

## **KONZEPT**

### **Primary Health Care (PHC)**

ein Konzept zur Optimierung der extramuralen Gesundheitsversorgung

---

Ein Konzept von AM PLUS | Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit

Dr. Erwin Rebhandl, Präsident AM PLUS

Univ. Prof. Dr. Manfred Maier, Vizepräsident AM PLUS

Jänner 2014

## Inhaltsverzeichnis

---

KONZEPT .....	1
Inhaltsverzeichnis .....	2
Probleme im derzeitigen System.....	3
Zukunftsperspektive - Primary Health Care -Modell.....	5
Umsetzungsmöglichkeiten.....	7
Zusammenfassung - Ausblick .....	9
Literaturauswahl .....	10

Österreich verfügt über ein seit langem bestehendes, veränderungsresistentes und noch immer recht gutes Gesundheitssystem, dessen Effizienz und Effektivität aber unbedingt rasch gesteigert werden muss.

Zahllose internationale wissenschaftlich belegte Untersuchungen und Vergleiche legen auch für Österreich eine stärkere Ausrichtung des Gesundheitssystems auf eine dezentrale wohnortnahe umfassende medizinische Primärversorgung (Primary Health Care – PHC) nahe. Diese Primärversorgung umfasst nicht nur die allgemeinärztliche Ebene sondern auch die Bereiche der Pflege, Psychologie und Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, die Arzneimittelversorgung sowie die soziale Komponente.

Um dies umsetzen zu können ist sowohl eine Neupositionierung der Hausärztinnen und Hausärzte als auch eine Neuausrichtung anderer bestehender Gesundheitsberufe notwendig. Dabei wird die Einbindung neuer Tätigkeitsbereiche in die Ausbildung (z.B.: practice nurses - im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege) und die Entwicklung neuer Berufsbilder (z.B. Bewegungstrainer für Gesunde und chronisch Kranke) notwendig sein, um die zukünftigen Aufgabenstellungen im Gesundheitssystem patientenorientiert und effizient zu meistern. Weitere Voraussetzung dafür ist die Etablierung entsprechender struktureller und organisatorischer Rahmenbedingungen im extramuralen Versorgungsbereich.

## Probleme im derzeitigen System

---

1. Ungesteuerter Zugang zum Gesundheitssystem:
  - Fragmentierung der Versorgung durch unkoordinierte Spezialisierung und Subspezialisierung (Arztshopping, Mehrfachuntersuchungen, Medikalisierung, Somatisierung, Verlust des Überblicks, Verlust der Kontinuität, Über- Unter und Fehlversorgung)
  - Ungesteuerter Zugang zu allen Ebenen des Systems von der erforderlichen allgemeinmedizinischen Versorgung (Primäre Versorgungsebene) über die fachärztliche Versorgung (sekundäre Versorgungsebene) bis zur Spitalsversorgung einschließlich der Spitzenmedizin (Tertiäre Versorgungsebene)
  - Mangelhafte Berücksichtigung des familiären, sozialen und kulturellen Umfeldes in der medizinischen Betreuung
  - Technik-orientierte Maximalversorgung statt Personen-orientierte Optimalversorgung (z.B. Amortisationszwang für kostenintensive diagnostische Einrichtungen)
  
2. Spitalslastigkeit des Systems
  - Zu viele Spitäler
  - Zu viele Akut- und zu wenig Langzeitbetten
  
3. Jahrelange Vernachlässigung des Bereichs der extramuralen Primärversorgung
  - Mangelnde Anerkennung dieser Tätigkeiten in Gesellschaft, Medien und Politik
  - unzureichende Aus- und Weiterbildung der Hausärzte für die zeitgemäße Sicherung einer qualitätsvollen Primärversorgung – Fehlen der Lehrpraxisausbildung
  - Kompetenzzug bei Diagnostik und medikamentöser Therapie
  - Bundesländerweise unterschiedliche und den heutigen Bedürfnissen nicht mehr entsprechende Leistungskataloge und Honorierungssysteme
  - Ressourcen der medizinischen Primärversorgung zur Nutzung für Evidenz- basierte Gesundheitspolitik liegen brach (Primärdaten zur Morbidität, Prävention, Lebensstil,...)
  
4. Unzureichende Koordination/Schnittstellen
  - zwischen den Anbietern im Primärversorgungsbereich
  - zwischen der Ebene der Primärversorgung (Hausärzte und andere Gesundheitsberufe) und den Ebenen der Sekundär- und Tertiärversorgung (Fachärzte und Krankenhäuser)
  - zwischen Ärztinnen/Ärzten und anderen Gesundheitsberufen. Ärzte wissen teilweise nicht über regionales Angebot Bescheid und andere Gesundheitsberufe wissen nur ungenügend, wo welche ärztliche Leistung angeboten wird und, welche Leistungen welche

Gesundheitsberufe anbieten und wo Leistungen verfügbar sind. Nicht-ärztliche Leistungen werden in Österreich meist nur außerhalb der Ordinationen in eigenen Strukturen und oft unter unregelmäßigen Rahmenbedingungen erbracht.

5. Unzureichende Verbindlichkeit und Verpflichtung in der Leistungserbringung

- Die im Leistungskatalog der Sozialversicherungen angeführten Leistungen werden teilweise nur unzureichend erbracht, da es keine Verpflichtung dazu gibt (Beispiele: Disease-Management-Programm „Therapie aktiv – Diabetes im Griff“ oder die Spirometrie).
- Unzureichende Abgrenzung der Leistungsangebote bei Allgemeinmedizinerinnen und Fachärztinnen. Dies führt dazu, dass Fachärztinnen auch Leistungen erbringen, die eigentlich in den Tätigkeitsbereich der Hausärztinnen fallen. Dadurch kommt es bei Fachärztinnen zu Überlastung und langen Wartezeiten auf Termine.

6. Unzureichende Ausrichtung und unzureichendes Angebot an gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen auf kommunaler Ebene

7. Unzureichende Aus- und Weiterbildung für relevante Gesundheitsberufe.

Fehlen spezieller Tätigkeitsbereiche in einzelnen Berufsbildern (z.B. practice nurse) und Mangel an einzelnen Berufen (Ergotherapeutinnen, Logopädinnen) im extramuralen Bereich.

## Zukunftsperspektive - Primary Health Care -Modell

---

Eine Verbesserung und Lösung vieler derzeitiger Probleme könnte die Umsetzung eines Primary Health Care Modells – PHC in Österreich sein. Dieses Konzept wurde schon 1978 von der WHO entwickelt und auch von Österreich unterschrieben aber bis heute nicht umgesetzt.

PHC ist ein ambulantes und interdisziplinäres Versorgungskonzept, das möglichst viele gesundheitliche Probleme wohnortnah und effizient lösen kann. Wohnortnah bedeutet, dass die Erreichbarkeit mit einem Auto innerhalb von 15 bis 20 Minuten gegeben ist. Allgemeinmedizinische Einrichtungen sind in der Regel wohnortnahe, Fachärzte und Spitäler sind es meist nicht, vor allem im ländlichen Raum.

- Aufgaben

Das PHC-Konzept soll neben der medizinischen auch die pflegerische und therapeutische Grundversorgung der kurativen Medizin abdecken und nicht zuletzt auch ein breites Spektrum an gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen umfassen. Auch die psychischen und sozialen Komponenten werden entsprechend berücksichtigt und eingebunden. Die Allgemeinmedizin ist ein wesentlicher und unverzichtbarer Teil des Gesamtkonzeptes.

- Struktur

PHC wird von einem multidisziplinären Team erbracht, in dem der Hausarzt (Arzt des Vertrauens) der Koordinator und meist erste Ansprechstelle ist, dem aber auch diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern und -pfleger, Psychologinnen und Psychologen, Diätologinnen und Diätologen, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Logopädinnen und Logopäden, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie andere Gesundheitsberufe angehören.

Auch diese Gesundheitsberufe werden teilweise Koordinations- und Managementaufgaben übernehmen können.

- Fakten und Ziele

PHC hat zahlreiche positive Effekte und führt nachgewiesenermaßen zu einer Erhöhung der Compliance, einer Verlängerung der Lebenserwartung und Erhöhung der Lebensqualität von chronisch Kranken, einer Senkung der Überweisungsfrequenzen, einer Senkung unnötiger Krankenhauseinweisungen und Krankenhausaufenthalte und damit zu einer Dämpfung der Gesamtbehandlungskosten (B. Starfield, 1994). Insbesondere der Gesundheitsförderung und Prävention wird in diesen Konzepten breiter Raum gegeben. All das trägt zu einer entscheidenden Qualitätssteigerung und Ökonomisierung des Gesundheitssystems bei.

- Hindernisse und Erfordernisse

In PHC-orientierten Gesundheitssystemen sind 30 - 50% der primärversorgungswirksamen Ärzte Allgemeinmediziner (Hausärzte), in Österreich sind es nur ca. 20 Prozent (Stigler F., 2010). In Österreich besteht eine starke Tendenz zur Facharztausbildung. Wegen der unattraktiven Ausbildung zum Allgemeinmediziner und der unbefriedigenden Arbeitsbedingungen ist ein zunehmender Mangel an gut ausgebildeten Allgemeinmedizinern zu erwarten. In vielen anderen Ländern mit funktionierenden

PHC- Systemen ist der Beruf sehr attraktiv. Die meisten Universitätsabsolventen streben dort bewusst den Beruf des Hausarztes an und unterziehen sich einer hochgeschätzten Weiterbildung zum (Fach-)Arzt für Allgemeinmedizin.

In PHC-Konzepten findet der Großteil der Versorgung in einer Struktur (Ordinationen oder Primärversorgungszentren) statt, wobei auch nicht-ärztliche Leistungen innerhalb dieser Strukturen erbracht werden. In Einrichtungen zur Primärversorgung braucht es neben Ärzten für Allgemeinmedizin auch Krankenschwestern, DiätologInnen, ErgotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, PharmazeutInnen, Sozialarbeiter und andere Gesundheitsberufe. Zudem benötigen diese Einrichtungen gut ausgebildete OrdinationsassistentInnen.

Art, Lokalisation und Ausstattung der PHC-Einheiten wird nach Bedürfnissen der Bevölkerung und in Abstimmung mit den Leistungserbringern der jeweiligen Region erarbeitet und festgelegt

PHC fördert die Langzeitbeziehung zwischen Arzt und Patient, sowie zur gesamten Einrichtung der Primärversorgung - etwa durch Einschreibmodelle (Listensystem). Die Patienten entscheiden freiwillig, sich für eine gewisse Zeit an eine Einrichtung des PHC-Netzwerkes zu binden und diese Einrichtung primär aufzusuchen. Sie können dabei auch einen Arzt des Vertrauens wählen. Diese Vorgangsweise soll durch ein Anreizsystem für die PatientInnen unterstützt werden. Dies fördert einerseits die Versorgungssicherheit für den Patienten im Krankheitsfall (akut und chronisch) und ermöglicht andererseits eine stärkere Orientierung auf Gesundheitsförderung und Prävention.

### **Primary Health Care - PHC**

**Ein modernes wohnortnahe und extramurales Netzwerk für die Bevölkerung zur Erhaltung der Gesundheit und optimalen Versorgung bei Krankheit**

- Wohnortnahe Gesundheitsförderung und Prävention
- Rasche umfassende Behandlung und Betreuung bei akuten Erkrankungen
- Optimales Krankheitsmanagement bei chronischen Erkrankungen
- Wohnortnahe ambulante Rehabilitationsmaßnahmen

## Umsetzungsmöglichkeiten

---

Um auch in Österreich Erfahrungen mit PHC-Modellen zu sammeln, sollten rasch regionale Pilotprojekte geplant und umgesetzt werden.

Erster Schritt muss eine Analyse der lokalen Ist-Situation sein. Dabei wird erhoben, wer derzeit wo welche Leistungen in welchem Umfang anbietet. Es wird überprüft, inwieweit dieses Leistungsangebot den Bedürfnissen der Bevölkerung und den medizinischen und sonstigen Notwendigkeiten entspricht. Danach wird geklärt, durch welche strukturellen und organisatorischen Änderungen die regionale wohnortnahe Versorgung optimiert werden kann.

Dabei kommen unterschiedliche Modellvarianten oder deren Kombination in Frage. Zwei typische Modellvarianten werden näher beschrieben.

### Modell für den städtischen Bereich

In einem Gebäudekomplex arbeiten mehrere Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin zusammen. Diese Ärzte garantieren ausreichende Öffnungszeiten der Primärversorgungseinrichtung und eine Notversorgung rund um die Uhr, auch in Kooperation mit anderen Ärzten und Einrichtungen. Das Leistungsangebot ist klar definiert, wird vertraglich vereinbart und sollte verbindlich erbracht werden. Darüber hinaus steht es Primärversorgungszentren frei, zusätzliche außervertragliche Leistungen anzubieten.

Um die Ärzteorganisationseinheit wird ein Netzwerk mit nichtärztlichen Gesundheitsberufen geschaffen. Zu diesem Netzwerk gehören OrdinationsassistentInnen, diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern (für die Tätigkeit im Zentrum und für Hausbesuche), PharmazeutInnen, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, DiätologInnen, BewegungstrainerInnen und andere Gesundheitsberufe. Alle Mitglieder und Mitarbeiter des Netzwerkes verpflichten sich, die gemeinsam erarbeiteten Regeln und Vorgaben einzuhalten und in ihrem Tätigkeitsbereich umzusetzen. Die Leitung der PHC-Einrichtung wird von einem medizinischen und einem wirtschaftlich-organisatorischen Leiter wahrgenommen.

Die Art und Weise der Finanzierung und Honorierung wird einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern geregelt. Die Zahl der Ärzte und anderer Leistungserbringer richtet sich nach der Anzahl der zu versorgenden Einwohner (Listensystem).

Für eine entsprechende Qualitätsförderung und Evaluierung wird im Netzwerk gesorgt.

Es ist auch möglich, dass im Gebäudekomplex Fachärzte verschiedener Disziplinen (Pädiatrie, Gynäkologie, Innere Medizin, Unfallchirurgie, Augenheilkunde etc.) als sekundäre Versorgungsebene angesiedelt werden. Diese gehören jedoch organisatorisch nicht der PHC-Einrichtung an.

Die PHC-Einrichtung soll für alle zu betreuenden Einwohner mit einem Auto oder öffentlichen Verkehrsmittel in 15 bis 20 Minuten erreichbar sein. Die Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln muss daher bei der Wahl des Standortes beachtet werden.

Als mögliche Organisationsform bietet sich eine Gruppenpraxis als Gesellschaft mit beschränkter Haftung an. Die derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen bedürfen allerdings eine Adaptierung.

### **Modell für den ländlichen Raum**

In ländlichen Regionen wird es nicht möglich sein, die allgemeinmedizinische und sonstige Versorgung in einem Gebäudekomplex unterzubringen, da die Anfahrtswege zu weit wären.

In diesen Regionen wird die hausärztliche Versorgung weiterhin dezentral in den einzelnen Gemeinden angeboten. Den einzelnen Praxen (Einzel- oder kleine Gruppenpraxen) stehen für die Arbeit vor Ort in den Ordinationen OrdinationsassistentInnen und diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern/-pfleger zur Verfügung.

So wie die Ärzte erbringen auch die anderen im Modell 1 angeführten Gesundheitsberufe ihre Leistungen dezentral in den Gemeinden. Dies gilt auch für Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention.

Zur Vernetzung, Steuerung und Koordination der regionalen Versorgung wird eine spezifische Netzwerkorganisation eingerichtet. Aufgabe dieser Struktur ist es, die Tätigkeitsbereiche und das Leistungsangebot zu koordinieren sicherzustellen und die Öffnungszeiten abzustimmen und die Qualitätsförderung zu organisieren. Alle Anbieter in der PHC-Region werden eingeladen und motiviert, sich freiwillig diesem Netzwerk anzuschließen.

Die Leistungserbringer unterzeichnen einen Kooperationsvertrag mit dem PHC-Netzwerk und verpflichten sich, sich an die Regeln des Netzwerkes anzupassen. Sie sind dabei meist freiberuflich tätig. Einzelne Berufsgruppen können auch beim Netzwerk angestellt werden. Auch die Anstellung von Ärztinnen und Ärzten soll ermöglicht werden. Geleitet wird auch dieses Netzwerk von einem medizinischen und einem wirtschaftlich-organisatorischen Leiter.

Als Organisationsform in diesem Modell kommen entweder ein Verein oder eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Frage.



## Zusammenfassung - Ausblick

---

Eine gute medizinische Primärversorgung (Primary Health Care) steht nachgewiesenermaßen für bessere Ergebnisse der Gesundheitsversorgung bei niedrigeren Ausgaben. PHC bringt für die Bevölkerung einen einfacheren, rascheren und transparenteren Zugang zu Leistungen sowohl der Gesundheitsförderung und Prävention als auch der Versorgung im Krankheitsfall. PHC führt auch zu ausgeglichenen regionalen Angeboten ohne Benachteiligung einzelner Gruppen der Bevölkerung.

Grundsätzlich kommen zwei Modelle in Frage, eines für den städtischen Bereich und eines für den ländlichen Raum. Die Umsetzung in Österreich ist unbedingt in absehbarer Zeit anzustreben.

Dr. Erwin Rebhandl  
Arzt für Allgemeinmedizin in Haslach/Mühl, OÖ.  
Präsident von AM PLUS – Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit

Univ. Prof. Dr. Manfred Maier  
Leiter der Abteilung Allgemeinmedizin, Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien  
Vizepräsident von AM PLUS

Kontaktadresse  
AM PLUS  
Lazarettgasse 19/4  
1090 Wien  
E-mail: [kommunikation@amplusgesundheit.at](mailto:kommunikation@amplusgesundheit.at)

## Literaturauswahl

---

- Aiginger K., „Herausforderungen einer alternden Gesellschaft: Schwerpunkt Reformbedarf im österreichischen Gesundheitssystem WIFO 111/2011
- Czypionka Th.et al. (2011) „Health Workforce: Status quo und neue Berufsbilder“ in Health System Watch, Fachzeitschrift Soziale Sicherheit I/2011, Herausgeber HV der SV-Träger
- Eger K. (2011) „Integrierte Versorgung im österreichischen Gesundheitswesen“ in Laut gedacht der NÖ. Patienten- und Pflegeanwaltschaft
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Masterplan Gesundheit: Österreichs Gesundheitssystem gemeinsam zukunftssicher umgestalten, Nr.42 2011
- Hofmarcher, M. M. (2006). Health Systems in Transition. Austria - Health system review. Copenhagen, WHO Europe.
- Kringos, D. S. (2010). "The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions." BMC Health Services Research **10**(65): 1-13.
- Land OÖ, OÖ. GKK (2011) "NSM - Nahtstellen-Management in OÖ", Broschüre
- Macinko, J. (2003). "The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998." Health Services Research **38**(3): 831-865.
- Macinko, J. (2007). "Is Primary Care Effective? Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States." International Journal of Health Services **37**(1): 111-126.
- Meads G., Shaw S. (2010). "Integrated primary care in an integrated Europe" Primary Health Care Research & Development 2010 11:105-107, Cambridge University Press
- ÖÄK (2008). Das gesundheitspolitische Konzept der österreichischen Ärztekammer.
- ÖÄK. (2010). "Hausärzte im Zentrum." Retrieved 28.07., 2010, from <http://www.aerztekammer.at>
- ÖGAM (2008). „Grundsatzpapier der ÖGAM zu einer Neuorientierung des österreichischen Gesundheitssystems“. [www.oegam.at](http://www.oegam.at)
- ÖGAM und Competence Center IGV der Österr. SV (2009).“ Integrierte Versorgung. Verständnis und Aspekte der integrierten Versorgung im österreichischen Gesundheitswesen“, [www.oegam.at](http://www.oegam.at)
- Starfield, B. (1979). "Measuring the attainment of primary care." J Med Educ **54**(5): 361-369.
- Starfield, B. (1994). "Is primary care essential?" The Lancet **344**: 1129-1133.
- Starfield, B. (1998). Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York, Oxford University Press.

- Starfield, B. (2002). "Policy relevant determinants of health: an international perspective." *Health Policy* **60**: 201-218.
- Starfield, B. (2005). "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health." *The Milbank Quarterly* **83**(3): 457-502.
- Starfield, B. (2005). "The Effects Of Specialist Supply On Populations' Health: Assessing The Evidence." *Health Affairs*: 97-107.
- Starfield, B. (2006). "State of the Art in Research on Equity in Health." *Journal of Health Politics, Policy and Law* **31**(1): 11-32.
- Stigler Florian L. (2010), „The future of Primary Care in Austria“, Dissertation, School of Medicine, University of Manchester
- WHO (1978) "Declaration of Alma Ata", International Conference on Primary Health Care in Alma Ata
- WHO (2000). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva.
- WONCA Europe (2002) „Die Europäische Definition der Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin“, deutsche Übersetzung ÖGAM und SGAM. [www.oegam.at](http://www.oegam.at)
- WONCA (2002) "Improving Health Systems: The contribution of Family Medicine"



Initiative  
für Allgemeinmedizin  
und Gesundheit