, SHC, THC ersetzt werden) angeboten werden. Auf dieser Festlegung erfolgt die Abgrenzung zum nicht vom PHC erfassten Sozialbereich und der Sekundär-Versorgung. Erst wenn klar ist, was alles geleistet werden soll, wird es möglich, die Aufgabenverteilung zuzuord- nen (von wem). Dabei wird es, je nach Ver- sorgungsgebiet und bereits vorhandenen Strukturen Unterschiede geben können oder sogar müssen.

#### **Ad 2:**

Liegt die Versorgungsbreite vor, wird die Einteilung von Versorgungsgebieten (wo, wann und wie) nötig sein. Auch diese

Einteilung kann unter Beiziehung entspre- chender Literatur erfolgen. Je nach Bevöl- kerungsdichte, Morbidität, vorhandener In- frastruktur werden diese Einzugsgebiete unterschiedlich sein. Und trotz Berücksich- tigung des Vorhandenen, wird bereits an diesem Punkt klar werden, dass es Über- und Unterversorgung gibt, die nur durch Personal-Umschichtung möglich wird.

#### **Ad 3:**

In den getrennt agierenden Einrichtungen werden bereits heute viele Daten gesam- melt. Diese zu verknüpfen wird nötig sein. Daraus sollte der Versorgungsbedarf be- reits darstellbar sein. Allerdings, wenigs- tens zu Anfang nur lückenhaft, da diese Da- ten nicht Outcome-orientiert erhoben wer- den.

#### **Ad 4:**

Aus Versorgungsbreite, Versorgungsge- bieten und Versorgungsdaten lässt sich der regionale Versorgungsbedarf bereits grob genug abschätzen, um den Personalbedarf abzuleiten. Ebenso wird erkennbar sein, ob es neue Berufsgruppen und Kompeten- zveränderungen braucht, um flächende- ckend PHC umzusetzen – vor allem Tele- Health-Angebote werde an dieser Stelle viel neues Denken erfordern.

#### **Ad 5:**

Viele Daten, die heute schon vorliegen, aber eigentlich nicht geeignet sind Output- Messungen im Sinne des PHC durchzufüh- ren, sollten abgeschafft werden. Im Gegen- zug wird es Daten geben, die nötig sind,

aber heute noch nicht erhoben werden, oder deren Erhebungsrhythmus zu langsam (z.B. ATHIS) oder zu wenig granular ist. Der Datenbedarf wird von der Versorgungsbreite und den ausgewählten Benchmarking-Partner abhängen.

Um sicher zu stellen, dass es nicht zu (weiteren) Datenfriedhöfen kommt, sind die Daten nur zu erheben, wenn es ein klares Datenverwendungskonzept gibt – Daten, die nicht einem klaren Ziel zugeordnet werden können, sind nicht zu erheben. Deswegen muss im Vorfeld klar sein, wofür man die Daten braucht und wer sie wem zur Verfügung stellt.

### **Messpunkte:**

#### 1. Öffentliche Studien mit konkreten Antworten auf konkrete Fragen

Die Vision muss überall wo das PHC effektiv werden soll, klar und deutlich werden. Und weil die Morbidität des Einzugsgebietes und die Versorgungsbreite, von Ort zu Ort anders sein können, werden Überweisungsregeln daher unterschiedlich sein, wovon aber der Personalbedarf und der Personaleinsatz abhängig ist etc.etc., muss es dazu vielen Analysen und Studien geben, die breit kommuniziert werden.

Gibt es keine regelmäßigen, öffentlichen Studien über die Visionsentwicklung, die praktische Fragen, wie das PHC aussehen

#### **Ad 6:**

Um den Fortschritt, den Erfolg und die sicher notwendig werden Anpassungen während der Implementierung messen zu können, muss im Vorfeld bereits festgelegt werde, wie diese Messungen erfolgen. Das dafür nötige Evaluierungskonzept muss vorsehen was, wo wer, warum misst und wie publiziert. Denn klar ist, dass es selbst bei bestem Bemühen keine homogene Versorgung geben wird und diese Unterschiede können nicht verschwinden – aber es sollte nachvollziehbar sein, warum es sie gibt und belegbar werden, dass sie möglichst gering sind.

und funktionieren soll, klar und eindeutig beantworten, und das für dezentrale Problemstellungen, also praktisch pro Gemeinde, wird es Akzeptanzprobleme geben.

Das Ziel dieser Studien muss sein, dass am Ende jede Gemeinde weiß, warum es welches Angebot wo geben wird, und welches warum wo nicht umsetzbar ist, und so die interessierte Bevölkerung dies aus vernünftigen Gründen mitträgt und die „neuen“ Wege gehen will.

### **3.3. Implementierung**

Die Implementierung der Vision wird einhergehen, mit einer Fülle von Normen (auf Bundeslandebene oder Gemeindeebene), Regeln (von Überweisungsregeln bis zur Regelfinanzierung), die allesamt formuliert und durch alle Entscheidungsträger beschlossen werden müssen. Dazu sind Verträge zu formulieren und Vertragspartner zu suchen.

Ebenso muss festgehalten werden, was passiert, wenn Normen und Regeln nicht eingehalten werden – also auch Sanktionsmechanismen sind zu beschließen, die ebenso Teil der Verträge sind und nicht nur

die Leistungserbringer (PHC-Teams) sondern auch die Entscheidungsträger, also Land, Gemeinden, KK, PV etc. treffen.

Dazu wird das nötig Personal rekrutiert bzw. aus- und fortgebildete werden müssen.

Und wenn dieses Normen und Regeln implementiert werden (im laufenden Betrieb!) werden die Evaluierungen beginnen.

Die Implementierung muss gut geplant sein, und kann als Projekt bzw. als Projekte organisiert werden,

#### **Messpunkte:**

1. Öffentlich zugängliche, konkrete Daten, Ziele und Zeitachsen,
2. Konkrete und umgesetzte Sanktionen für negative Evaluierungsergebnisse

## **4. Szenarien**

Aus den Voraussetzungen für die Szenarien-Entwicklung wird bereits klar, dass PHC zu entwerfen und zu implementieren in unserer Systemarchitektur ausgesprochen schwierig ist. Klar ist, dass in den nächsten Zehn Jahren, wenn man es ernst nimmt, noch kaum die erwartbaren Effekte erreicht werden – die Zeit wird v.a. für die politische Einigung und die Visionsentwicklung verbraucht werden.

Die Entwicklung, wird von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich sein. Realistisch wird es, wenn überhaupt maximal ein Bundesland schaffen, in die Nähe des Best Case zu kommen. Die meisten Bundes-

länder werden den Worst Case realisieren. Wenige (ein bis zwei vielleicht) werden den Real Case erreichen.

Pro Bundesland sind, um eine PHC-Entwicklung anzustoßen, folgende Entscheidungsträger einzubinden

- Land (inkl. aller zuständigen Landesräte – also Gesundheit, Soziales, Spitäler)
- 3 Krankenkassen (ÖGK, SVS, BVAEB), einige KFAs, PV
- 2 Ärztekammern (Landesärztekammer, ÖÄK)
- Mehrere bis viele Gemeinden

### **4.1. Best Case**

**Land, Gemeinden, KK, PV, ÄK einigen sich, GEMEINSAM abgestufte Versorgung zu etablieren**

Alle richten eine gemeinsame Arbeitsgruppe ein, deren entscheidungsbefugte Mitglieder gemeinsam auftreten.

Diese Arbeitsgruppe erarbeitet transparent eine konkretisierte Vision, die derart detailliert ist, dass daraus ein Umsetzungsplan mit klaren Aufgabenverteilungen abgeleitet werden kann.

Entlang dieses Planes werden PHC-Einrichtungen von selbständigen Ärzten errichtet, die in der Regelversorgung aktiv sind – also keine Pilotprojekte, denn das Try and Error wird als „ewiger Begleiter“ und einzige Steuerungsoption von allen akzeptiert.

Allen ist klar, dass die gemeinsame Errichtung eines PHC kein Projekt ist, dass irgendwann endet, sondern eine dauernde Aufgabe ist, da ständig über die Veränderung der Input-Faktoren der Erfolg von PHC justiert werden muss.

Die Folgen der Umsetzung sind alles bewusst, und alle sind bereit, den langen Weg

bis zum Ende zu gehen – deswegen kennen sie Sanktionen

Der Prozess wird versorgungswissenschaftlich begleitet

Nach 5 Jahren Visionsentwicklung erfolgt die Umsetzung, die PHC-Effekte treten in den ruralen Regionen rascher ein und werden am Ende der 10 Jahre bereits wirksam.

Die Konsequenz eines funktionierenden PHC ist allen bewusst, deswegen werden in 10 Jahren bereits mehrere Spitalsstandorte geplant geschlossen sein. Das so freigewordene Gesundheitspersonal wird bedarfsorientiert neu verteilt – es wird also keine „Arbeitslosigkeit“ unter den Gesundheitsberufen entstehen. Aber, politischer Einfluss auf die Arbeitsplätze und deren gewerkschaftlicher Organisationsgrad wird stark reduziert sein.

Durch die umgelenkten Patientenströme werden auch weniger Facharztkontakte anfallen. Um diese Fachärzte nicht zu verlieren und auch zu motivieren, besser verteilt

zu sein, werden diese jedoch nicht weniger kosten als heute – Es wird mehr Zeit pro Patienten möglich und auch gefordert und gefördert werden. Die Überweisungen in Spitalsambulanzen werden dramatisch reduziert sein. Im Gegenzug wird der Wahl- arztsektor an Bedeutung verlieren.

Weiters führen Anreizprogramme dazu, dass Spitals-Fachärzte mit abgeschlossenem „Turnus“ sich zu „PHC-Ärzten“

umschulen lassen. Für MTDs und GuKPs gilt das gleiche.

Alle bestehenden PVE werden in die Regelversorgung aufgenommen sein, und deren Know-How-Vorsprung wird genutzt um PHC-Ausbildung zu betreiben. Die bestehenden Kassen Hausarztordnungen werden durch diese „neuen“ Mitarbeiter zu PHC-Einrichtungen mit PHC-Teams ausgebaut.

### **Extrem hohes politisches Risiko bei extrem hoher Chance auf Public Health -Benefit**

#### **4.2. Worst Case**

#### **Land, Gemeinden, KK, PV, ÄK einigen sich NICHT, jeder beharrt auf seinen Grenzen und behält seine Daten**

Das Fehlen des politischen Willens führt dazu, dass es keine Vision für PHC und daher auch keinerlei durchsetzbare Normen oder Regeln gibt.

Damit wird PHC keine Regelversorgung und die heutigen PVE erhalten auch keine (sinnvolle) Regelfinanzierung. Die PVEs bleiben daher „Pilotprojekte“ mit ungewisser Zukunft.

Die derzeitige Grassroot-Bewegung, denn nichts anderes ist die aktuelle PVE-Entwicklung, wird nicht aktiv behindert, aber auch nur unter politischen (populistischen) Aspekten unterstützt. Einige PVEs werden noch entstehen, aber es werden kaum mehr als 5% der Bevölkerung über sie versorgt. Die PVEs entwickeln sich über die Zeit zurück zu simplen „Hausarzt-Gruppenpraxen“.

Nach Auslaufen der EU-Gelder wird es kaum öffentliche (also steuerfinanzierte

und von demokratisch gewählten Politikern verantwortete) Unterstützung geben.

Alle Entscheidungsträger in den Ländern, Gemeinden, Ärztekammern, KK, KFAs und PV, nehmen in Kauf, dass bei schlechter werdender Versorgung die Kosten im Gesundheits- und Pflegesystem steigen werden. Die Fehlversorgung (stationär statt ambulant, wohnortfern statt wohnortnah) wird weiter zunehmen, der Wahlarztsektor weiterwachsen.

Dank der fehlenden gemeinsamen Vision und der daher fehlenden Datenlage kann kein SOLL definiert werden. Damit bleibt die Intransparenz so groß, dass Aufklärung über das Geschehen weiter nicht möglich ist. Der Mythos „wir haben das beste System“ wird von allen Seiten gepflegt, womit es jedenfalls für alles sicher sehr gute „Evaluationsergebnisse“ geben wird.

### **Geringstes politisches Risiko bei höchster Chance auf Public Health -Schaden**

### **4.3. Real Case**

#### **Land, ÖGK einigen sich, Gemeinden sind gespalten, ÄK ist explizit dagegen, kl. KK, KFAs und PV verhalten sich neutral**

Zwar ist eine Einigung durch die nominell größten „Player“ Land und ÖGK auf den ersten Blick erfreulich, systemisch werden aber die vielen Widerstände durch Ärztekammern und Gemeinden, die sich auf die neutralen Institutionen stützen, eine sinnvolle Willensbildung praktisch verunmöglichen.

Es gibt daher keine Vision im oben beschriebenen Sinne, sondern es wird die aktuelle Situation fortgeschrieben. Die Grassroot-Bewegung wird, soweit politisch machbar, bzw. opportun (also OHNE Selbstkritik) unterstützt.

Innerhalb der Blackbox werden erhebliche Widerstände entstehen, die politisch möglichst vermieden werden. Daher wird es auch OHNE Benchmarking und OHNE „echte“ Evaluierung - politischer Erfolge muss ex ante feststehen – weitergehen. Die Effekte „weniger Facharztkontakte“ „weniger Spitalsaufnahmen“ werden kaum auftreten.

Die versorgungswissenschaftliche Datenbasis wird nicht erweitert – eventuell werden „intern“ Parameter erhoben, die jedoch keiner wissenschaftlichen Kritik unterzogen werden, und daher auch keine öffentliche Diskussion zulassen. Das Fehlen der öffentlichen Diskussion wird es den Gegnern ermöglichen, die Bevölkerung gegen PVE-Pläne zu mobilisieren.

Die Folge ist, dass PVE-Standorte nicht nach versorgungswissenschaftlichen Kriterien, sondern „willkürlich“ (dort wo der

politische Widerstand nicht vorhanden ist, bzw. gering ist) festgelegt werden. Die PVEs werden in Form von Ambulatorien errichtet. Das wird vor allem dort sein, wo es eine öffentliche Diskussion über den „Hausärztemangel“ gibt, oder wo es zu Schließungen von einzelnen, nicht mehr haltbaren Kleinst-Spitälern kommt (diese werden wegen der Unattraktivität für ärztliches Personal schlicht das Angebot nicht halten können, also wegen „Ärztemangel“ sperren).

Die Zahl der PVEs wird steigen, aber die Versorgungswirksamkeit kaum über 10% der Bevölkerung erreichen. Die Inhomogenität der Versorgung wird weiter und massiv zunehmen, die Fehlversorgung weiter zunehmen, der Wahlarztsektor weiterwachsen

Die bestehenden PVEs werden in selbständige Ambulatorien umgewandelt, um Verhandlungen mit der Ärztekammer zu vermeiden. Es wird genug Ärzte geben, die sich in solchen Ambulatorien anstellen lassen wollen – auch gegen die Mobilmachung der Ärztekammern.

PH-Benefit wird unklar sein. Theoretisch muss es da und dort einen geben – auch gegen die Widerstände. Da es aber nicht zu einer geplanten strukturellen und organisatorischen Anpassung (s. politischer Hintergrund Abb -Zielsteuerung) des Angebots kommt, werden angebotsinduzierte Leistungen diese Benefite teilweise aufbrauchen.

#### **Geringes politisches Risiko bei hoher Chance auf Public Health -Schaden**

## **ANHANG: Primary Health Care - Überblick**

### **1. Was ist PHC**

**„Primary Health Care behandelt die wesentlichen Gesundheitsprobleme der Bevölkerung, indem es entsprechende Leistungen der Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Heilung und Rehabilitation zu den Menschen bringt.“ (WHO 1978)**

Als die Spezialisierung der ärztlichen Medizin und der medizinischen Bereiche (v.a. Pflege und physikalische Therapie) vor etwa **100 Jahren** deutlich zunahm, wurde es immer schwerer, den medizinischen Fortschritt in die Fläche zu bringen. Es kam zu einer Zersplitterung der Kompetenzen und zu einer Verteuerung der medizinischen Versorgung, die immer größere Bevölkerungsgruppen ausschloss. Bereits 1920 wurde in UK erkannt, dass man dieser Entwicklung nur durch eine abgestufte Versorgung begegnen kann. Die Erste Stufe wurde damals als die **Primär-Versorgungsstufe** definiert, die von „General Practitioners“, also **Hausärzten** getragen werden muss. Auf dieser Stufe muss man den alltäglichen gesundheitlichen Problemen begegnen.

Ebenfalls wurde klar festgehalten, dass Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration (die Behandlung von Krankheiten, also Diagnose und Therapie) nach vernünftigen Grundsätzen nicht voneinander zu trennen sind und im Wirkungsbereich des Hausarztes zusammengeführt werden müssen, wobei der Hausarzt sich **nicht nur um die Gesundheit des einzelnen** kümmern soll, **sondern auch um die Volksgesundheit (Public Health)**.

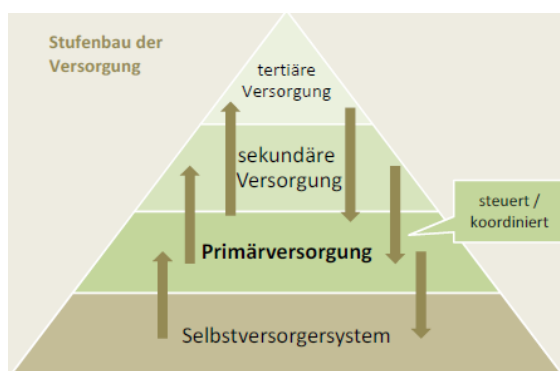
Ebenfalls 1920 wurde bereits festgestellt, dass, um die Aufgaben effektiv zu erfüllen, der entsprechend und speziell ausgebildete Hausarzt (ein „Facharzt für Allgemeinmedizin!) Hilfe durch die **Mitarbeit von Apothekern, Pflegekräften und Hebammen** braucht, die ebenfalls ein spezielles Training brauchen, um im Team arbeiten zu können. **Unter der Führung des Hausarztes** (oder wenn es der Bedarf ist mehrerer Hausärzte in einer Gruppenpraxis), der in entsprechend ausgestatteten, und

idealerweise seitens des Gesundheitssystems bereitgestellten, Räumlichkeiten (Primary Care Center) ordiniert, sollen diese zusammenarbeiten. Die Leistungen dieses Teams sind so wohnortnah wie möglich zu erbringen. Patienten, die nicht in die Ordination kommen können, werden zu Hause besucht. Patienten sollen hauptsächlich durch „ihren“ Arzt betreut werden, wenn der Hausarzt einen **Facharzt (Sekundär-, Tertiär-Versorgungsstufe)** beiziehen will, werden durch ihn die Termine und der Transport organisiert. Als wichtiges Kommunikationstool ist eine **standardisierte Patientenakte** zu führen. Die Hausarztordinationen sollen, je **nach regionalem Bedarf dimensioniert** sein, wobei **zwischen ruralen und urbanen Regionen zu unterscheiden** ist.

Die Grundzüge des PHC wurden also vor etwa 100 Jahren festgelegt und haben bis heute Gültigkeit. 1978 nahm die WHO das Thema auf und hielt fest, dass PHC der einzige Weg ist, eine gerechte und finanzierbare Gesundheitsversorgung aufrecht zu erhalten („**Um eine gute, gerechte, für alle zugängliche und nachhaltig leistbare Versorgung zu erreichen, müssen die wesentlichen Gesundheitsprobleme der Bevölkerung vor Ort adressiert werden.**“). Seitdem gibt es eine Fülle von Entwicklungen und Forschungen. Praktische jedes Land Europas hat seither eigne Organisationsformen des PHC entwickelt. Österreich gehört nicht dazu. Und so darf es nicht verwundern, wenn wir im internationalen Vergleich eines der schlechtesten PHC-Systeme haben. Das Fehlen einer vernünftigen PHC führt dazu, dass v.a. die chron. Kranken immer schlechter versorgt werden und wir, trotz enormer Ausgaben, nur durchschnittliche Qualität liefern können.

## 2. Wo positioniert sich PHC (abgestufte Versorgung und Health Literacy)

Wenn man an eine abgestufte Versorgung denkt, beginnt diese in der Regel mit der Primärvorsorgung. Das ist jedoch nicht der Fall. Die Versorgung beginnt auf der Stufe der **Selbstversorgung**. Die quantitativ meisten, qualitativ „einfachsten“ gesundheitlichen Probleme werden in der Regel durch die Menschen selbst bewältigt. Auf dieser Ebene wird Selbstdiagnose und Selbstmedikation betrieben. Auf dieser Ebene kommen auch die sog. „Hausmittel“ zur Anwendung.



Erst, wenn Ratlosigkeit eintritt, wird eine medizinische Versorgungsebene –**Primärvorsorgung** - in Anspruch genommen.

Der Zeitpunkt, wann Ratlosigkeit eintritt, also der Patient nicht fähig ist, selbst zu erkennen, ob sein gesundheitliches Problem einer ärztlichen Untersuchung bedarf, hängt davon ab, welche Gesundheitskompetenz -Health Literacy - er besitzt. Darunter versteht man die Fähigkeit Gesundheitsinformationen zu lesen, zu filtern und zu verstehen, um eine vernünftige Entscheidung zu treffen. Ist die **Gesundheitskompetenz** hoch, wird ein Patient später und dann auch mit konkreteren Problemen einen Arzt konsultieren, als wenn die Kompetenz niedriger ist.

In jenen Ländern, in denen ein funktionierendes PHC etabliert ist, ist die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung höher, dort wo es kein funktionierendes PHC gibt niedriger. Mit niedrigerer Gesundheitskompetenz sind eine schlechtere Gesundheit, mehr chronische Krankheiten und eine häufigere Inanspruchnahme von

Gesundheitsdienstleistungen assoziiert. In Österreich, das bekanntlich kein funktionierendes PHC hat, liegt die Gesundheitskompetenz eines Akademikers niedriger, als jene eines niederländischen Schulabbrechers. In den Niederlanden gibt es seit Jahrzehnten ein gut ausgebautes und auf PHC ausgelegtes Hausarztsystem.

Durch die Positionierung des PHC zwischen der spezialisierten Versorgung und der Laienversorgung, sowie die Charakteristika der Hausarztversorgung, v.a. das auf **langfristige Arzt-Patienten-Beziehungen** aufgebaute **Vertrauens-verhältnis** zwischen dem **Patienten** und „seinem“ **Hausarzt** stellt eine ideale Schulungssituation dar, Gesundheitskompetenz zu vermitteln. Vor allem die Themenbereiche Gesundheitsförderung, Primärprävention und Therapietreue (Compliance/Adherence) werden dadurch, und erfolgreich vermittelt.

Die quantitativ überwiegende Zahl gesundheitlicher Probleme, die einer medizinischen „Erst-Betreuung“ bedürfen ist allgemeiner Natur, die durch einen Allgemeinmediziner abgearbeitet werden können. Mehr noch, auf Grund der Ausbildung eines Allgemeinmediziners (in anderen Ländern wohlgermerkt), ist dieser besser geeignet, diesen allgemeinen gesundheitlichen Problemen, die nicht durch Selbstversorgung gelöst werden können, zu behandeln.

Der Grund dafür ist, dass es in der **Primärvorsorgungsstufe** um ein **Bio-Psychosoziales Krankheitsmodell** geht. Krankheiten werden also nicht in einem biologischen Ursache-Wirkungs-Prinzip gedacht, sondern im Rahmen eines ganzheitlichen Bildes. Denken wir an eine 75 jährige Witwe, die mit ihren gesundheitlichen Problemen mehrmals pro Monat den Arzt aufsucht. Sicher sind diese Probleme auch medizinisch zu erklären, die Bedeutung der Krankheit im Leben der Witwe liegt jedoch eher in der möglicherweise vorliegenden sozialen Vereinsamung und den damit



verbundenen psychischen Reaktionen. Wird nur die Krankheit behandelt, wird trotzdem keine Heilung erfolgen. Die Allgemeinmedizin reagiert auf diese Situation wegen des langfristigen Vertrauensverhältnisses besser, als ein Spezialist. Zudem, wird in einem funktionierenden PHC die Schnittstelle zur Pflege und Sozialarbeit besser moderiert. Zwei Bereiche, die für den dargestellten Fall viel wesentlicher sein dürften, als die Verschreibung von Medikamenten.

Werden Spezialisten als „Erst-Betreuer“ angesprochen, kann in der Regel dieses langfristige Verhältnis nicht vorausgesetzt werden. Zudem werden Spezialisten – und das ist auch ihre Aufgabe - ihrem Tun ein **biologisches Krankheitsmodell** zu Grunde legen. Die Folge ist eine detaillierte und teure Diagnostik und Therapie, ohne jedoch die psychologischen und sozialen Aspekte der Krankheit zu berücksichtigen. Nicht selten landen in Österreich solche Patienten dann in Spitalsambulanzen und in der stationären Versorgung –

### **3. Worin unterscheidet PHC sich von Primary Care und Hausarztmodell**

PHC und **Primary Care (PC)** werden oft synonym verwendet. Genau betrachtet unterscheiden sie sich PC und PHC darin, dass PHC nicht nur das Individuum und dessen Gesundheit im Blick hat, sondern auch die Volksgesundheit (Public Health). Wird die Volksgesundheit – es geht hier vor allem um die einem Hausarzt zugeordnete Bevölkerung des Einzugsgebietes einer definierten Versorgungsregion - mitgedacht, sind es vor allem gesundheitsfördernde Maßnahmen, die durch **PHC** gesetzt werden sollen, aber auch, die Stärkung des Selbstversorgungssystems gehört in dem Fall dazu. Je deutlicher die „Flächenorientierung“ betont ist, desto größer ist eben der **Public Health-Ansatz** und desto eher spricht man von PHC. Schränkt man die Aufgaben der Primärversorgungsstufe

international wird von **vermeidbaren Aufnahmen von Patienten mit Krankheitsbildern, die bei einem funktionierenden PHC ambulant zu versorgen wären**, gesprochen (**avoidable hospitalisation of ambulatory care sensitive conditions**). Diese Aufnahmen gelten als Maßzahlen für das Funktionieren des PHC. Wie das bei unserer Hospitalisierungsrate, die drei Mal so hoch liegt wie in den Niederlanden, ist, muss wohl nicht erklärt werden.

Idealtypisch wird daher eine **fachärztliche Versorgung**, selbst wenn sie ambulant erfolgt, stets der **Sekundär-Versorgungsstufe** zugerechnet. Diese ist wegen ihrer Spezialisierung geeignet, spezielle gesundheitliche Probleme zu adressieren, nicht aber allgemein. Sind auf Grund der komplexen gesundheitlichen Probleme noch speziellere Anforderungen, wie beispielsweise die **Zusammenarbeit mehrerer Fachärzte**, wie das in einem Spital der Fall ist, nötig, erfolgt die Versorgung auf der **tertiären**, möglicherweise sogar auf der **Quartären (universitätsniveau) Stufe**.

stärker auf die Versorgung individueller Menschen ein, dann spricht man eher von **PC**. Bei der Einschränkung auf das **Individuum** und auf die ärztliche, **medizinisch-kurative** Versorgung wird der Charakter der PC ausgehöhlt und man kann dann maximal noch von **Hausarztmodellen** sprechen.

Definitiv missbräuchlich wird PC dann verwendet, wenn damit gemeint ist, dass ein völlig unstrukturiertes Einsteigen in das Versorgungssystem und in jeder Stufe des Versorgungssystems als PC definiert werden kann, weil eben auf jeder Stufe Leistungen des PC durchgeführt werden (nur weil in einer Uni-Ambulanz auch Schnupfen behandelt wird, kann diese noch kein PC betreiben).

#### **4. Wer erbringt was in einem PHC-System**

##### **Was wohnortnah erbracht werden kann, soll wohnortnah erbracht werden.**

Das Gesundheitswesen kennt 5 große Sektoren: **Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege, Palliation**. In wie weit **Gesundheitsförderung** dem Gesundheits-, oder dem Sozialwesen zugerechnet wird, muss politisch entschieden werden. In modernen **PHC-Ansätzen** zählt sie klar zum Gesundheitswesen.

Diese Einteilung ist nicht inhaltlichen, sondern organisatorischen, teilweise auch historischen Gründen geschuldet (Rehabilitation z.B. ist ein eher junger Sektor, der erst durch die Tuberkulose-Behandlung wichtig wurde. Palliation ist erst relevant, seit sehr viele Menschen sehr alt werden und so Krebs zu einer häufigen Todesursache wurde...). Jeder Sektor kennt eine Fülle von Maßnahmen bzw. Leistungen, die, entweder Krankheit verhindern, heilen oder den Fortschritt verlangsamen oder aufhalten wollen. Oft sind die Leistungen in unterschiedlichen Sektoren gleich, nur das Ziel, das erreicht werden will, ist theoretisch anders – physikalische Therapie als Rehabilitation oder als Tertiärprävention – also entweder, um bei einem durch eine Krankheit bereits eingetretenen Schaden so minimal wie möglich zu halten, oder eben um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Die Leistungen können **mobil** (im Umfeld des Patienten, z.B. in seiner Wohnung, am Arbeitsplatz oder der Schule, aber auch in einer Gruppe – „Herzgruppe“ „gesunde Gemeinde“...), **ambulant** (in einer Einrichtung, die nur bis maximal 24 Stunden in Anspruch genommen werden muss, typischerweise Ordination, Tageshospiz oder ähnliches) oder **stationär** (wenn rund-um-die-uhr Betreuung nötig ist, also Spital, Pflegeheim oder Reha-Zentrum) erbracht werden.

Der Anspruch von **PHC** ist es, die **Gesundheitsversorgung zu den Menschen zu bringen**. Dazu sollen alle Leistungen, die mobil UND ambulant erbracht werden können, unabhängig aus welchem Sektor sie stammen, möglichst wohnortnah (Wohnortnähe beginnt im Bett eines Patienten,

Spitalsambulanzen gelten für PHC immer als Wohnortfern!) erbracht werden; der Patient soll in der Gesundheitsversorgung so wenig wie möglich „wandern“.

##### **Mit diesem Anspruch sind klar zwei Forderungen verbunden:**

(1) Um die nötige **Kompetenz** zu erreichen, müssen die Leistungen von einem multiprofessionellen Team erbracht werden. Das **PHC-Team** besteht im Minimum aus einem Hausarzt und einer Dipl.Pflegekraft, sowie einer Ordinations-Assistenz. Je nach Bedarf ist das Team rund um den Patienten um andere Professionen zu erweitern. Die Führung solcher Teams ist dem Hausarzt zu überantworten. Die Team-Mitglieder brauchen eine spezielle Aus- bzw. Fortbildung.

(2) Der **Bedarf** an PHC (und damit die Dimensionierung und konkrete Ausgestaltung der PHC-Teams) muss durch die Versorgungsebene definiert werden. Es ist also die Aufgabe von, in unserem Fall, Ländern, Gemeinden Krankenkassen und tlw. auch Pensionsversicherungen festzulegen, wo welcher Bedarf in welcher Breite anzubieten ist – also einen **Versorgungsauftrag** zu erteilen. Leistungserbringer sind nicht Teil dieser Bedarfsfestlegung. Aus der Aufgabe der Bedarfsfestlegung folgt, dass die Versorgungsebene auch dafür zu sorgen hat, dass das mit der Versorgung beauftragte Team weiß, wie wirksam es ist, welche Defizite in der zu versorgenden Bevölkerung bestehen, welche besonderen Situationen vorliegen etc. aber auch, welche gesundheitsfördernden Maßnahmen regional umzusetzen sind – das PHC-Team muss also von „oben“ versorgungswissenschaftlich unterstützt werden. Insbesondere dort, wo es um die Umsetzung von Vorsorgeprogrammen geht (z.B. Brustkrebs-Vorsorgeuntersuchungen) sind die Teams, die erheblichen Einfluss auf die Teilnahme „ihrer“ Patienten haben, mit validen Informationen über den Erfolg des Programms zu informieren.

## **5. Welche Berufsgruppen sind / sollten im PHC-Team eingeschlossen werden**

Die Frage, welche Berufsgruppen als Team zusammenarbeiten sollen ist nicht generell zu beantworten, da das Team rund um den Bedarf des Patienten gebildet werden muss. Organisatorisch ist klar, dass das **Kern-Team** aus einem **Hausarzt** und einer **Dipl.Pflegekraft**, sowie einer Administrationskraft (Ordinations-Assistenz) besteht. Die **Leitung** dieses Teams, dass sich rund um den Patienten und seinem Versorgungsbedarf organisiert, sollte unbedingt ein **Arzt** innehaben, da es dieser Berufsgruppe vorbehalten ist, zwischen Krankheit und Gesundheit zu unterscheiden.

Rund um dieses Kern-Team sind, **weitere Berufsgruppen** aufzunehmen, wenn der Versorgungsauftrag dafür den **Bedarf** feststellt. Versorgt beispielsweise eine PHC-Einrichtung viele Pflegeheime, ist es vernünftig, im Sinne der Tertiärprävention (also die Vermeidung eines Fortschreitens der Pflegebedürftigkeit) auch Physio-Therapeuten und Psycho-Therapeuten (Demenz und Altersdepression!) einzubinden. Liegt die Versorgungseinrichtung in einem sozialen Brennpunkt (Drogen, Integrationsschwächen etc.), ist es sinnvoll auch Sozialarbeiter, vielleicht sogar Dolmetscher, dem Team anzuschließen. Weist die Versorgungsregion einen hohen Anteil an Patienten auf, die mobil gepflegt werden, sind mobile Pflegekräfte aufzunehmen etc.etc.

**Idealerweise** arbeitet das bedarfsnotwendige Team **unter einem Dach** zusammen, also in einem PHC-Center, wie bereits 1920 vorgeschlagen. Die **Infrastruktur** dieses Centers sollte durch die **öffentliche Hand** bereitgestellt werden, die **Ärzte** sollten aber **selbstständig**, also nicht angestellt arbeiten. Die Frage, ob die anderen Team-Mitglieder (beim Arzt) **angestellt** oder als „**Sub-Unternehmer**“ arbeiten sollten, ist in der Literatur nicht endgültig geklärt. Es gibt sowohl die eine als auch die andere Variante.

Im Falle von **Subunternehmern** muss darauf geachtet werden, dass es nicht zu parallelen Versorgungsstrukturen kommt, also praktisch Pflege, Therapeuten und Ärzte jeder für sich eine Versorgung errichten, die sich dann gegenseitig versuchen zu kannibalisieren (Pflege, Ärzte oder Therapeuten übernehmen deswegen Patienten, um sie dem „anderen“ „wegnehmen“ und selbst Umsätze zu generieren). Die Folge wäre eine **Fragmentierung statt Teamarbeit**. (s. Kap. „*Fragmentierung und Zugang*“)

Im Falle von **Angestelltenverhältnissen** bei einem Arzt, besteht wiederum die Gefahr, dass es zu hierarchischen Strukturen kommt und der Arzt die anderen Berufsgruppen quasi als Erfüllungsgehilfen oder gar als Option zur Einkommensoptimierung betrachtet, also Arbeit abwälzt, statt diese im Team zu verteilen (**Substitution statt Kooperation**)

Um diesen Problemen zu entgehen, wurde versucht, **alle Berufsgruppen anzustellen** und die Leitung eines Centers der Verwaltung zu übergeben. Die **Effizienz** solcher Einrichtungen ist **geringer**, und der Berufsgruppenkonflikt trotzdem vorhanden.

Die **Ordinations-Assistenz** ist in der Regel **angestellt** (und damit weisungsgebunden). Im Gegensatz zur heutigen Situation der „Sprechstunden-Hilfe“, ist deren Aufgabe jedoch deutlich breiter (Termin- und Transportorganisation zwischen den Versorgungsebenen, Entlassungsorganisation von Patienten aus dem stationären Bereich etc.) V.a. aber stellt sie für die **Versorgungsebene** eine **Schnittstelle** in das Team dar. PHC-Teams haben einen Versorgungsauftrag. Um die Versorgungswirksamkeit zu überprüfen, sind entsprechende Dokumentationen vorzunehmen und Analysen durchzuführen. Denn, in einem gut entwickelten PHC ist es Aufgabe der Versorgungsebene PHC-Centers über **regionale epidemiologische und sozialepidemiologische Daten** zu informieren, damit das PHC-Team seine Leistungen besser

planen/abstimmen und (volks)gesundheitliche **Probleme** rascher **identifizieren** kann. Wenn z.B. im Einzugsgebiet mit 1.000 Diabetikern zu rechnen ist, aber nur 500 in der Ordination behandelt werden, muss das auffallen und es muss zu regionalen Reaktionen kommen können. Ein anderes Beispiel ist die Umsetzung von Vorsorgeprogrammen; um den Erfolg eines solchen Programms zu überprüfen, müssen Daten gesammelt und dann auch rückgemeldet werden. Falls die Daten in der Versorgungsregion der Ordination auf Defizite

hinweisen, sind entsprechende Gegenmaßnahmen zu setzen.

Je breiter das PHC-Angebot und je größer das Team, bzw. je mehr Teams unter einem Dach arbeiten, desto mehr administrative Unterstützung braucht es. In einigen Ländern werden in jeder entsprechend großen Einrichtung eigenen Manager eingesetzt, deren Aufgabe es ist, die Gesundheitsberufe von administrativen Tätigkeiten und Bürokratie zu entlasten.

## **6. Sollen Apotheken Teil des PHC-Teams sein**

Apotheker sind ein wichtiger Teil der Versorgung. Viele Patienten, vor allem chronisch Kranke, sehen den Apotheker häufiger als den Arzt. Sie beeinflussen stark die Therapietreue (können sogar als Vermittler von **Compliance/Adherence-Programmen** fungieren), können oft besser die Wichtigkeit und richtige Einnahme von Medikamenten erklären, helfen bei sehr vielen Problemen mit Nebenwirkungen von verordneten Therapien etc.

Weiter sind sie eine sehr **niedrig-schwelliger** und oft benützter **Zugang** in das Gesundheitssystem, der für **Screening-**

**Programme** (Bluthochdruck, Diabetes etc.) genützt werden kann. Zudem sind Apotheker auf der **Selbstversorgungsstufe** ein wichtiger **Berater** für Patienten, treten dabei aber bereits als Gesundheitsprofessionisten auf.

All das spricht dafür, Apotheker stärker als bei uns üblich als **Teil der Primärversorgungsebene** zu betrachten und **auch** als Team-Mitglieder in einem **PHC-Team** einzubinden. Mit der Einführung der E-Medikation wird, will man den Berufsgruppenkonflikt mit den Ärzten moderieren, eine Einbindung jedenfalls auch nötig werden.

## **7. Wo werden Patientenwerte gemessen - Point of Care Testing**

Einen erheblichen Einfluss auf das Funktionieren einer abgestuften Versorgung hat das **Point of Care Testing (PoCT)**. Als PoCT versteht man die Durchführung von Test dort, wo der Patient auch unmittelbar behandelt wird UND während er behandelt wird. Dabei kann es um jeglichen Test gehen – von Bluttest bis zum MRT – wie wenn auch mittlerweile allgemein darunter Schnelltests verstanden werden.

Aus versorgungswissenschaftlicher Sicht, werden die besten Ergebnisse (das Beste Kosten-Nutzen-Verhältnis) erzielt, wenn Tests schnell durchgeführt werden können, das Ergebnis ohne Wartezeit verfügbar ist

und unmittelbar danach eine entsprechende Behandlung begonnen werden kann. Diesem Ideal sind in der Realität Grenzen gesetzt, trotzdem sollte es angestrebt werden.

Für die Organisation der Versorgung bedeutet das, alle verfügbaren **Schnelltests** (z.B. Harnstreifen, Zuckerstreifen ...), **so weit wie möglich in die Selbstversorgungs- oder Primärversorgungsebene** zu verlagern.

Weiters müssen die **Diagnostik-Möglichkeiten** (Labor, Ultraschall etc.) **der Primärversorgungsebene den Therapie-Möglichkeiten angepasst** werden. Wird das

Therapieangebot vergrößert, ist auch das Diagnostik-Angebot zu vergrößern – und umgekehrt. Wenn Tests zur Differentialdiagnose nötig sind, sollten diese dann auf der Primärebene stattfinden, wenn eine der in Erwägung gezogenen Diagnosen auch vor Ort behandelt werden kann. Wenn es jedoch klar ist, dass eine Therapie nicht Vorort stattfinden kann, dann sollte der Patient an den Ort überwiesen werden, an dem sowohl Diagnose, als auch Therapie durchgeführt werden können. **Es sollte, wenn irgendmöglich, vermieden**

**werden, dass der Patient für bestimmte Tests (z.B.: Labor) in eine andere Versorgungsstufe wechseln oder zwischen verschiedenen Dienstleistern wandern muss (z.B. Primär Hausarzt – Sekundär Labor – dann wieder Hausarzt).**

Da im PHC grundsätzlich versucht werden soll, alle mobil und ambulant erbringbaren Leistungen möglichst wohnortnah zu erbringen, ist es logisch, **PHC-Center** so auszustatten, dass **möglichst viel Diagnostik** im PHC-Center erfolgen kann.

## **8. Welche Aus- und Fortbildungsprogramme sind nötig**

In der Ausbildung muss es rasch zu einer PHC-Orientierung kommen, die sich daraus ergibt, dass die Primärversorgung eben nach dem Bio-Psycho-sozialen-Krankheitsmodell agiert, und nicht nur in höhere gelegenen Versorgungsstufen koordinierend und steuernd hineinwirken soll, sondern auch in die Selbstversorgungsebene.

**International** werden sowohl Pflegekräfte als auch Ärzte dafür speziell ausgebildet: **Facharzt für Allgemeinmedizin, PHC-Nurses, Nurse-Practitioner, PHC-Manager** etc.. Die meisten dieser Berufsbilder gibt es bei uns nicht. Das größte Problem ist jedoch, dass **bei uns die Ausbildung extrem spitallastig** (sowohl bei Ärzten als auch in der Pflege) ist, und damit weit weg von der Primärversorgungsebene oder gar der Selbstversorgungsebene stattfindet.

Was die fachliche Fortbildung betrifft, so gibt es **international** eine Fülle von Spezial-Kräften, die je nach Versorgungsauftrag eingesetzt werden (**Diabetes-Nurses, CED-Nurses, COPD-Nurses ...**). Bei uns sind solche Spezialisierungen, sieht man von den Wund-Managern ab, nicht vorhanden. Was den **PHC-Manager** betrifft, ist dieses Berufsbild völlig unbekannt, da der Hausarzt diese Rolle übernimmt, unterstützt durch die Sprechstunden-Hilfe, (seit

2013 Ordinationsassistenten), die aber bei weitem nicht das kann, was eine PHC-Managerin können müsste.

Die **wesentlichste Herausforderung** ist aber es, im Rahmen von Aus- und Fortbildungsprogrammen **die Team-Mitglieder untereinander anschluss-fähig zu machen**. Ein Team ist in der Regel eine Kleingruppe, bei der alle Mitglieder unmittelbar in Kontakt treten und gemeinsam an einem gemeinsamen Ziel arbeiten. Es handelt sich also hierbei um eine zielorientierte Gemeinschaft. Der Arbeitsstil eines Teams ist durch kooperatives Interagieren und kollektive Verantwortung (ein ganz besonderes Hindernis!) gekennzeichnet. Ein Team ist außerdem durch einen ausgeprägten Gemeinschaftsgeist, und eine relativ starke Gruppenkohäsion geprägt. Wenn man an die heutige Situation von Einzelkämpfern und parallellaufenden Prozessen zwischen Allgemeinmedizin und Pflege denkt (gestützt durch die Trennung der Bereiche in das Sozial- und Gesundheitswesen), und wenn man dann noch die Fragmentierungen zwischen den Sektoren (Prävention, Kuration, Pflege, Rehabilitation, Palliation) ins Kalkül zieht, kann man erkennen, welche Aufgabe es ist, hier Teambuilding zu provozieren.

## 9. Was bedeutet „Zugang“ und „Fragmentierung“

PHC kann nur funktionieren, wenn der **Zugang so niedrigschwellig wie möglich** ist, und **gleichzeitig die Eintrittshürden in höhere Versorgungsstufen höher** sind (Ambulanzgebühr, Gatekeeping, Einschreibmodelle etc.). Weltweit wollen Patienten selbst gerne zum „besten“ Arzt gehen; sie davon zu überzeugen, dass für die „allgemeinen gesundheitlichen Probleme“ der Allgemeinmediziner der beste Arzt ist, passiert nicht von selbst. Daher müssen Anreize geschaffen werden, die die **Patientenströme eben Richtung PHC lenken**.

**Selbstbehalte** stellen immer eine Eingangshürde dar, daher sollte es sie im PHC nicht geben. Oder wenn, dann nur so, dass sie einen nachprüfbaren Effekt zur Stärkung der Selbstversorgungsebene haben (z.B.: Rezeptgebühr auf Medikamente gegen „Kleinigkeiten“, die man auch selbst behandeln könnte: Aspro auf Krankenschein).

Neben der finanziellen Eintrittschwelle ist es aber vor allem die **örtliche und zeitliche Verfügbarkeit**, die einen wesentlichen Einfluss ausübt. Selbst in einem urbanen Gebiet ist es nur schwer möglich, so viele 24/7-PhC-Einrichtung zu betreiben, dass jeder „seinen Arzt“ (es ist nicht unbedingt nötig, dass es immer der gleiche ist, solange die behandelnden Ärzte in einem PHC-Team zusammenarbeiten und alle Ärzte eine längerfristige Beziehung mit dem Patienten haben) immer zur Verfügung hat. Zudem sind selbst bei hoher Gesundheitskompetenz **viele der gesundheitlichen Probleme**, mit denen der Hausarzt konfrontiert ist, leicht **durch ein Gespräch lösbar**, oder wenigstens soweit abzuklären, dass ein direkter Kontakt mit dem Arzt zu einem späteren Zeitpunkt stattfinden kann (am nächsten Tag). Daher werden international zunehmend (Telefon- oder Internetbasierte) **telemedizinische Dienste** etabliert, die **außerhalb der Ordinationszeiten** in Anspruch genommen werden. Oft werden diese Dienste von PHC-Nurses betrieben.

Der **Vorteil** dieser Telemedizinischen Dienste ist eine **Senkung der Eintrittshürden**, der **Nachteil**, dass die **Kontinuität** der Behandlung **schwerer zu organisieren** ist. Es besteht also die Gefahr, dass es zu einer eigenen Versorgungsstufe kommt und Schnittstellen zur eigentlichen Primärversorgungsebene erzeugt werden. **Statt** einer **Integration** kann es also zu einer weiteren **Fragmentierung** kommen, die sich **Nachteilig** auswirkt. In wie weit es möglich ist, Betreiber solcher Dienste in PHC-Teams zu integrieren oder ob eben nur eine Kooperation möglich ist, muss die Realität zeigen.

*Nebenbemerkung:* Wenn man diese Dienste ausschließlich als Stärkung der Selbstversorgungsebene (z.B. NHS Direct etc.) implementiert, kommt es zu keiner Senkung der Eintrittschwelle, sondern zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz. Gesundheitliche Akut-hilfen, können nur begrenzt abgearbeitet werden, weil solche Dienste ausschließlich „unpersönlich“ sind.

Mit der Senkung der Eintrittshürden in die Primärversorgung die als PHC agiert, wird versucht, ein integriertes System zu errichten. In einem integrierten System sind die Sektoren Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege und Palliativ-behandlung so aufeinander abgestimmt, dass Patienten zum richtigen Zeitpunkt, an der richtigen Stelle die richtige Leistung erhalten. Gelingt das nicht, spricht man von einem fragmentierten System, das in der Regel immer Über-, Fehl- und Unterversorgung erzeugt.

Wenn der Patient in jeder Versorgungsstufe gleich leicht einsteigen kann (freier Zugang zu jedem beliebigen Facharzt, ob im niedergelassenen Bereich oder der Spitalsambulanz), oder aber die Sektoren parallel versorgen, ist ein integriertes System nicht erreichbar. Jede Versorgungsstufe und jeder Versorgungssektor wird versuchen, die „angenehmen“ Patienten zu versorgen und die „unangenehmen“ jemandem anderen zu überlassen. Patienten werden hin und her überwiesen und Wandern durch das System. Diese Situation

haben wir in Österreich, dessen Gesundheitswesen international einzigartig fragmentiert ist (s.Kap. „Welche politischen, und strukturellen Widerstände gibt es“)

Besonders plastisch fällt die ambulante fachärztliche Versorgung auf. Hier gibt es gleich fünf verschiedene Versorgungssysteme, die praktisch alle unabhängig voneinander und parallel arbeiten: Das Kassensystem, das Wahlarztsystem, die Spitalsambulanzen, die selbständigen Ambulatorien und die kasseneigenen Ambulatorien.

Die Folge dieser fragmentierten Sekundär-Versorgungsstufe, in einem zusätzlich

fragmentierten System, in der Patienten ohne Eingangshürden eintreten können, ist eine enorm hohe Fachärztdichte. Und weil eine dermaßen dichte fachärztliche Versorgung nach wissenschaftlichen Kriterien nicht wirklich nötig ist, ist zu vermuten, dass ein erheblicher Teil der dort erbrachten Leistungen eigentlich in die Primärversorgung, ja sogar in die Selbstversorgung gehörte.

Die Folge von fehlenden oder falschen Zugangsregeln und System-Fragmentierung verhindern PHC jedenfalls nachhaltig.

## **10. Welche Qualitäts- und Organisationsmerkmale weißt effektives PHC auf**

Da PHC ein nicht exakt definiertes Konzept darstellte, kam es in den letzten 100 Jahren zu einer Fülle unterschiedlicher Ausformungen. Zwar stehen einige Eckpunkte seit langem fest, so ist z.B. unumstritten, dass sich PHC-Teams rund um Hausärzte organisieren sollen, wie aber PHC genau ausgestaltet wird, bleibt unbestimmt und auch regionalen Kulturen überlassen.

Die Literatur kennt **mehrere Dimensionen**, durch die Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität beeinflusst werden.

**Strukturqualität** wird beeinflusst durch die (1) **öffentliche Steuerung**, (2) die **wirtschaftliche Bedingungen** (3) die **Entwicklung der Berufsprofile**;

**Prozessqualität** wird beeinflusst durch (4) den **Zugang** zur Versorgung, (5) die **Kontinuität** der Versorgung (6) die **Koordination** in der Versorgung (7) und den **Leistungsumfang**;

**Ergebnisqualität** wird beeinflusst durch (8) die **Qualität der Behandlung** (9) der **Leistungsfähigkeit der Einrichtung** und (10) der **Fairness des Systems**.

Jede dieser Dimension kann einzeln beeinflusst werden, steht aber nicht einzeln und ist nicht von den anderen Dimensionen unabhängig. Daher ist es unmöglich, DEN

Hebel zu finden, um das gewünschte Resultat zu erzielen.

**Funktioniert PHC**, dann werden Patienten seltener unnötig im Spital behandelt, Fehl-Diagnosen und -Behandlungen werden weniger, die Compliance höher, was sich positiv auf chronische Verläufe auswirkt und seine Patienten nehmen präventive Medizin besser und häufiger an (z.B.: Mamma-, Colon- und Cervix-Ca. werden bei sinkender Mortalität früher entdeckt). Und als ob das nicht genug wäre, sinken die Gesamtkosten der Versorgung – das ist alles messbar.

Interessant ist, dass diese Effekte nur durch PHC-Ärzte, bzw. die PHC-Teams erreicht werden können, aber mangels Kontinuität nicht durch Fachärzte oder Ambulanzen!

Der „ideale“ PHC-Arzt ist weiblich, denn dann nimmt er sich mehr Zeit für den Patienten - ein wesentlicher Faktor. Deswegen sind auch Einzelleistungs-honorare nach Unterfinanzierung, bzw. „entmutigenden“ Einkommen, das zweitschlimmste Gift für ein gutes PHC. Idealerweise bezieht der PHC-Arzt ein selbständiges **Einkommen aus existenzsichernden Pauschalen und qualitäts- und leistungsorientierten Variablen**, die jedoch nicht zentral fixiert werden, sondern von der Gemeinde oder

dem Bezirk, also von dezentralen Autoritäten ausbezahlt werden sollten. Angestellt darf er nicht sein, weil angestellte schlechte(re) Arbeit leisten.

Was sicher viele Ärzte nicht hören wollen, für ein gut funktionierendes PHC ist der Einsatz **spezifisch ausgebildeter Fachpflege** wesentlich. Es gibt mittlerweile eine Fülle von Aus- bzw. Weiterbildungen, die genau auf den Bedarf des PHC ausgerichtet sind. Ohne diese Kräfte wird der Arzt überfordert sein – und das geht zu Lasten der Zeit für den Patienten - und damit der Kontinuität.

Was **nicht unbedingt nötig** ist, ist das mehrere Ärzte in einer **PHC-Gruppen-Praxis** arbeiten. Wenn es Einzelärzte sind, müssen sie auf regionale Vernetzung achten. Das darf aber nicht hinwegtäuschen, dass ein gerechter Zugang zur Gesundheitsversorgung von der Anzahl, der Verteilung und den Rand-Öffnungszeiten der PHC-Ärzte beeinflusst wird. Und das ist in

Gruppenpraxen sicher leichter zu organisieren.

Interessant ist, dass zwar grundsätzlich gilt, je breiter das Angebot der PHC-Praxis ist, desto besser., aber wichtiger ist, dass die **Leistungsspektren** in einer Region **klar definiert** sind. Denn nur dann ist eine Abstimmung mit den nachgeordneten Versorgungsstrukturen (Fachärzte, Therapeuten, Spitäler, Pflegeheime, Rehasentren etc.) vernünftig möglich, und nur dann wird PHC erfolgreich sein.

Was die **Qualitätsvorgaben** betrifft, die sollten übrigens **zentral** erstellt und gemessen werden. Dort, wo kontrolliert wird, erzielt man tatsächlich bessere Ergebnisse als dort, wo man auf Freiwilligkeit setzt.

Und damit das alles passieren kann, ist es nötig, dass die Politik entsprechende Rahmenbedingungen forciert. **Je mehr die Politik hinter dem PHC-Konzept steht, desto besser funktioniert es.**

## **11. Welche Anreizsysteme sind nötig, um ein effektives PHC zu errichten**

**Anreizsysteme funktionieren** nur **langfristig**, mit dem Ziel, Kulturen zu verändern.

Die Literatur kenn sehr viele Optionen und Hebel, eine „PHC-Kultur“ aufzubauen, allen gemein ist, dass sie nicht überall funktionieren, und bevor man es nicht versucht, kaum Hinweise zu finden sind, ob sie erfolgversprechend sind. Der Grund ist vor allem in der Komplexität einer oft kleinräumig ausgeprägten Kultur zu sehen. Einigkeit besteht, dass seitens der Politik eine klare Haltung eingenommen werden muss und dass diese gut und langfristig zu kommunizieren ist.

Generell sind es Leistungsorientierte finanzielle Anreizprogramme (**Pay for**

**Performance**), die untersucht wurde. Aus der Systemsicht sind diese erfolgreich, wenn man bestimmte **Eckpunkte** bedenkt:

(1) valide Messparameter, (2) Einbeziehung der Anwender, (3) Berücksichtigung lokaler Unterschiede und adäquate Risikoadjustierung, (4) Einsatz moderner Informationstechnologie, (5) Ausreichende finanzielle Auswirkungen, (6) Einzel- und Gruppenmotivation, (7) Kombination mit nicht-monetären Anreizen und (8) Umfassende Evaluation.

**ABER**, nicht jedes Programm wird dazu führen, dass der erwünschte Erfolg eintritt. In dem Fall ist das Programm einzustellen – eine große politische Herausforderung.



## 12. Sind die Hausärzte heute fähig diese Rolle zu übernehmen

Eine immer wieder zu hörende Aussage betrifft die fehlende Kompetenz der Hausärzte eine PHC-Rolle zu übernehmen.

Das ist richtig und falsch gleichsam. Klar ist, dass heutige Anreizsysteme (v.a. die Honorarkataloge der Krankenkassen) über die letzten Jahrzehnte Wirkung gezeigt haben. Anders ausgedrückt, machen viele Hausärzte das, was das System von ihnen will. Das Problem ist, dass mangels strategischen Denkens, das System nicht weiß, was es will (denken wir hier an die endlose politische Diskussion über die „Aufwertung des Hausarztes“, die praktisch nie zu einer echten Maßnahme geführt hat).

Die Folge dieser unbefriedigenden Situation ist, dass Hausärzte heute von vielen nur mehr als Überweiser und Krankschreiber wahrgenommen werden. Dadurch

entsteht der Eindruck, die Hausärzte hätten zu wenig Kompetenz. Das stimmt so nicht. Am Ende sind alle fertig ausgebildete Ärzte, die, eine vernünftige Fortbildungsstrategie (nicht nur für Ärzte, sondern alle Team-Mitglieder) samt vernünftigen Anreizsystemen vorausgesetzt, eine gute Basis darstellen. Wenn aus den Hausärzten PHC-Ärzte werden sollen, ist das dann möglich, wenn dafür der politische Wille stark genug ist, und man der Entwicklung ausreichend Zeit gibt.

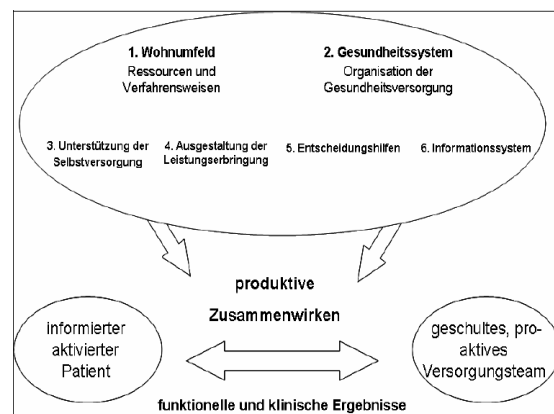
Schnell geht das nicht. Da aber in den nächsten Jahren sehr viele Hausärzte in Pension gehen, ist es jedenfalls möglich einen Prozess zu starten. Neu eintretende Hausärzte müssen aber jene Rahmenbedingungen vorfinden, die bereits das Ziel erkennen lassen.

## 13. Welche Primärversorgungsorganisationen werden diskutiert und probiert

International werden viele Organisationsmodelle probiert, die sich grob in drei Modelle einteilen lassen: Das Chronic-Care-Modell (CCM), das Patient-Centered-Medical-Home (PCMH) und die Accountable Care Organisation (ACO). Am Ende geht es jedoch, wie oben beschrieben vor allem darum, **PHC-Teams** zu **bilden**, sie bilden die Basis jeden Modells! Solange das nicht gelingt, sind alle Modelle unmöglich umzusetzen.

### Chronic-Care-Modell (CCM):

Ausgang des CCM ist der Versuch, bei Patienten mit chronischen Krankheiten das gesamte Umfeld in die Betreuung (s. Grafik), die ja als Langzeitbetreuung aufgefasst werden muss, einzubeziehen und so Synergieeffekte zu heben, die sowohl dem Patienten als auch dem System zu Gute kommen.



Ausgangspunkt ist eine **Kooperation mehrerer PHC-Teams** (daher auch mehrerer Versorgungsregionen), die sich die chronischen Patienten quasi aufteilen. Aus der Mitte der kooperierenden PHC-Teams wird für die Region ein **CCM-Team** gebildet, dass sich dann um die Patienten kümmert, und zwar eben nicht mehr als „behandelndes Team“, sondern als **„Partner“ des Patienten**. Da so eine Konzentration der Patienten einer Region in der Hand eines Teams stattfindet, kann dieses, dem PHC-Anspruch entsprechend, für die zu

versorgenden chronisch Kranken von der Prävention bis zur Palliativ-Versorgung alles organisieren - Das geht, neben der leitliniengerechten Behandlung, von der Organisation von Patientenschulungen und Adherence-programmen, über die Gründung und Begleitung von Selbsthilfegruppen, bis hin zur Restrukturierung der Versorgungsstrukturen (z.B.: eine eigene Diabetes-Klinik)

### **Patient-Centered-Medical-Home (PCMH)**

Da die Organisation der Primär-versorgungsstufe oft wegen zu kleiner Einheiten nicht das volle Leistungsspektrum oder die nötigen Öffnungszeiten anbieten kann, wurden **Virtuelle Gruppenpraxen** gegründet, die zusammen dann als PCMH bezeichnet werden.

PCMH ist, wie auch PHC, kein klar definiertes Organisationsmodell und weist je nach regionalen Herausforderungen unterschiedliche Varianten auf. Gemeinsam sind folgende Merkmale (die sich klar an den PHC-Zielen orientieren)

Ein PCMH ist der Zusammenschluss mehrerer PHC-Teammitglieder, die versuchen, gemeinsam für das gemeinsame Einzugsgebiet, ein möglichst komplettes und leistungsfähiges PHC zu etablieren. Ein PCMH

ermöglicht, auch unter zu Hilfenahme telemedizinischer Leistungen, einen möglichst niedrigschwelligen Zugang zur Versorgung, bietet ein breites Leistungsspektrum an, stellt die Kontinuität der Versorgung sicher, koordiniert für die Patienten alle Leistungen, die „außen“ erbracht werden müssen. Um wirklich gut und verlässlich zusammenzuarbeiten, gibt es eine gemeinsame elektronische Patientenakte und eine strukturierte Qualitätsarbeit, damit jeder Partner eines PCMH sich auf den anderen verlassen kann und sichergestellt ist, dass der „eigene“ Patient überall gut aufgehoben ist. Ein PHC-Teammitglied, das sich einem PCMH anschließen will, muss die Qualitätskriterien erfüllen und sich regelmäßigen Assessment unterziehen, dass von einer außenstehenden Organisation durchgeführt wird.

### **Accountable Care Organization (ACO)**

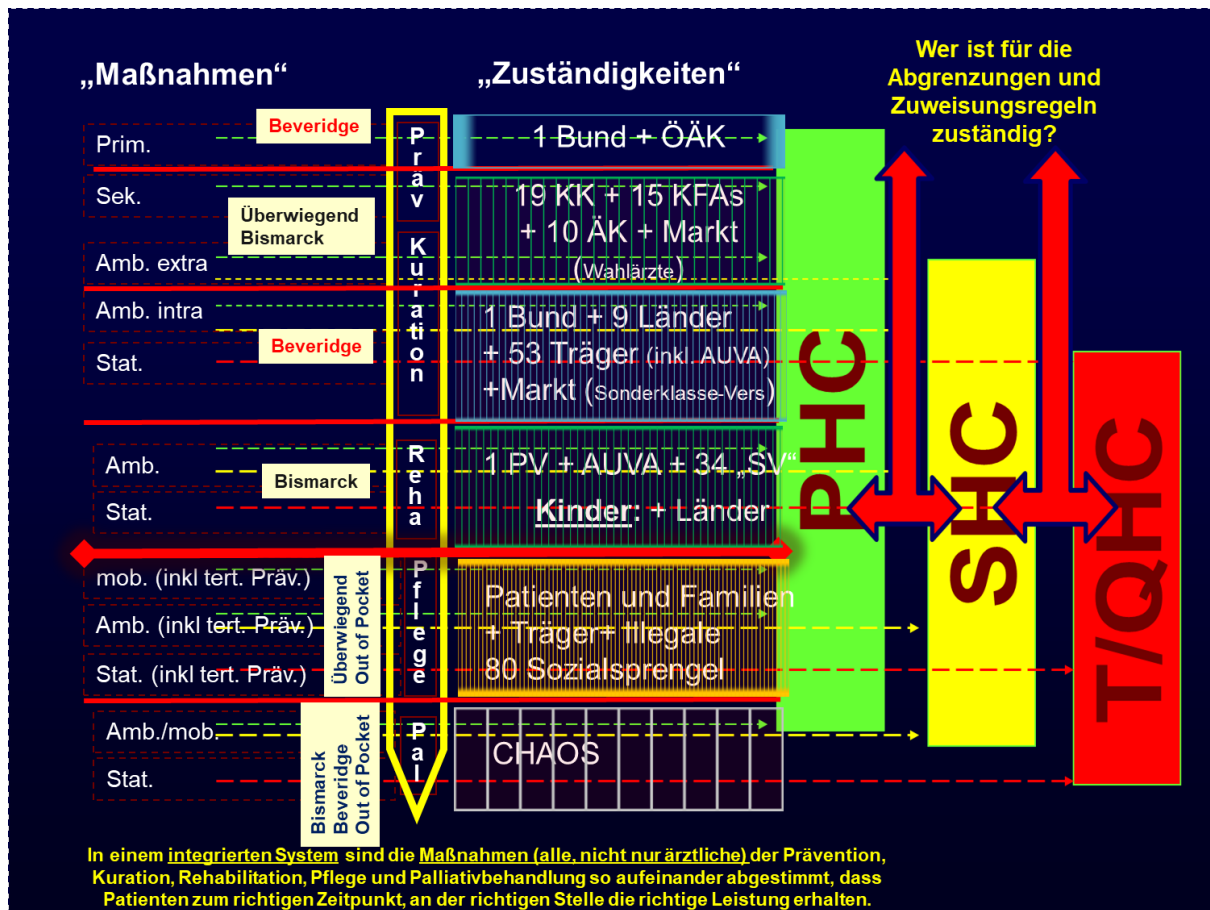
Sehr weit fortgeschritten, sind die ACOs, die neben der Errichtung einer Primärversorgungsorganisation (meist in Form von PCMHs) auch eine Integration der Sekundär- und Tertiärebene vorsieht. ACOs sind grundsätzlich nicht von Außen geführt, sondern durch die Leistungserbringer selbst, die sich jedoch einem sehr strengen Qualitätsregime unterwerfen.

### 14. Welche politischen, und strukturellen Widerstände gibt es

PHC ist ein Fremdkörper im österr. Gesundheitssystem. Einerseits sind die Sektoren bereits unterschiedlichen Entscheidungsträgern zugeordnet, andererseits findet am selbst im gleichen Sektor (v.a. der Kuration und der Rehabilitation) eine Zersplitterung (s. Kap. Was bedeutet „Zugang“ (Telefon und Internet) und „Fragmentierung“), so dass das Gesundheitssystem in viele Subsysteme zerfallen ist – eigentlich ist es besser zu sagen, dass es kein Gesundheitssystem gibt, sondern ein Konglomerat

unterschiedlicher Systeme, die sich jeder mit Teilbereichen eines Gesundheitswesens beschäftigen, und nicht selten gegeneinander arbeiten.

Da Systeme dazu neigen, sich selbst zu optimieren, ist jedes dieser „Sub“Systeme heute optimiert. Eine Änderung kann also für jedes einzelne „Sub“System nur zu einer Verschlechterung führen – daher ist der Widerstand gegen jede Reform erheblich.



Andererseits ist klar, dass in der jetzigen Situation Veränderungen stattfinden müssen. Die Idee PHC einzuführen ist eine richtige, aber wird es der Politik gelingen, all die Mauern zwischen den Sektoren

einzureißen? Jedenfalls ist klar, egal welche Reform, oder welches Reformchen übrigbleibt, wenn sich die Situation der Hausärzte nicht verbessert, wird die Versorgung der Bevölkerung nachhaltig verschlechtert.