

TOP 3.6.4 Primärversorgung

Abteilung SV (Helmut Ivansits / Stephanie Prinzinger)

1. Beschreibung der Problematik

Die Einführung eines Primärversorgungssystems gilt als eines der wichtigsten Anliegen der Gesundheitsreform. Im Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz 2013 wird die Primärversorgung (Primary Health Care - PHC) als „die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung definiert. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung gewährleisten. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.“

Die Umstellung auf PHC verfolgt verschiedene Zielsetzungen: Eine wesentliche Funktion soll in der Erbringung von Leistungen der Grundversorgung und der Versorgungskoordination unter Berücksichtigung des „Best point of service“ bestehen. Unter „Best point of service“ versteht man jene Stelle, an der die Erbringung der kurativen Versorgung jeweils zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität am kostengünstigsten erfolgt.

Mit der Umstellung auf ein Primärversorgungssystem sollen aber in erster Linie den derzeitigen Problemen im Bereich des Gesundheitssystems (überfüllte Spitalambulanzen, vermeidbare Krankenhausaufenthalte, lange Wartezeiten, unzureichende Versorgung an Tagesrandzeiten, desintegrierte Versorgung) entgegen getreten werden, um patientenfreundliche Bedingungen zu schaffen.

Neben der Steuerung des Zugangs zum Gesundheitssystem (Grundversorgung mit bei Bedarf gezielter Überweisung an Fachärzte) soll die patientenzentrierte Primärversorgung in Zukunft maßgeblich zur Prävention und Gesundheitsförderung beitragen.

2. Auswirkungen

Die zukünftige Grundversorgung soll eine höhere Expertise von Allgemeinmedizinern im Bereich der chronischen Erkrankungen (einschließlich der Geriatrie) und der Psychiatrie bewirken. Durch PHC wird auch die Effizienz der Versorgung (Doppelleistungen) gesteigert.

Es ist zu unterscheiden zwischen dem Sollzustand und der Übergangsphase zur Primärversorgung. Auch wenn es zunächst Strategien braucht, sich dem Sollzustand allmählich zu nähern, wozu ein hohes Maß an Akzeptanz durch die Versicherten notwendig ist, sollte am Ende des Tages ein verbindliches und flächendeckendes Primärversorgungssystem stehen. Unbestritten ist jedoch, dass die freie Arztwahl erhalten bleiben soll. Nicht optional soll jedoch sein, ob man der Primärversorgung beitrifft oder nicht. Die Neuordnung eines Versorgungssystems setzt naturgemäß eine Phase der Umgestaltung und somit von Übergangsregelungen voraus.

In Ballungszentren sollte die Primärversorgung möglichst „unter einem Dach“ in interdisziplinären Versorgungszentren stattfinden. Neben einer allgemeinmedizinischen, einer allenfalls notwendigen ergänzenden fachärztlichen Behandlung und Leistungen anderer Gesundheitsberufe sollten dort auch Röntgen- und Laboruntersuchungen durchgeführt und allenfalls die medikamentöse Versorgung durch die Einbindung von Apotheken sichergestellt werden (integrierte Versorgung).

Bezüglich der Rechtsnatur der angesprochenen Versorgungszentren in den Städten sind verschiedene Varianten möglich. Während bei Gruppenpraxen eine Anstellung von Ärzten derzeit nicht in Frage kommt, ist das bei selbständigen Ambulatorien zulässig; außerdem ist für die Gründung eines selbstständigen Ambulatoriums eine strenge Bedarfsprüfung erforderlich. Um den Ausbau von

Versorgungszentren zu fördern, werden jedenfalls neue Regelungen und wohl auch Anreize notwendig. So sollte die Errichtung von Ambulatorien der Krankenkassen in Zukunft auch ohne Bedarfsprüfung möglich sein. Ein wichtiger Vorteil dieser Konstruktion besteht darin, dass die Gesundheitsdienstleister angestellt sind und in den Genuss von arbeitsrechtlichen Schutzvorschriften kommen.

Während in Stadterweiterungsgebieten (in Wien zB in Aspern) solchen Zentren unverzichtbar sein sollten, stellen sich in Gegenden mit hoher Ärztedichte erhebliche Übergangsprobleme von Einzelpraxen auf Versorgungszentren. Aus Sicht der Krankenkassen bestünde hier insofern eine Steuerungsmöglichkeit, als auslaufende Verträge mit Ärzten künftig nur befristet vergeben werden und in weiterer Folge unbefristete Verträge vom Zusammenschluss zu einem solchen Versorgungszentrum abhängig gemacht werden könnten. Am Land bieten sich ein PHC-Netzwerk im Rahmen von Sozialzentren als Gesundheitszentren an.

Wenn es zu einer Auslagerung in den niedergelassenen Bereich kommt, darf dieser Bereich, für den die Krankenversicherung zuständig ist, nicht finanziell belastet werden. Die durch derartige Verschiebungen hervorgerufenen Mehraufwendungen der Kassen müssen eine automatische Verminderung des Pauschalbetrags der Krankenversicherung zur Spitalsfinanzierung nach sich ziehen. Die Spitalsambulanz soll in Zukunft als eine Rechtsform eines Versorgungszentrums in Erscheinung treten. Eine umfassende wohnortnahe Versorgung durch ein multiprofessionales Team mit geringen Wartezeiten, Öffnungszeiten auch an Abenden, Wochenenden und Feiertagen würde dazu beitragen, die Spitalsambulanzen zu entlasten und unnötige Krankenhausaufenthalte zu vermeiden.

3. Forderungen der AK

Die AK unterstützt Bestrebungen, in Österreich ein System der Primärversorgung aufzubauen. Die künftige Primärversorgung sollte zumindest in größeren Gemeinden vor allem in Hinblick auf eine dadurch mögliche Zusammenarbeit von Allgemeinmedizinern, Fachärzten, Pflegepersonal und anderen Gesundheitsberufen sowie Apothekern in Versorgungszentren konzentriert werden, am Land sollen entsprechende Netzwerke eingerichtet werden.

Damit durch die überwiegende Verlagerung der Erstversorgung von Spitalambulanzen in den niedergelassenen Bereich die Qualität der medizinischen Versorgung erhalten bleibt bzw. durch Wartezeitmanagement und eine familienorientierte Betreuung und Behandlung verbessert werden kann, ist eine Reform der universitären Ausbildung zum Allgemeinmediziner unverzichtbar. Bereits im Beruf tätige Ärzte, die eine Umstellung auf das neue Versorgungsmodell wünschen, sollten auch umfassende Nachschulung bekommen. Für Einsteiger wäre eine verpflichtende Lehrpraxis von mindestens einem Jahr einzuführen.

Im Rahmen der Umstellung auf ein Primärversorgungssystem wird naturgemäß auch auf die regionalen Unterschiede Rücksicht zu nehmen sein. Gerade im ländlichen Bereich nimmt die örtliche Erreichbarkeit einen hohen Stellenwert ein. Anzudenken wäre hier etwa ein flächendeckendes, nach einheitlichen Grundsätzen organisiertes Modell von Sozialsprengeln, wobei entsprechend der Einwohnerzahl für jeden Sprengel ein Gesundheitszentrum errichtet werden könnte. Solche lokale Zentren bieten Gesundheits-, Betreuungs- und Beratungsleistungen an („Sozial- und Gesundheitszentrum“). Da es in einigen Bundesländern bereits Sozialsprengel gibt, könnte das Gesundheitszentrum darauf aufgebaut werden.