

Dr. Johannes Hofmann, MSc

Die neuen Primärversorgungseinheiten Todesstoß oder Rettung für die Allgemeinmedizin?



1 Der Ausgangspunkt: die Krise der Allgemeinmedizin

Die Hausarztmedizin der Gegenwart ist in einem kritischen Zustand:

- Mehr als 60% der heutigen Allgemeinmediziner werden innerhalb der nächsten zehn Jahre ihre **Pension** antreten¹.
- Der „medizinische Nachwuchs“ hinkt noch hinter der sowieso rückläufigen Geburtenrate nach - nur 2% der Medizinstudenten wollen Allgemeinmediziner werden, bei den Turnusärzten sind es 16%².
- Das konventionelle **Berufsbild des „Praktikers“** – ein Leben wie der „Bergdoktor“, 24 Stunden täglich 7 Tage die Woche allzeit bereit für Patientenprobleme – ist nicht gut vereinbar mit den Wünschen der heute jungen Generation Y, die Balance zwischen Beruf und Freizeit fordert, sich am Arbeitsplatz Teamgeist und flache Hierarchien wünscht und ein „selbstbestimmtes Leben“ als höchstes Ziel nennt³.
- Jungmediziner, die sich dennoch entschlossen haben, Allgemeinmediziner zu werden, sind mit ihren **Ausbildungsbedingungen** unzufrieden, fühlen sich gegenüber angehenden Fachärzten diskriminiert⁴.
- Diese **Diskriminierung** verfolgt sie während ihrer weiteren Karriere, als „Systemerhalter“, „Nicht-Spezialisten“, „Nicht-Fachärzte“, also Mediziner zweiten Ranges. Der immer wieder geforderte „Facharzt für Allgemeinmedizin“ als Spezialist für eine personenorientierte Langzeitbetreuung von Patienten, von der Gesundheitsvorsorge bis zur Palliativmedizin, den es fast überall in Europa gibt, wird in Österreich seit Jahren verhindert⁵.

Autor: Dr. Johannes Hofmann, MSc

- Das **negative Image** des Allgemeinmediziners als „**Nicht-Spezialist**“, der von allem nur ein bisschen weiß, grad gut genug, um das Aspirin gegen Kopfschmerz und das Einschlafpulver zu verschreiben, macht sich auch unter den Patienten breit. Die gehen lieber in die Spitalsambulanzen oder gleich zu den Fachärzten, weil sie dort eine bessere Medizin als beim Praktiker erwarten⁶.

Und damit wird die Krise der Allgemeinmedizin zum Problem für das System:

- Der Patient, einmal in der **Spitalsambulanz** gelandet, trifft dort oft auf einen Ambulanzzarzt, dem in den meisten Fällen die allgemeinmedizinische Kompetenz zur Triagierung, konkret zum „Nach-Hause-Schicken“ der unbedenklichen Fälle, fehlt. Stattdessen erfolgt aus Unsicherheit ein **diagnostischer „Rundum-Schlag“ im stationären Setting**⁷.
- Bei der Häufigkeit von akutstationären Aufnahmen pro 100.000 Einwohner weist Österreich den höchsten Wert innerhalb aller EU-Staaten auf⁸ – und das macht unser Gesundheitssystem teuer! Studien über **potentiell vermeidbare Krankenhausaufenthalte** („Ambulatory Care Sensitive Conditions“, z.B. Asthma bronchiale, Pneumonien, Diabetes, Harnwegsinfekte...) ⁹ reihen Österreich weit über dem Europäischen Durchschnitt und nennen neben einem Zuviel an Akutbetten als zweiten Grund Schwächen in der Primärversorgung¹⁰. Eine internationale Studie zur Stärke der Primärversorgung führt Österreich im schlechtesten Drittel an¹¹.
- Die schwächelnde Primärversorgung und das Misstrauen der Patienten gegenüber „Nicht-Fachärzten“ führt aber auch zu einer **ungebremsten Nutzung des Facharztsektors**: so landet jeder Infekt beim HNO-Arzt, jedes Kreuzweh beim Orthopäden und jedes Wimmerl beim Dermatologen – eine „Unart“, die das System dramatisch verteuert.
- Diese Krise der Allgemeinmedizin ereignet sich zudem in einer **demographisch kritischen Phase**: die Bevölkerung altert, die Bevölkerungspyramide ist schon lange keine Pyramide mehr, sondern eher eine Walze auf dem Weg zum Kreisel¹². Immer weniger erwerbstätige „Einzahler“ in das Gesundheitssystem müssen immer mehr Menschen im Ruhestand, die kaum mehr Einzahlungen leisten, insgesamt aber häufiger krank sind, erhalten¹³.

Autor: Dr. Johannes Hofmann, MSc

© Dezember 2018 · NÖ PPA · Laut gedacht · Die neuen Primärversorgungseinheiten – Todesstoß oder Rettung?

Seite 2 von 16

2 Die Antwort des Systems: Gesundheitsreform!

Diese problematische Entwicklung ist der Politik seit Jahren bewusst.

- Bereits im Gesundheitsreformgesetz 2005 (mit Erarbeitung des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG)) wird ein **Reformpool** für Projekte eingerichtet, bei denen stationäre Leistungen in den ambulanten Sektor verschoben werden¹⁴.
- Bei der Gesundheitsreform 2013 wird erstmals die **Stärkung der Primärversorgung** („Primary Health Care“) im niedergelassenen Bereich“ als **Zielsteuerungsvereinbarung** festgelegt¹⁵.
- In der Folge wird von Vertretern aller beteiligten Gesundheitsberufe und der Patienten ein „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich“ erarbeitet und unter dem Titel **„Das Team rund um den Hausarzt“** im Juni 2014 von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossen¹⁶.

Dies stellt die Geburtsstunde des österreichischen Modells von Primärversorgungseinrichtungen (PVEs) dar. Der „Hausarzt“ soll nicht abgeschafft, sondern „um ihn herum“ ein hocheffizientes multiprofessionelles Team errichtet werden, für den Patienten eine selbstverständliche Anlaufstelle für alle Arten von medizinischen Problemen, der „Best Point of Practice“. Das Kernelement, die optimierte interdisziplinäre Zusammenarbeit, soll die PVE nicht nur den Patienten zugute kommen, sondern auch den Mitarbeitern einen attraktiven Arbeitsplatz bieten.

Kurz darauf nehmen erste Pilotprojekte ihre Arbeit auf (Wien-Mariahilf im Mai 2015), weitere (Enns/OÖ, Mariazell/Stmk, Oberwart/Bgld...) folgen. Im August 2017 wird schließlich das Primärversorgungsgesetz (PrimVG) beschlossen¹⁷.

Also alles im grünen Bereich?

Nicht ganz! Schon die Erarbeitung des Konzeptes „Das Team rund um den Hausarzt“ war der Startschuss für eine sehr emotional geführte politische Diskussion. Insbesondere die Ärztekammer, obwohl bei der Erarbeitung des Konzeptes mitbeteiligt, warnte vor der Abschaffung des Hausarztes durch "anonyme Gesundheitsgroßinstitutionen und einer Aushöhlung des von Kammer und Krankenkassen ausgehandelten Systems“. Den Höhepunkt erreichte die Auseinandersetzung um die Primärversorgung im Dezember 2016 in einem eintägigen

Autor: Dr. Johannes Hofmann, MSc

© Dezember 2018 · NÖ PPA · Laut gedacht · Die neuen Primärversorgungseinheiten – Todesstoß oder Rettung?

Seite 3 von 16

Ärztestreik, von dem 290.000 Patienten betroffen waren¹⁸. Noch am 23. Juni 2017, knapp zwei Wochen vor Beschluss des Primärversorgungsgesetzes, verabschiedete die Vollversammlung der Ärztekammer eine Resolution, in der sie den vorliegenden Gesetzesentwurf entschieden ablehnt, „...weil sich die Ärzteschaft in ihm nicht wiederfindet“¹⁹.

Aber auch die **anderen Berufsgruppen** stehen dem Modell teils misstrauisch, teils kritisch gegenüber: die Pflege befürchtet, nicht als „Partner auf Augenhöhe“ eingebunden zu werden, die Psychotherapie sieht sich auf Krisenintervention reduziert, solange die Weiterbetreuung nicht geregelt ist, die Sozialarbeit kämpft mit logistischen Problemen (man würde sie täglich „auf Abruf“ brauchen) usw.

Aufgrund dieser **mangelnden Begeisterung** nimmt das Projekt nur langsam an Fahrt auf, selbst die (nach Experten viel zu geringe) Zahl von 75 PVEs österreichweit bis 2021 erscheint ambitioniert, keineswegs gesichert, zahlreiche implementierte „Veto“-Rechte, z.B. in der Vergabekaskade, wirken wie eine Verzögerungstaktik, „mit mehrfachen Möglichkeiten zu scheitern“.

3 Wo hakt es? – die Frage an die Experten

Vor diesem Hintergrund wurden zwischen Mai 2017 und Februar 2018 im Rahmen einer Studie insgesamt 16 **Experteninterviews** mit Vertretern aller Interessensgruppen und Akteure geführt. Erschlossen sollte dabei nicht nur das technische Wissen und das Prozesswissen werden, sondern vor allem das **Deutungswissen**, die „subjektive Perspektive der Befragten, deren Zielsetzungen, Motive, Bewertungen, etc.“ Damit sollten Diskrepanzen aufgezeigt werden, die durch „blinde Flecken“ der jeweiligen Stakeholder zu erklären sind.

In der Folge werden die **wichtigsten Ergebnisse** dieser Interviews sowie mögliche Lösungsvorschläge in aller Kürze vorgestellt. Im Falle eines weitergehenden Interesses stellt der Verfasser die gesamte Arbeit sehr gerne zur Verfügung.

Generationenprobleme:

- Das **Interesse der Allgemeinmediziner**, insbesondere der **jüngeren Praxisinhaber** ist groß: So berichtet die Obfrau der Wiener Gebietskrankenkasse, dass sich, neben den in Wien bereits in Betrieb befindlichen PVEs, weitere 5 allgemeinmedizinische Gruppenpraxen „in der Pipeline“ um die Umwandlung in ein PVE bemühen.
- Die Ärztekammer hingegen befürchtet eine **übermächtige Konkurrenz** der neuen PVEs gegenüber den örtlichen Kassenvertragsärzten, denen „das Wasser abgegraben werden könnte“.
- Zu Recht! – meinen die Vertreter der Sozialversicherung: solange es Vertragsarztpraxen gäbe, die in der Woche 15 Stunden geöffnet haben (mit Kassenverträgen aus den 1970er Jahren), und in Niederösterreich die Mehrzahl der Arztpraxen nur vier Tage in der Woche geöffnet hätten, stellen die Primärversorgungseinrichtungen mit ihrem erweiterten Service selbstverständlich eine attraktive Alternative für die Patienten dar.
- Als Ergebnis dieses Streits wurde im PrimVG die „**Vergabekaskade**“ implementiert, die den örtlichen Vertragsärzten einen Vorrang einräumt. Nur wenn sie sich nicht einigen, werden in einem zweiten Schritt weitere Ärzte eingeladen, erst in einem dritten Schritt, mit einem Jahr Verzögerung, nichtärztliche Ambulatoriumsbetreiber.
- Für die Ärztekammer, deren Leitbild der selbständige Arzt als Unternehmer, in Einzel- oder Gruppenpraxis, als Vertragspartner der Sozialversicherung ist, sichert die Regelung maximale Harmonie und minimale Konkurrenz zwischen den Kollegen. Vertreter der Sozialversicherung interpretieren das als „hinhaltenden und begrenzenden Widerstand“.

Vergabepraktiken „halblegal oder gar contra legem“

- Im Vertragsärztewesen ist es Usus, sich zum Pensionsantritt einen Nachfolger für den Ordinationsstandort zu suchen und von diesem eine „**Investitionsablöse**“, die allerdings nicht nur die Investitionen, sondern auch die **Weitergabe des Kassenvertrags** betrifft, zu verlangen.
- Selbstverständlich ist der „Weiterverkauf“ eines Kassenvertrags gesetzlich nicht gedeckt, es besteht kein Rechtsanspruch.

Autor: Dr. Johannes Hofmann, MSc

- Ordinationsinhaber, die selbst viel Geld bezahlt hätten, und ihre Arztpraxis (aufgrund einer geplanten PVE) nicht weitergeben könnten, würden „durch die Finger schauen“.

Die Zusammenarbeit in der PVE:

- Als wirtschaftliche Organisationsformen bieten sich OGs und GmbHs an, die als juristische Person mit der örtlichen Krankenkasse einen Vertrag schließen. Und hier zeigt sich ein weiterer Stolperstein: ein **Kassenvertragsarzt**, der in eine PVE geht, **verliert** damit seinen **Einzelvertrag**. Hier räumt das Gesetz als Übergangsregelung eine Zeitspanne ein, in der es möglich ist, in den Einzelvertrag zurückzukehren. Dieses Zeitfenster wird aber im Lauf der Jahre immer kürzer.
- Für Ärzte, die sich bereits zu einer Gruppenpraxis zusammengeschlossen haben und bereits erfolgreich zusammenarbeiten (wie im ersten Wiener PVZ „Medizin Mariahilf“), ist das kein Thema. Für Ärzte, die sich neu zusammenfinden müssen, kann das „einem **Pakt mit dem Teufel**“ gleichen. Noch schwerer verständlich ist die Forderung nach einem (gemeinsamen) Vertrag für die Ärzte in einem (dislozierten) PVE Netzwerk.
- Die **Pflege** betont ihr gesetzlich verankertes **Recht auf freie Berufsausübung**. Den diplomierten Schwestern und Pflägern soll es, zumindest in der Netzwerkvariante der PVE, möglich sein, als **freie Mitarbeiter**, auch als **Teilhaber**, eventuell sogar als Geschäftsführer tätig zu sein – aus der Ärzte-GmbH würde dann eine „Gesundheitsdienstleister-GmbH“. Die Begeisterung der Ärztekammer für derartige Ansinnen ist endenwollend.
- Andererseits gibt es auch für die Anstellung von Pflegepersonen, Psychotherapeuten (auch sie können sowohl angestellt als auch freiberuflich arbeiten) und Sozialarbeiter noch **keinerlei Kollektivverträge**, bei den Interessensvertretungen scheint vor den diesbezüglichen Verhandlungen ein gehöriges Maß an Vorschuss-Misstrauen zu bestehen.

Anstellung von Ärzten in PVEs

- **Bis dato** besteht keine Möglichkeit, Ärzte in Gemeinschaftspraxen anzustellen. Die Ordination würde damit zum Ambulatorium, somit zur **Krankenanstalt**.

Autor: Dr. Johannes Hofmann, MSc

Damit unterstünde sie nicht mehr dem Gesamtvertrag zwischen Ärztekammer und Sozialversicherung, sondern fiel in Landeskompetenz.

- Im Vorfeld der Verhandlungen wurde vom Ministerium das **Einverständnis der Länder** abgefragt, Gruppenpraxen mit angestellten Ärzten in der Kompetenz des Bundes bzw. der Sozialversicherung zu belassen. Obwohl die Länder Bereitschaft signalisierten, kam es zuletzt doch nicht zu dieser Regelung.
- Grund für das Scheitern in dieser Frage war, dass die Ärztekammer auch die **Dauervertreter-Regelung** abgesichert wissen wollte. Sie befürchtete, dass andernfalls schon jahrelang laufende Dauervertretungen plötzlich als „**versteckte Anstellungen**“ inkriminiert werden. Das wäre für Ordinationen mit der Nachzahlung von drei Jahren Sozialversicherung für die Vertretungsärzte verbunden.
- Nach den Vorstellungen der Ärztekammer sollte es **den Ordinationsinhabern freistehen**, mitarbeitende Ärzte anzustellen oder als freiberufliche (Dauer-) Vertreter zu beschäftigen.
- Für die Vertreter der **Sozialversicherung** ist das „ein **No Go**“, weil es dem Sozialversicherungsrecht widerspricht und einen Dambruch bis weit außerhalb der Medizin nach sich ziehen würde.

Finanzierung und Honorierung

Ein weiterer „Zankapfel“...

Prinzipiell gibt es bei der Honorierung von Vertragsärzten drei Stellrädchen, an denen geschraubt werden kann:

- die **Grundpauschale** (für „Vorhalteleistungen“, wie Personalkosten, höhere Raummieten, Infrastruktur etc.) Diese wird, wie bereits bei den Pilotprojekten, von Sozialversicherung und Land (aus dem Landesgesundheitsfond) finanziert;
- die **Fallpauschalen** (für den einzelnen Patienten); und
- die **Einzelleistungen**.

Die **Ärztekammer** möchte **kleine Grundpauschalen und höhere Fallpauschalen**, weil nur so der Anreiz bestünde, viele Patienten zu betreuen. Sonst würde bei steigendem Patientenaufkommen die geleistete Arbeit immer weniger wert. Zudem wären Anschubfinanzierungen (z.B. für die Adaption von Praxisräumen für

Autor: Dr. Johannes Hofmann, MSc

© Dezember 2018 · NÖ PPA · Laut gedacht · Die neuen Primärversorgungseinheiten – Todesstoß oder Rettung?

Seite 7 von 16

multidisziplinäre Teams, Barrierefreiheit etc.) sowie Grundpauschalen ein Wettbewerbsnachteil für die Praktikerordinationen in der Umgebung.

Wenn allerdings hohe Fallpauschalen, die im Gesamtvertrag verhandelt werden, sämtlichen Ordinationsbetreibern zu Gute kämen, also auch den klassischen Einzelpraxen, und andererseits Grundpauschalen für Mehrleistungen wie längere Öffnungszeiten und multiprofessionelle Versorgung gering gehalten werden, **würde das Modell PVE an Attraktivität verlieren** – daher wird auch in dieser Frage der Standpunkt der Ärztekammer als Widerstand gegen das PVE-Modell interpretiert.

Was die dritte Schraube, die **Einzelleistungen** betrifft, sind sich Sozialversicherung und Ärztekammer einig: der Katalog soll auf **einige wenige Leistungen**, wie z.B. Hausbesuche, reduziert werden. Die Argumentation der Sozialversicherung liegt auf der Hand: wer für Masse zahlt, bekommt Masse, die Einzelleistungsabrechnung ist mit Sicherheit das teuerste System, da es einen Anreiz zur Erbringung von möglichst vielen Leistungen darstellt.

Die Betreiber der ersten PVEs sehen dies allerdings differenzierter. Schon im gegenwärtigen Honorarsystem löse der erste Kontakt des Patienten mit der Ordination bereits 70 Prozent des Honorares für das ganze Quartal aus. Wird die Bezahlung der Einzelleistungen noch weiter reduziert, ist es für die Ordinationen günstiger, wenn die Patienten (nach dem ersten Kontakt) selten oder (im betreffenden Quartal) gar nicht mehr kommen. Werden Leistungen, wie z.B. EKGs, nicht mehr bezahlt, besteht die Gefahr, dass sie nicht durchgeführt oder ins nächste Quartal verschoben werden. Die **Leistungsbereitschaft wird „nach unten nivelliert“**.

4 Primärversorgungseinheiten als erfolgreiche Gesundheitsunternehmen der Zukunft

Schon die wenigen angeführten Themen zeigen: selbst bei allem guten Willen divergieren die Interessen der verschiedenen Akteure erheblich, die subjektiven Sichtweisen und die daraus gezogenen Schlüsse sind teilweise kaum „unter einen Hut zu bringen“. Dennoch wird im letzten Teil der Studie versucht, ein **Modell von Primärversorgungseinheiten** zu entwickeln, **das allen Anforderungen weitestmöglich gerecht wird**: den Wünschen der öffentlichen Hand und

Autor: Dr. Johannes Hofmann, MSc

© Dezember 2018 · NÖ PPA · Laut gedacht · Die neuen Primärversorgungseinheiten – Todesstoß oder Rettung?

Seite 8 von 16

Sozialversicherung nach Effizienzsteigerung und optimalem Einsatz der Mittel, den Wünschen der im medizinischen System Beschäftigten nach einer erfüllenden, befriedigenden und wertgeschätzten Tätigkeit und – nicht zuletzt – der Patienten nach der bestmöglichen Versorgung.

Auch dieses Modell bzw. die daraus abgeleiteten Forderungen können nur kurz angerissen werden:

Thema „Innere Struktur der PVEs, Vision und Unternehmenskultur – „Team Spirit“ schon bei der Gründung:

Entschließt sich eine Gruppenpraxis, sich um die Umwandlung in ein PVE zu bewerben, wird das Versorgungskonzept, das bereits bei der Bewerbung vorliegen muss, „im Team“ erstellt: die Betreiber der Gruppenpraxis und ihre Ordinationsassistenten suchen das Gespräch mit interessierten prospektiven Mitarbeitern aus Pflege, Sozialarbeit und Psychotherapie, und schaffen gemeinsam ein „Unternehmen“, formulieren Grundwerte und Leitbild, schreiben die Leistungen nieder, die angeboten werden sollen, machen sich Gedanken über die Arbeits- und Aufgabenverteilung, die notwendigen Dienstverpflichtungen der einzelnen Berufsgruppen usw.

Thema Berufsrechtliche Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit im PVE:

Die Anstellung von Ärzten muss möglich gemacht werden. Daneben soll es aber auch weiterhin Vertretungsärzte geben. Um dies möglich zu machen, muss für diese beiden Gruppen stringent ein eindeutiges und unterscheidbares Berufsbild formuliert werden:

- **Ärzte**, die regelmäßig in der Primärversorgungseinheit arbeiten, und wenn auch nur zwei Nachmittage in der Woche, wären **angestellt**. Für die Primärversorgungseinheit bestünde der Vorteil einer höheren Verlässlichkeit und Planbarkeit. Dies entspricht im Übrigen auch den Interessen der Patienten.
- **Ärzte**, die einen Kollegen in der PVE (Betreiber oder Angestellter) während dessen Urlaub oder im Krankenstand vertreten, oder fallweise in Phasen erhöhter Frequenz (Grippeperiode) „einspringen“, wären **Freiberufler**, die auch an keine Konkurrenzklauseel gebunden sind und diese „Springertätigkeit“ mehreren Ordinationen oder PVEs anbieten können.

Autor: Dr. Johannes Hofmann, MSc

- Nachdem die Betreiber der PVEs den Vorteil der kurzfristigen Verfügbarkeit im Anlassfall und die Ersparnis von Lohnnebenkosten haben, müssten sie auch bereit sein, ein höheres Honorar zu bezahlen als es dem Stundenlohn der angestellten Ärzte entspricht.
- **Angestellte nichtärztliche Mitarbeiter:** Voraussetzung für alle Angestelltenverhältnisse von Pflege, Sozialarbeit und Psychotherapie in ärztlichen Gruppenpraxen ist der Abschluss fairer Kollektivverträge zwischen Ärztekammer und den entsprechenden Berufsvertretungen. Für all diese gibt es bereits Modelle aus dem stationären Bereich (Ambulanzschwestern, Psychotherapeuten und Sozialarbeiter im Spitalsambulanten Setting).
- Für die **freiberufliche Mitarbeit** von mobilen Krankenschwestern und -pflegern gibt es Modelle aus der (Langzeit-)pflege, wo mit den Krankenkassen Leistungspakete geschnürt wurden.

Thema Patientenmanagement: „Wir kümmern uns um Sie und Ihre Gesundheit“,

Von Seiten der öffentlichen Hand ist die Bereitschaft vorhanden, Leistungen, die nachweislich die „**Patientenbindung**“ und „**Patientenloyalität**“ verbessern, zu honorieren (im Sinne eines „Pay for Performance“, wie im Konzept „Das Team rund um den Hausarzt“ bereits angedacht).

Dementsprechend soll eine **proaktive Markt-Orientierung** ein wesentliches Merkmal des „Gesundheitsunternehmens PVE“ sein.

- Dies umfasst eine **volle Ausschöpfung der IT-Ressourcen** der Gegenwart, mit digitaler Krankenakte, Vernetzung mit Labor, Radiologie und ärztlichen Bereitschaftsdiensten, Terminmanagement, Erinnerungs-SMS usw. Es ist einfach angenehm, an Kontrolltermine erinnert zu werden. Mit wenig Aufwand wird dem Patienten vermittelt: „Wir kümmern uns um Sie und Ihre Gesundheit!“
- Über einen Blog der Ordination wird der Patient über **aktuelle medizinische Entwicklungen**, wie Impfeempfehlungen für Fernreisen, medizinische Vorsorgeprogramme, drohende Grippe-Epidemien, aber auch Neuerungen in der Medizin informiert. Dies wertet das Image der **PVE als „allgemeinmedizinisches Kompetenzzentrum“** auf und beweist, dass „mein Arzt am letzten Stand der Dinge ist“.

Autor: Dr. Johannes Hofmann, MSc

- Ein **effektives Terminmanagement** soll helfen, Wartezeiten bei elektiven Besuchen kurz zu halten und durch eine ansprechende Gestaltung des Warteraums so angenehm wie möglich zu gestalten.
- Wichtiger noch als die technischen Aspekte ist die **menschliche Betreuung** von dem Moment an, in dem der Patient die Praxis betritt. Hier kommt dem entsprechend geschulten Personal der „medizinischen Assistenzberufe“ am Empfangsschalter große Bedeutung zu.

Thema Patientennavigation - Einschreibmodelle

Ziel ist es, die PVE als **selbstverständliche Anlaufstelle für alle Gesundheitsanliegen** (mit Ausnahme von Unfällen und Notfällen, die eine intensivmedizinische Intervention erfordern) im Bewusstsein der Patienten zu verankern. Eine **verbindliche Verpflichtung** der Patienten ist in unserem System, in dem „freie Arztwahl“, „Zugängigkeit“ und „Durchlässigkeit“ hohe Werte darstellen, kaum durchsetzbar. Auch von den Interviewpartnern der Studie wurden immer wieder „aktive Steuerungsmaßnahmen“ angesprochen. Denkbar sind zwei Varianten:

- Zugangsbeschränkungen der Patienten für den Spitalsambulanz- oder Facharztsektor, z.B. durch Ambulanzgebühren,
- Bonusmodelle bei freiwilliger Einschreibung in eine PVE

Zur Auswirkung von **Ambulanzgebühren** gibt es bereits Erfahrungswerte: sie wurden in Österreich 2001 eingeführt und 2003 wieder abgeschafft, nachdem sie einen negativen Steuerungseffekt zeigten: Sozial Schwächere wurden abgeschreckt, die Früherkennung und -behandlung von Erkrankungen verzögert.

Andererseits: **Bonusmodelle** für Versicherte der Gebietskrankenkassen, die auf Kosteneinsparungen für besondere Leistungen (wie das Aufsuchen einer PVE statt eines Facharztes) beruhen, können den Versicherern an Einsparungen lediglich Kostenbeteiligungen auf Rezeptgebühr, Heilbehelfe und E-Card-Serviceentgelt (EUR 10,- pro Jahr) anbieten. Fraglich ist, ob man damit jemanden hinter dem Ofen hervorlocken kann...

Denkbar, und möglicherweise auch „sozial verträglich“, wäre eine **Umlegung des Wahlarzt-Abrechnungsmodus auf ALLE Ärzte und Ambulanzen**. Dies könnte folgendermaßen aussehen:

Autor: Dr. Johannes Hofmann, MSc

- Der Patient darf jederzeit, auch mehrmals im Quartal, jeden Allgemeinmediziner, Facharzt und jede Spitalsambulanz aufsuchen, es entfallen sämtliche Zugangsbeschränkungen.
- Der Arztbesuch bzw. Ambulanzbesuch ist vom Patienten bar zu bezahlen, er bekommt eine Rechnung, die die einzelnen Leistungen ausweist (gemäß Honorarkatalog). Diese kann er dann bei der Gebietskrankenkasse einreichen und bekommt 80% vergütet.
- Schreibt er sich in einer PVE ein, so sind die Besuche dort kostenlos. Ebenso kostenlos ist der Besuch bei Fachärzten und Spitalsambulanzen, sofern der Patient eine Zuweisung der PVE mitbringt.

Damit wäre die Zugängigkeit des Gesundheitssystems nicht nur gewahrt, sondern sogar vergrößert und gleichzeitig eine Patienten-Navigation (auf den einzigen „bargeldlosen“ und kostenlosen Pfad) erfolgt. Für die Ärzte wäre das Modell einkommensneutral.

Autor: Dr. Johannes Hofmann, MSc

© Dezember 2018 · NÖ PPA · Laut gedacht · Die neuen Primärversorgungseinheiten – Todesstoß oder Rettung?

Seite 12 von 16

Fazit

Die Voraussetzung dafür, dass Primärversorgungszentren tatsächlich die in sie gesetzten Hoffnungen erfüllen und einen wertvollen Beitrag zur Gesundung unseres Gesundheitssystems leisten können, ist **gegenseitige Wertschätzung und Vorschuss-Vertrauen** zwischen den einzelnen Berufsgruppen, den Systempartnern und über Generationengrenzen.

Dieses „neue Denken“, das nicht nur im Gesundheitswesen, sondern in vielen politisch verfahrenen Situationen der Gegenwart einen Ausweg darstellen könnte, möchte ich abschließend mit einer Parabel illustrieren:

*Ein Bauer baute auf seinen Feldern große Mengen von bestem Mais an.
Jedes Jahr übertrafen die Erträge seiner Felder die aller anderen.
Nach seinem Erfolgsgeheimnis gefragt, antwortete er, dass er einen Teil seines Saatgutes an seine Nachbarn weiterverschenkt.
Und er erklärt: „Der Wind, der die Pollen aufnimmt und von Feld zu Feld trägt, macht an Grundstücksgrenzen nicht Halt. Indem ich meinen Nachbarn Gutes gebe, kommt die Qualität zu mir zurück...“*

Literatur beim Verfasser

Anforderung der gesamten Studie per Mail: hofmann@mind-body.at

Autor: Dr. Johannes Hofmann, MSc

© Dezember 2018 · NÖ PPA · Laut gedacht · Die neuen Primärversorgungseinheiten – Todesstoß oder Rettung?

Seite 13 von 16

Literatur:

1. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen. (2017). Available at: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.643707&version=1504527408>. (Accessed: 21st February 2018)
2. Poggenburg, S. *Erhebung der Berufsmotivation zur Allgemeinmedizin von Studierenden und jungen Ärzt/innen in Österreich und Deutschland*. (Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung in Kooperation mit der Österreichischen Ärztekammer, 2017).
3. Hurrelmann, K. & Albrecht, E. *Die heimlichen Revolutionäre: Wie die Generation Y unsere Welt verändert*. (Beltz, 2016).
4. Huter, S., Katzbeck, J. & Wendler, M. Ärzteausbildung neu – eine kritische Betrachtung aus Sicht der Auszubildenden. *Z. Für Gesundheitspolitik* (2017).
5. Maier, M. Facharzt für Allgemeinmedizin – Chance oder Gefahr? *Z. Für Gesundheitspolitik* 9–26 (2017).
6. Vorarlberger Landesregierung. Vorarlberger Spitalsambulanzstudie 2010. (2010). Available at: <http://presse.vorarlberg.at/land/servlet/AttachmentServlet?action=show&id=13809>. (Accessed: 28th February 2018)
7. Haidinger, G. *et al.* Selbstzuweiser im Spital: Wie viele könnten im primär-medizinischen Bereich behandelt werden? - PDF. *Z. Für Allg.* 2013, 41–46 (2013).
8. Bundesministerium für Gesundheit. Österreichischer Gesundheitsbericht 2016. (2017). Available at: <https://jasmin.goeg.at/328/1/gesundheitsbericht2016.pdf>. (Accessed: 21st February 2018)
9. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Ambulatory Care Sensitive Conditions. (2014). Available at: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.597297&version=1395642701>. (Accessed: 25th February 2018)
10. OECD/EU. *Österreich: Länderprofil Gesundheit 2017*. (OECD Publishing, 2017).
11. Korsatko, S. Wir und die Anderen - AERZTE Steiermark - Artikel : Ärztekammer Steiermark. (2017). Available at: <https://www.aekstmk.or.at/507?articleId=6649#>. (Accessed: 4th March 2018)
12. STATISTIK AUSTRIA. Bevölkerungsprognosen. (2017). Available at: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html. (Accessed: 11th December 2017)
13. Stefan, L. Globaler Vergleich: Österreich verschläft Pensionsreformen. *derStandard.at* (2017). Available at: <https://derstandard.at/2000069291285/Globaler-vergleich-Oesterreichs-verschlaeft-Pensionsreformen>. (Accessed: 14th February 2018)
14. BGBl. I Nr. 73/2005. *Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens*.
15. BGBl. I Nr. 81/2013. *Gesundheitsreformgesetz 2013*. (2013).
16. Bundes-Zielsteuerungskommission. Das Team rund um den Hausarzt. (2014). Available at: http://www.sicher-versorgt.at/uploads/media/Primaerversorgung_BZK-Beschluss_01.pdf. (Accessed: 7th March 2018)
17. BGBl. I Nr. 131/2017. *Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 – GRUG 2017*. (2017).
18. Presse. Ärztestreik: Appell der Regierung an die Hausärzte « DiePresse.com. *Presse* (2016).
19. APA OTS. Ärztekammer Vollversammlung verabschiedet Resolution zum PVE Gesetz. *OTS.at* (2017). Available at: https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20170623_OTS0108/aerztekammer-vollversammlung-verabschiedet-resolution-zum-pve-gesetz. (Accessed: 8th March 2018)

Autor: Dr. Johannes Hofmann, MSc

Über den Autor: Prim. Dr. med. Johannes Hofmann, MSc

Facharzt für Radiologie, Coach/Trainer

PERSÖNLICHES:

- 1962 geboren in Wien, verheiratet, Vater zweier Söhne
- Naturwissenschaftliches Realgymnasium Wien 3, Matura 1981
- Studium der Medizin, Promotion 1991
- Facharztausbildung Radiologie und Strahlentherapie
- Postpromotionelle Ausbildung zum Gesundheitsmanager an der Donauuniversität Krems
- Leadership Academy der Elisabethinen Wien
- NLP-Ausbildung in Wien, Honolulu und Sydney bei Tad James (NLP Trainer-Level, Time Line-Therapie, Hypnose und Spiral Dynamics), Mitglied des Österreichischen Dachverbands für NLP und des American Board of NLP

WICHTIGE BERUFLICHE STATIONEN:

- 1985-1990 Teilzeit-Krankenpfleger im St. Anna Kinderspital
- 1990-1993 freiberuflich Journalist für die Ärzteswoche
- 1990-1993 Dokumentationsassistent und Biostatistiker im Kinder-Krebsforschungszentrum St. Anna, Wien
- 1993-1995 Universitätsassistent an der Univ.Klinik für Strahlentherapie, AKH Wien
- 1993-2006 Lehrbeauftragter der Akademie Radiologisch-Technische Dienste, AKH Wien
- 1994-2012 Lehrbeauftragter der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege, AKH Wien
- 1995-2002 Assistenzarzt im Zentralröntgeninstitut des Hanusch-Krankenhauses Wien
- 2003-2009 Oberarzt im Krankenhaus St. Elisabeth, Wien 3, sowie Vertretungsarzt im Röntgeninstitut Diagnosehaus, Wien 3
- Seit 2004 freiberuflicher Kommunikationstrainer im medizinischen Bereich, Zahlreiche Vorträge im Wiener Krankenanstaltenverbund, bei der ÖGPO, bei Ärztekongressen und Pharma-Symposien) sowie Team-Coachings
- 2009-2016 Vorstand des Instituts für Diagnostische Radiologie im Krankenhaus St. Elisabeth, Wien 3
- 2010-2015 freiberuflicher Mitarbeiter der Body and Health Academy (Wien, Linz)
- Seit 2017 Leiter der Radiologie am Standort Landstraße des Franziskusspital Wien

MEDIZINISCHE SCHWERPUNKTE:

- Konventionelle und interventionelle Radiologie
- Computertomographisch assistierte Schmerztherapie
- Mammographie-Vorsorgeprogramm

SCHWERPUNKTE ALS TRAINER/COACH

- Beratung im Management von Spitälern und anderen Gesundheitsunternehmen (Wissensmanagement, -bilanz, Qualitätssicherung, HR-Management)
- Kommunikationstraining v. a. für Medizinische und soziale Berufe (Klientenzentrierte Kommunikation, Beratungskompetenz, Burnout Prävention)
- Coaching und Training von Einzelpersonen und Teams (Persönlichkeitsentwicklung, Mental- und Motivationstrainings, Unternehmenskultur/Change Management, Sales Trainings im Pharmabereich)

Autor: Dr. Johannes Hofmann, MSc

© Dezember 2018 · NÖ PPA · Laut gedacht · Die neuen Primärvorsorgungseinheiten – Todesstoß oder Rettung?

Impressum

Im Letter LAUT GEDACHT stellen namhafte und erfahrene Expertinnen und Experten Überlegungen zur Umsetzung der Patientenrechte an. Der Letter erscheint unregelmäßig seit Juli 2001 und findet sich auf www.patientenanwalt.com zum kostenlosen Download.

Herausgeber: NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, A 3109 St. Pölten, Landhausplatz 1, Haus 13

Tel: 02742/9005-15575, Fax: 02742/9005-15660, E-Mail: post.ppa@noel.gv.at

Für den Inhalt verantwortlich: Der Letter dieser Reihe repräsentiert jeweils die persönliche Meinung des Autors. Daten und Fakten sind gewissenhaft recherchiert oder entstammen Quellen, die allgemein als zuverlässig gelten. Ein Obligo kann daraus nicht abgeleitet werden. Herausgeber und Autoren lehnen jede Haftung ab.

© Copyright: Dieser Letter und sein Inhalt sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck oder auch nur auszugsweise Weiterverwendungen nur mit Zustimmung des Herausgebers. Zitate mit voller Quellenangabe sind zulässig.

Autor: Dr. Johannes Hofmann, MSc

© Dezember 2018 · NÖ PPA · Laut gedacht · Die neuen Primärversorgungseinheiten – Todesstoß oder Rettung?

Seite 16 von 16