

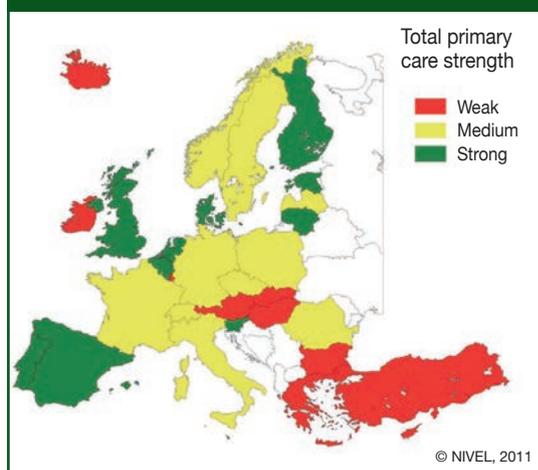
# Die Stärkung der Primärversorgung in Österreich – ein erster Zwischenstand

Vor fünf Jahren erweckte die Arbeit *The strength of primary care in Europe* von Dionne Kringos in Österreich großes Aufsehen, da plötzlich transparent wurde, dass das österreichische System der Primärversorgung im europäischen Vergleich rot eingefärbt war und zu den schwächsten gehörte (siehe Abbildung 1). Nicht zuletzt diese Publikation gab den Anstoß zum Umdenken. In der damals

begonnenen Gesundheitsreform nahm das Thema Primärversorgung einen prominenten Platz ein und die österreichische Gesundheitspolitik hat sich des Themas seitdem intensiv angenommen.

Der vorliegende Beitrag widmet sich den politischen Schritten zur Stärkung der Primärversorgung. Zunächst werden die Erkenntnisse zur österreichischen Primärversorgung anhand einer Literaturanalyse kursorisch dargestellt und auf Basis dieses Problemabrisses die bisherigen Reformschritte zur Stärkung der Primärversorgung in Österreich vorgestellt. Eine Schlüsselerkenntnis der Analyse der Reformschritte ist, dass von den ursprünglichen Überlegungen einer multiprofessionellen Primärversorgung der Hausarzt und die Pflege ins Zentrum der Primärversorgung gerückt sind. In weiterer Folge wird im Beitrag der Versuch unternommen, die Effekte der Reform zur Stärkung der Primärversorgung auf die Ziele eines Gesundheitssystems anhand einer Checkliste zu untersuchen, und insbesondere werden die Anreize zur tatsächlichen Implementierung der neuen Primärversorgung im österreichischen Gesundheitssystem einer Analyse unterzogen. Der Beitrag schließt mit einer kurzen Zusammenfassung. Abbildung 2 zeigt eine schematische Darstellung des Beitrags.

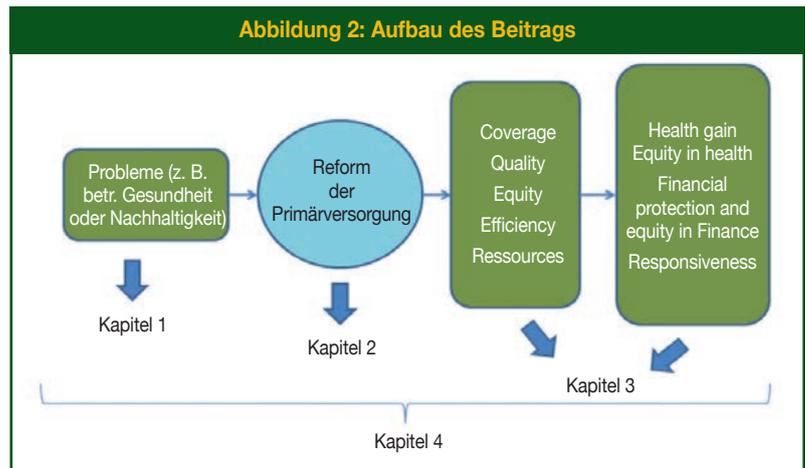
**Abbildung 1: Countries with strong, medium and weak primary care, considering PC structure and key aspects of PC services delivery**



Quelle: Kringos, D., 2012.

## Erkenntnisse zur bisherigen österreichischen Primärversorgung

Seit der Alma-Ata-Deklaration 1978<sup>1</sup> wird international von der Bedeutung einer starken Primärversorgung in den Gesundheitssystemen gesprochen. Mittlerweile bestätigen auch immer mehr wissenschaftliche Studien, dass ein starkes Primärversorgungssystem positive Auswirkungen auf das gesamte Gesundheitssystem sowie vor allem auch auf die Patientinnen und Patienten hat.<sup>2</sup> International werden daher viele Anstrengungen unternommen, um den Gedanken zur Umsetzung zu bringen. Zahlreiche Studien attestieren Österreich ein verbesserungsfähiges System der Primärversorgung.



Quelle: In Anlehnung an Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH), Typology of health policy reforms and framework for evaluating reform effects, 3. Mai 2016, S. 64.

Abbildung 3: Primärversorgungsscores im internationalen Vergleich

Country	System score	Practice score	Total score	Total score (average)
<b>Low primary care</b>				
Austria <sup>b</sup>	4.0	3.0	7.0	0.5
Belgium	5.6	0.0	5.6	0.4
France	5.0	0.0	5.0	0.3
Germany	6.0	0.0	6.0	0.4
United States	4.0	1.5	5.5	0.4
<b>Intermediate primary care</b>				
Australia	10.0	7.0	17.0	1.1
Canada	11.5	6.0	17.5	1.2
Japan	8.5	4.0	12.5	0.8
Sweden	10.0	4.0	14.0	0.9
<b>High primary care</b>				
Denmark	16.0	10.0	26.0	1.7
Finland	15.0	7.0	22.0	1.5
The Netherlands	13.0	10.0	23.0	1.5
Spain	12.5	8.0	20.5	1.4
United Kingdom	18.0	11.0	29.0	1.9

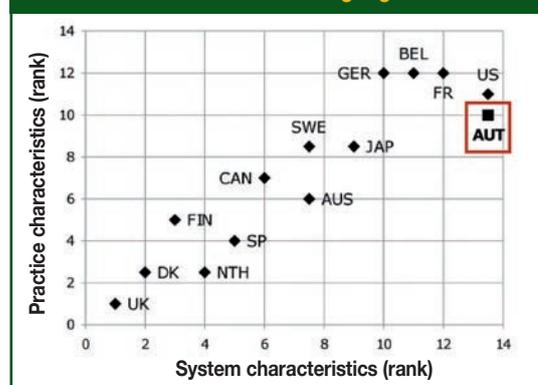
\*Primary care scores from 2002.<sup>3</sup> <sup>b</sup>Primary care scores from 2010. Quelle: Stigler et al. 2013, S. 187.

Stigler et al. zeigen – wie zuvor auch schon Kringos – anhand einer Bewertung der systemischen Voraussetzungen (u. a. Finanzierung, Verhältnis Allgemeinmediziner zu Fachärzten, Vergleich Einkommen Allgemeinmediziner und Fachärzte, akademische bzw. universitäre Verankerung der Allgemeinmedizin) und der praktischen Umsetzung der Primärversorgung (u. a. Erstanlaufstelle im System, Kontinuität und Koordination der Versorgung, umfassende Versorgung, Familienzentriertheit), dass Österreich im internationalen Vergleich zu den Ländern mit einer schwächeren Primärversorgung gehört (siehe Abbildung 3 und Abbildung 4).<sup>3</sup> Auch die OECD empfiehlt Österreich, seine Primärversorgung zu stärken und vermehrt in Richtung multiprofessioneller Teams zur Verbesserung der Versorgungskontinuität zu gehen (siehe Abbildung 5).

Hinter der heutigen Erkenntnis, dass sich Öster-

reich im Bereich der Primärversorgung verbessern muss, liegen eine Vielzahl von Ursachen. Eine Quelle der heutigen Situation dürfte in der Ver-

Abbildung 4: Reihung der System- bzw. Praxischarakteristika in Bezug auf Primärversorgung



Quelle: Stigler et al. 2013, S. 188.



**Dr. Timo Fischer** leitet die Abteilung für evidenzbasierte wirtschaftliche Gesundheitsversorgung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger.



**Mag. (FH) Matthias Schuppenlehner** ist Mitarbeiter der Abteilung für evidenzbasierte wirtschaftliche Gesundheitsversorgung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger.

1 WHO, 1978.  
 2 Vgl. z. B. Delnoij et al. 2000; Macinko et al. 2003; Starfield et al. 2005; De Maeseneer et al. 2007; Kringos 2012.  
 3 Stigler et al. 2013, S. 187 ff., Kringos 2012.

Abbildung 5: Empfehlungen der OECD für Österreichs Primärversorgung

>> What can be done?

- Strengthen disease management for chronic conditions at primary care level by developing patient-centred programmes
- Continue to support the development of multi-disciplinary primary care teams to effectively assure care continuity

Quelle: OECD, 2017.

nachlässigung der Allgemeinmedizin durch alle Stakeholder liegen – jahrzehntelang lag der Fokus auf der Spezialisierung der Medizin sowie dem damit einhergehenden medizinisch-technischen Fortschritt. Erfreulicherweise kam ein Umdenken aller Stakeholder im Gesundheitssystem gerade noch rechtzeitig und die Stärkung der Primärversorgung wird nun von allen als wichtiger Handlungsbereich erkannt.

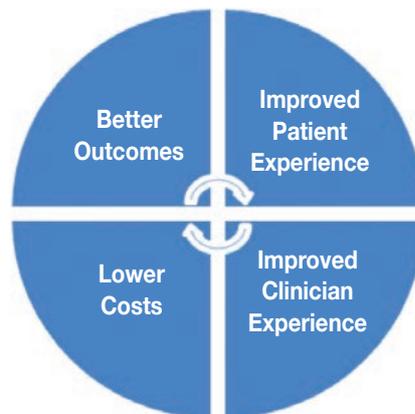
**Der erste Schritt zur Stärkung: Das Team rund um den Hausarzt.**

### Die Politik zur Stärkung der Primärversorgung

#### Die Gesundheitsreform 2013 und das Konzept „Das Team rund um den Hausarzt“

In der Gesundheitsreform 2013 wurde dem Thema Primärversorgung hohe Priorität zuteil und die Bundes-Zielsteuerungskommission verabschiedete am 30. Juni 2014 die Blaupause für die neue Primärversorgung mit dem Titel „Das Team rund um

Abbildung 6: Quadruple Aim



Quelle: Bodenheimer/Sinsky, 2014.

den Hausarzt“<sup>4</sup>. Der Beschlussfassung ging ein groß angelegtes Projekt unter Einbeziehung aller Stakeholder im Gesundheitswesen, von Patientenvertretungen bis hin zu Vertretungen der Berufsgruppen bzw. Standesvertretungen, sowie internationaler Expertise durch das European Observatory on Health Systems and Policies voraus. Das Konzept erfüllt den von Bodenheimer/Sinsky geforderten „Quadruple Aim“-Ansatz<sup>5</sup> (Better Outcomes, Lower Costs, Improved Patient Experience & Improved Clinician Experience, siehe auch Abbildung 6) und die Erwartungen sind hoch: Die neue Primärversorgung wird mit besseren Ergebnissen<sup>6</sup> assoziiert und sie soll den Patienten in den Mittelpunkt stellen (z. B. im Hinblick auf längere Öffnungszeiten und die Koordinierung der Versorgung). Gut betreute Patientinnen und Patienten setzen auch gute Arbeitsbedingungen für das Gesundheitspersonal voraus, weshalb die neue Primärversorgung z. B. die Bedürfnisse der jüngeren Generationen im Hinblick auf die Work-Life-balance und die allseits gewünschte Arbeit im Team berücksichtigt. Letztlich sollen die Verbesserungen durch die neue Primärversorgung auch nachhaltige, gesamtwirtschaftliche Effekte mit sich bringen (z. B. Reduktion der Krankenhausaufenthalte).

Mit dem Konzept „Das Team rund um den Hausarzt“, das eigentlich besser „Das Team rund um den Patienten“ hieße, wurde ein erster, wichtiger Baustein für eine Verbesserung der Primärversorgung in



© nayspony - Fotolia.com

4 Siehe [https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Das\\_Konzept\\_zur\\_Primaerversorgung](https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Das_Konzept_zur_Primaerversorgung), abgerufen am 4. August 2017.

5 Vgl. Bodenheimer/Sinsky, 2014.

6 Zum Zusammenhang zwischen Qualität und Primärversorgung siehe z. B. Burkert et al., Ambulatory Care Sensitive Conditions – Potentiell vermeidbare stationäre Aufenthalte, entsprechende Diagnosen, Einflussfaktoren und Empfehlungen zur Durchführung von Untersuchungen, 2014, abgerufen unter <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.597297&version=1395642701> am 20. September 2017, S. 11: „Vor allem für sogenannte ‚Ambulatory Care Sensitive Conditions‘ (ACSC) können stationäre Aufenthalte durch eine effektive Primärversorgung verhindert werden (Rosano et al., 2012). Unter den ACSC versteht man eine Reihe von Krankheitskomplexen, bei denen für die betroffenen PatientInnen ein Krankenhausaufenthalt potentiell vermeidbar wäre und die Problemfelder in der (Primär-)Versorgung aufdecken können (Frank, 2009). Zu den ACSC zählen einerseits chronische Krankheiten wie Diabetes mellitus und Asthma bronchiale, andererseits aber auch akute Erkrankungen wie Lungen- oder Blinddarmentzündung mit auftretenden Komplikationen (Millmann, 1993; Rosano et al., 2012). ACSC werden mittlerweile weltweit als Indikatoren für die Qualität der Diagnostik und Therapie in der Primärversorgung (Ansari, 2007), aber auch für das Management des jeweiligen Krankheitskomplexes (Kringos, 2010) herangezogen.“

Österreich gelegt und eine Vision geschaffen. Davon ausgehend nahm die Weiterentwicklung der inhaltlichen Ausrichtung der Primärversorgung im Österreichischen Strukturplan Gesundheit ihren Lauf.

**Die neue Primärversorgung und der Österreichische Strukturplan Gesundheit 2017 (ÖSG 2017)**

Die Revision des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2012 (ÖSG 2012) wurde 2017 abgeschlossen. Die Neufassung beinhaltet neben umfangreichen Aktualisierungen auch echte Neuigkeiten wie etwa Qualitätskriterien für den ambulanten Bereich, die über die Aufgabenprofile und die Leistungsmatrix dargestellt werden (siehe Abbildung 7).<sup>7</sup> Die beiden Elemente – Aufgabenprofile und Leistungsmatrix für den ambulanten Bereich – stellen den Werkzeugkasten dar, mit dem künftig auf regionaler Ebene Versorgungsaufträge geplant und umgesetzt werden können. Sie beschreiben vereinfacht ausgedrückt das Leistungsspektrum, das die einzelnen Fachbereiche anbieten sollen.<sup>8</sup>

In diesem Werkzeugkasten findet sich auch der umfassende Versorgungsauftrag für die neue Primärversorgung, der auf dem Konzept „Das Team rund um den Hausarzt“ basiert. Das Aufgabenprofil für die Primärversorgung beinhaltet drei Elemente: (i) die Basisaufgaben, (ii) die speziellen Aufgaben und (iii) die für die Primärversorgung spezifischen Qualitätskriterien.

Das Aufgabenprofil für die Primärversorgung umfasst zunächst eine detaillierte Beschreibung der (i) Basisaufgaben<sup>9</sup> einer (teambasierten) Primärversorgungseinheit anhand der folgenden Aufgabenbereiche:<sup>10</sup>

- Ambulante Grundversorgung und Verlaufskontrolle bei Akutfällen allgemein
- Akutversorgung und Verlaufskontrolle bei komplexen Fällen
- Langzeitversorgung chronisch Kranker und multimorbider Patienten
- Besondere Versorgungsanforderungen bei Menschen mit psychischen Störungen
- Besondere Versorgungsanforderungen bei Kindern und Jugendlichen
- Besondere Versorgungsanforderungen bei alten Menschen



© crec77 - Fotolia.com

- Rehabilitative Therapie
- Palliativversorgung
- Prävention & Gesundheitsförderung
- Familienplanung, Schwangerschaftsberatung, Säuglingsuntersuchung
- Todesfeststellung

Konkret sieht das Aufgabenprofil für den Aufgabenbereich „Ambulante Grundversorgung und Verlaufskontrolle bei Akutfällen allgemein“ wie in Abbildung 8 dargestellt aus.

Neben diesen Basisaufgaben beinhaltet das Aufgabenprofil für die Primärversorgung auch die für die



Quelle: eigene Darstellung.

7 Der ÖSG 2017 ist auf der Website des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF) downloadbar ([www.bmgf.gv.at](http://www.bmgf.gv.at)).  
 8 Konkret findet sich im ÖSG 2017 (S. 74) folgende Formulierung: „Aufgabenprofile und LM-amb bilden die verbindliche fachliche Basis für Versorgungsaufträge, die auf regionaler Ebene (insbesondere Regionale Strukturpläne Gesundheit, Krankenanstaltenpläne, Gesamtverträge und Einzelverträge) unter Berücksichtigung auch der ökonomischen Faktoren und der regionalen Versorgungssituation (Best Point of Service) für alle Leistungsanbieter festzulegen sind. Konkret ist über Versorgungsaufträge je nach regionalem Bedarf zu definieren, von welchen Fachbereichen an welchen Standorten in welchen Organisationsformen (Spitalsambulanz, Ambulatorium, Gruppenpraxis, Einzelpraxis oder zukünftig Primärversorgungseinheit) die Leistung zu erbringen ist.“  
 9 Zur Definition von Basisaufgaben siehe ÖSG 2017, S. 75: „Basisaufgaben beschreiben das Spektrum des Fachbereichs, das gemäß Ausbildung und der fachbereichsspezifischen Grundausrüstung in der jeweiligen Versorgungsstufe erbracht werden kann. Zu Primärversorgungseinheiten sind neben medizinischen auch organisatorische Aufgaben angeführt, die typische Primärversorgungsfunktionen (Versorgungskontinuität und -koordination) darstellen.“  
 10 Siehe dazu die Ausführungen zum Aufgabenprofil im ÖSG 2017, S. 77 ff.

Der ÖSG beinhaltet umfassende Regelungen zur Primärversorgung.

Abbildung 8: Auszug aus dem Aufgabenprofil der Primärversorgung

	Aufgabenbereich	Beschreibung	Konkretisierung	Einbeziehung Teammitglieder
Basisaufgaben	Ambulante Grundversorgung und Verlaufskontrolle bei Akutfällen allgemein	Basisdiagnostik, Therapie und Nach- bzw. Verlaufskontrolle bei allen einfachen, episodenhaften Gesundheitsbeschwerden	Abschließende Behandlung unkomplizierter Infektionen	PV-Kernteam; bei Bedarf Beziehung weiterer PV-Teammitglieder
			Beurteilung von Symptomen und Beschwerden, Basisdiagnostik <sup>1</sup> , ggf. abschließende Behandlung, bei Bedarf Weiterleiten	
			Basisdiagnostik und ggf. Weiterleiten bei Verdacht auf Neubildungen	
			Abschließende Therapie von einfachen Verletzungen und ggf. Weiterleitung zur sozialen Diagnostik (Gewaltprävention und Opferschutz)	
			Basisdiagnostik und ggf. Weiterleiten bei Verdacht auf (angeborene) Fehlbildungen	
		Basischirurgie und Nachsorge nach Verletzungen bzw. Operationen	Kleine Eingriffe gemäß LM-amb (b), inkl. dafür notwendiger Anästhesieverfahren	
Sofortlabor				
Hausbesuche und aufsuchende Dienste	Bei Bedarf Aufsuchen der PatientInnen in deren Wohnumfeld	Organisation bedarfspezifisch erforderlicher aufsuchender Dienste aus dem (zuständigen) Gesundheits- und/oder Sozialbereich (z.B. mobile Pflege, Krisenintervention)		

Quelle: ÖSG 2017, S. 77.

Primärversorgung infrage kommenden (ii) Spezialaufgaben wie etwa Basischirurgie und Nachsorge nach Operationen, die Behandlung chronischer Wunden oder die Übernahme öffentlicher Gesundheitsaufgaben (z. B. amtliche Totenbeschau oder Begutachtungen auf Haftfähigkeit). Diese speziellen Aufgaben gehen über das (Basis-)Aufgabenspektrum hinaus, erfordern zusätzliche Qualifikation und bzw. oder Infrastruktur und sind nach regionalen Erfordernissen durch die Gesundheitsplanung auf Landesebene in den Versorgungsaufträgen festzulegen.<sup>11</sup> Schließlich beinhaltet das Aufgabenprofil auch (iii) spezifische Qualitätskriterien, die als Mindestausstattung für die Erbringung von Basisaufgaben zu verstehen und als Voraussetzung für die Leistungserbringung vorzuhalten sind.<sup>12</sup> Für die Primärversorgung werden als spezifische Qualitätskriterien z. B. ein Otoskop, ein Reflexhammer inklusive Monofilament, ein Elektrokardiographiegerät, eine Ausstattung für kleine Eingriffe oder ein Pulsoxymeter angeführt.<sup>13</sup> Als weiteren Bestandteil der Grundlagen für die Versorgungsaufträge enthält der ÖSG 2017 für die Primärversorgung einen Leistungskatalog. Dazu muss angemerkt werden, dass aufgrund der Systematik

des zugrundeliegenden bundeseinheitlichen Leistungskatalogs des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen eine Einschränkung auf jene Leistungen, die vorrangig von der ärztlichen Berufsgruppe erbracht werden, besteht. Diese sogenannte Leistungsmatrix für den ambulanten Bereich soll – neben den Aufgabenprofilen – die Grundlage für die standortspezifische Festlegung von Versorgungsaufträgen auf Leistungsebene sein und dient mit den – je Leistung – definierten Strukturqualitätskriterien (Qualifikation und Ausstattung) als Instrument zur Qualitätssicherung von Leistungen im ambulanten Bereich.<sup>14</sup> Auch die Leistungsmatrix für den ambulanten Bereich unterscheidet – wie das Aufgabenprofil – zwischen Basisleistungen und speziellen Leistungen.<sup>15</sup> Abbildung 9 zeigt beispielhaft, was die Leistungsmatrix für die Primärversorgung beinhaltet. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der ÖSG 2017 das Leistungsspektrum der neuen Primärversorgung beschreibt. Es wäre unter dem Gesichtspunkt der Versorgungsgerechtigkeit notwendig, dass sich sowohl Krankenversicherungsträger als auch Leistungserbringer (z. B. Allgemeinmediziner/-innen, Krankenpflegepersonal etc.) und

11 Vgl. ÖSG 2017, S. 75.

12 Vgl. ÖSG 2017, S. 75.

13 Vgl. ÖSG 2017, S. 81.

14 Vgl. ÖSG 2017, S. 74.

15 Siehe ÖSG 2017, S. 74: „Als Basisleistungen (b) werden jene Leistungen eingestuft, die innerhalb einer Versorgungsstufe (Primärversorgung, ambulante Fachversorgung) für die Bevölkerung zur Verfügung stehen müssen und deren Anbieter die erforderlichen Ausbildungs- und Strukturvoraussetzungen erfüllen müssen. [...] Spezielle Leistungen (s) sind über Basisleistungen hinausgehende Leistungen eines Fachbereichs, die gemäß Versorgungsbedarf für die Bevölkerung zur Verfügung stehen müssen. Sie bedürfen zur Durchführung einer speziellen Infrastruktur, die über die fachbereichsspezifische Mindestausstattung hinausgeht und bzw. oder einer über die fachspezifische Berufsausbildung hinausgehende Qualifikation, die durch Ausbildungsnachweise zu belegen ist und bzw. oder einer für eine qualitativ hochwertige Durchführung besonderen Erfahrung, die in geeigneter Weise zu belegen ist (z. B. mehrjährige Tätigkeit, hohe Fallzahlen).“

**Abbildung 9: Beispielhafter Auszug von Leistungen in der Primärversorgung aus der Leistungsmatrix für den ambulanten Bereich (b=Basisleistung, s=spezielle Leistung)**

Code	Kurztext Leistung	PV	Ausstattung	Qualifikation
AJ510	ENG – Elektroneurographie (LE=je Sitzung)		ENG-Gerät	KIJU: Weiterbildung
AK510	Biofeedback (LE=je Sitzung)	s	Biofeedback-Gerät	Weiterbildung
AM540	Psychiatrische Testung (LE=je Sitzung)	b		
AM550	Behandlung bei psychosomatischen Beschwerden (LE=je Sitzung)	s		ÖÄK Diplom PSY II oder Spezialisierung in fachspezifischer psychosomatischer Medizin
AM560	Psychotherapie (Einzeltherapie) (LE=je Sitzung)	s		ÖÄK Diplom PSY III
AM570	Psychotherapie (Gruppentherapie) (LE=je Sitzung)	s		ÖÄK Diplom PSY III
AP521	Lokalanästhesie (exkl. Oberflächenanästhesie) (LE=je Sitzung)	b		
BC510	Bindehautsackspülung bei Verätzungen(LE=je Sitzung)	b		
BZ540	Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut, Lederhaut oder Bindehaut (LE=je Sitzung)	b		
CA520	Zerumenentfernung (LE=je Seite)	b		

Umsetzung steht im Mittelpunkt.

Quelle: Leistungsmatrix für den ambulanten Bereich, abgerufen am 15. August 2017 unter [https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem\\_Qualitaetsicherung/Planung\\_und\\_spezielle\\_Versorgungsbereiche/Der\\_Oesterreichische\\_Strukturplan\\_Gesundheit\\_ndash\\_OeSG\\_2017](https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetsicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Der_Oesterreichische_Strukturplan_Gesundheit_ndash_OeSG_2017).

Standesvertretungen bei der Entwicklung der neuen Primärversorgung an diese Vorgaben hielten. Nur so kann es gelingen, dass alle Menschen in Österreich ein gleichwertiges Versorgungsangebot in ihrer wohnortnahen Primärversorgung vorfinden und die in letzter Zeit viel diskutierten regionalen Leistungsunterschiede sich zumindest in der neuen Primärversorgung nicht ausdifferenzieren.

**Die neue Primärversorgung und die Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit & Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz 2017: der Bundes-Zielsteuerungsvertrag und die neun Landes-Zielsteuerungsübereinkommen**

Mit der geschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und dem Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG) wurde der 2013 gestartete Gesundheitsreformprozess fortgeführt. Wie auch schon in der ersten Vereinbarung aus dem Jahr 2013 steht die Stärkung der Primärversorgung wiederum im Fokus. Die Wichtigkeit des Themas für die Politik lässt sich zusätzlich daraus erkennen, dass Primärversorgung in zwei Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG und zwei Gesetzen, wobei eines ausschließlich die neue Primärversorgung regelt (das Primärversorgungsgesetz, PrimVG), verankert ist. Nachdem die Konzeptionsphase der Primärversorgung im Rahmen der 2013 geschlossenen Vereinbarung abgeschlossen werden konnte, steht in den aktuell gültigen Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG die Umsetzung im Mittelpunkt. Die Stärkung der Primärversorgung wird daher auch gezielt

und direkt in den Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG sowie im G-ZG angesprochen. Sowohl laut der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit als auch laut G-ZG sind „im Bereich der Primärversorgung („Primary Health Care“) Primärversorgungseinheiten gemäß bundesgesetzlicher Grundlage zu schaffen“. Weiters wird im Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen in beiden Gesetzestexten die „Umsetzung neuer multiprofessioneller und interdisziplinärer Primärversorgungseinheiten [...] im Bereich der Sachleistung unter anderem mit der Zielsetzung der Erhöhung des Anteils ambulanter Versorgungsstrukturen mit Öffnungszeiten zu Tagesrand- und Wochenendzeiten“ gefordert. Im G-ZG finden sich des Weiteren Umsetzungserfordernisse an die Bundesländer, die im Rahmen der Landes-Zielsteuerungsübereinkommen „eine konkretisierte Planung zur Errichtung von Primärversorgungseinheiten im RSG (Regionalen Strukturplänen Gesundheit) bis spätestens Ende 2018“ vorlegen müssen.

Durch die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit wird auch der Abschluss eines Bundes-Zielsteuerungsvertrags bzw. der Landes-Zielsteuerungsübereinkommen geregelt. In diesen wurden Ziele zur Stärkung der Primärversorgung und deren Implementierung bis zum Jahr 2021 festgelegt. Demnach sollen bis 2021 75 Primärversorgungseinheiten in ganz Österreich umgesetzt und die in Primärversorgungseinheiten versorgte Bevölkerung gesteigert werden. Unterstützt werden soll dieses Vorhaben durch folgende Maßnahmen im Bundes-Zielsteuerungsvertrag: Die beschriebenen strategischen Vorgaben hin-



© Photographee.eu - Fotolia.com

sichtlich der Stärkung der Primärversorgung wurden in der Vereinbarung Art. 15a B-VG Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2017 und im Primärversorgungsgesetz 2017 weiter konkretisiert. In dieser Vereinbarung wurde beinahe ein ganzer Artikel der Primärversorgung gewidmet. In Artikel 6 „Planung multiprofessioneller ambulanter Versorgungsangebote“ werden Organisationsform, Planungs- und Qualitätskriterien, Anforderungen an Primärversorgungseinheiten sowie das Leistungsangebot genauer ausgeführt. Es finden sich darin vor allem Punkte aus dem Konzept „Das Team rund um den Hausarzt“ (vgl. Seite 466) wieder. Auch wurde in dieser Vereinbarung (Art. 31) eine unterstützende Finanzierung der zukünftigen Primärversorgungseinrichtungen festgelegt.

### Primärversorgungsgesetz 2017

Eine der wesentlichsten Maßnahmen zur Stärkung der Primärversorgung wurde von der Politik durch das Primärversorgungsgesetz (PrimVG) geschaffen. Grundsätzlich soll das mit 3. August 2017 in Kraft getretene Gesetz die Entwicklung der Primärversorgung in Österreich durch die Schaffung von Rechtssicherheit im Bereich der Primärversorgung vorantreiben. Eine Beschreibung der konkreten Inhalte des PVG findet sich in Tabelle 1.

Doch es wurde auch nicht mit Kritik am Gesetz gespart und bereits der Gesetzesentwurf mobilisierte – was auch die 366 Stellungnahmen im Begutachtungsprozess zeigen.<sup>17</sup> Letztendlich wurde das Gesetz aufgrund eines Initiativantrags beschlossen. Dazu muss noch angemerkt werden, dass zwischen der Beschlussfassung des Konzepts „Das Team rund um den Hausarzt“ in der Bundes-Zielsteuerungskommission im Jahr 2014 und der Vorlage des Gesetzes im Nationalrat im Jahr 2017 zähe Verhandlungen mit der Ärztekammer zum Gesetzesentwurf stattgefunden haben. Aber was kann mit dem geschaffenen Gesetz (nicht) erreicht werden bzw. wo liegen vielleicht Schwachstellen, bei denen noch nachgebessert werden könnte? Welche Dinge sind positiv hervorzuheben?

Beginnen wir mit den positiven Dingen, die durch das Gesetz erreicht wurden bzw. erreicht werden können. Allein den Umstand, dass die Stärkung der Primärversorgung durch ein eigenes Gesetz erfolgt, gilt es hervorzuheben. Die Definition der Primärversorgungseinheit als „als Einheit auftretender Erstanlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem“ stellt im Rahmen des Versorgungsstufenkonzepts einen wichtigen und positiven Schritt dar. Auch die Zweckwidmung finanzieller Mittel (vgl. § 1 Abs. 2 PrimVG) in der Höhe von 200 Millionen Euro über die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Errichtung und den Betrieb von Primärversorgungseinheiten kann Positives bewirken und kann gerade zu Beginn der Umsetzung einen wichtigen Treiber darstellen. Die Festschreibung der Anforderungen und des Leistungsumfangs der Primärversorgungseinheiten in einem Versorgungskonzept ist ebenfalls ein Schritt in die richtige Richtung und verhindert „Markenschummel“ (ein Verweis auf die ambulante Leistungsmatrix im ÖSG fehlt jedoch).<sup>18</sup> Aber es gibt auch Kritikpunkte. Im Konzept „Das Team rund um den Hausarzt“, das auch die Basis für das Gesetz bildete, ist eine klare inhaltliche

**Abbildung 10: Operatives Ziel 1.1. Bundes-Zielsteuerungsvertrag mit Zielwerten, Messgrößen und Maßnahmen<sup>16</sup>**

Operatives Ziel 1.1	Primärversorgungsmodelle auf- und ausbauen
Messgrößen und Zielwerte	(1) Umgesetzte PV-Einheiten Zielwert: 75  (2) In PV-Einheiten versorgte Bevölkerung Zielvorgabe:  Zusätzlich noch zu entwickelnde Messgröße: Anteil von Fällen mit abgeschlossener Behandlung
Maßnahmen	
Bundesebene	1: Schaffen der für den Auf- und Ausbau der PVE erforderlichen Voraussetzungen; insbesondere PHC-Gesetz, Kompetenzprofile, Richtlinie gemäß § 26 Abs. 4 Z 1 lit. m G-ZG  2: Festlegung von Eckpfeilern für Verträge und Honorierungssysteme  3: Strukturierte Unterstützung bei der Information zur Primärversorgung und bei der Gründung von Primärversorgungseinheiten (z. B. Services zur Gründung, finanzielle Förderungsmöglichkeiten, Rahmenbedingungen) im Sinne des Art. 31 Abs. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG OF

<sup>16</sup> Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene 2017–2021, S. 13.

<sup>17</sup> Vgl. [https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/ME/ME\\_00312/index.shtml](https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/ME/ME_00312/index.shtml), zuletzt abgerufen am 12. September 2017.

<sup>18</sup> Vgl. ÖSG 2017.

**Tabelle 1: Kurzfassung Primärversorgungsgesetz 2017**

§ 2 Primärversorgungseinheit (PVE)	Der Paragraph definiert die groben Rahmenbedingungen einer PVE, welche im restlichen Gesetz konkretisiert werden. Unter anderem wird das Kernteam abgegrenzt, die Primärversorgungstypen und deren Abbildung in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) angesprochen. Außerdem wird das Leistungsspektrum umrissen.
§ 3 Öffentliches Interesse	Hier wird die Wichtigkeit der Primärversorgungseinheiten im Sinne des öffentlichen Interesses dargelegt. Die Primärversorgungseinheiten bieten z. B. eine bessere zeitliche Verfügbarkeit und Erreichbarkeit und ein erweitertes Angebot an Leistungen sowie an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention.
§ 4 Anforderungen an die Primärversorgungseinheit	§ 4 definiert die Anforderungen an eine Primärversorgungseinheit, wobei vor allem eine wohnortnahe Versorgung und gute verkehrsmäßige Erreichbarkeit, bedarfsgerechte Öffnungszeiten mit ärztlicher Anwesenheit, die Einbindung von vorhandenen telemedizinischen, telefon- und internetbasierten Diensten in das Erreichbarkeitskonzept, die Gewährleistung von Hausbesuchen, die Sicherstellung der Kontinuität, das Vorhandensein der notwendigen (medizinisch-)technischen und apparativen Ausstattung und die Teilnahme an nationalen Vorsorge- und Screeningprogrammen und an integrierten Versorgungsprogrammen gefordert werden.
§ 5 Leistungsumfang der Primärversorgungseinheit	Der Leistungsumfang soll grundsätzlich eine möglichst abschließende Akutbehandlung und Langzeittherapien bei chronischen Erkrankungen umfassen. Laut § 5 soll der Leistungsumfang u. a. eine breite diagnostische, therapeutische und pflegerische Kompetenz mit (Zusatz-)Kompetenzen insbesondere für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die Versorgung älterer Personen, die Versorgung von chronisch kranken und multimorbiden Patientinnen und Patienten, die psychosoziale Versorgung, das Arzneimittelmanagement und die Gesundheitsförderung und Prävention beinhalten.
§ 6 Versorgungskonzept	Jede Primärversorgungseinheit hat über ein Versorgungskonzept zu verfügen, welches Regelungen zu den Leistungen (z. B. Versorgungsziele, Leistungsspektrum) und der Organisation (z. B. Aufbau- und Ablauforganisation) der Primärversorgungseinheit zu enthalten hat.
§ 7 Begriffsbestimmungen zu den Verträgen einer Primärversorgungseinheit	Die möglichen Vertragsvarianten im Rahmen der Primärversorgung werden in diesem Paragraphen näher definiert. Es gibt vier Möglichkeiten: Primärversorgungs-Gesamtvertrag, Primärversorgungsvertrag, Primärversorgungs-Einzelvertrag und Primärversorgungs-Sondervertrag.
§ 8 Verträge mit der Primärversorgungseinheit	§ 8 regelt die Beziehungen der Sozialversicherung zu einer Primärversorgungseinheit je Betriebsform und bestimmt die Inhalte der einzelnen Verträge.
§ 9 Primärversorgungseinheiten in Form von Gruppenpraxen	Grundsätzlich sind die bestehenden gesetzlichen Grundlagen anzuwenden. Abweichend davon setzt die Gründung einer Primärversorgungseinheit in Form einer Gruppenpraxis jedoch voraus, dass diese u. a. im RSG abgebildet ist.
§ 10 Primärversorgungseinheiten in Form von selbständigen Ambulatorien	Hier wird die organisatorische und rechtliche Ausgestaltung einer Primärversorgungseinheit in Form eines selbständigen Ambulatoriums festgelegt (z. B. mögliche Rechtsträgerschaft, ärztliche Leitung).
§ 11 Primärversorgungseinheit als Ausbildungseinrichtung	Die Primärversorgungseinheit soll die Funktion als Ausbildungseinrichtung für die Ausbildung von Turnusärzten und -ärztinnen (Lehrpraxen, Lehrgruppenpraxen und Lehrambulatorien) und weiteren Gesundheitsberufen wahrnehmen.
§ 12 Bezeichnungsschutz und Informationspflicht	Die Bezeichnung „Primärversorgungseinheit“ darf nur von nach diesem Bundesgesetz eingerichteten Primärversorgungseinheiten geführt werden. Den Patientinnen und Patienten müssen jegliche Informationen zu Leistungsangebot, Behandlungsvertrag, zeitlicher Verfügbarkeit und Gesundheitsdaten leicht verfügbar gemacht werden.
§ 13 Haftpflichtversicherung	Die Primärversorgungseinheit ist verpflichtet, eine Haftpflichtversicherung mit einer Mindestversicherungssumme von 2 Millionen Euro für jeden Versicherungsfall abzuschließen.
§ 14 Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten	Die Auswahl zur Invertragnahme der Primärversorgungseinheit hat unabhängig von deren Organisationsform nach gleichen objektiven, nicht diskriminierenden und nachvollziehbaren Kriterien zu erfolgen. Die Planungsvorgaben des RSG sollen durch die Gesamtvertragsparteien im Verhandlungsweg im Stellenplan konkretisiert werden. Bei der Auswahl sind insbesondere das Versorgungskonzept und die in der Reihungskriterien-Verordnung bzw. in den darauf beruhenden Reihungs-Richtlinien festgelegten Kriterien heranzuziehen.

Ausrichtung an einer multiprofessionellen Primärversorgung zu erkennen; im Gesetz erscheint diese oftmals durch eine rein ärztlich-medizinische Versorgung ersetzt worden zu sein. Hier zeigt sich, dass die ärztliche Standesvertretung ihre Interessen in den Verhandlungen zum Gesetzesentwurf durchsetzen konnte. So wurde z. B. die Ordinationsassistenz aus dem Kernteam gestrichen. Auch ist die Einbindung von weiteren Angehörigen von Gesundheits- und Sozialberufen eine Kann-Bestimmung, was nicht dem Gedanken von multiprofessionellen Versorgungsteams entspricht. Vor allem die organisatorische Einbindung weiterer Gesundheits- und Sozialberufe bleibt gänzlich offen.

Das Gesetz erscheint außerdem eher organisatorisch getrieben. Es bleibt abzuwarten, ob durch die

organisatorischen Einschränkungen innovative Modelle hintangehalten werden. Ein Gegenbeispiel findet sich z. B. in Deutschland, wo sich § 73b SGB V zur hausarztzentrierten Versorgung<sup>19</sup> fast ausschließlich auf allgemeine inhaltliche Vorgaben beschränkt. Insbesondere wurde jedoch ein heißes Eisen gänzlich ausgespart: die Anstellung von Ärzten/Ärztinnen bei Ärzten/Ärztinnen. Gerade hinsichtlich der neuen Anforderungen an den medizinischen Arbeitsmarkt (z. B. Feminisierung der Medizin, Teilzeitarbeit etc.) wäre dies wahrscheinlich in der Primärversorgung ein wichtiger Schritt gewesen.

Zusammenfassend kann das PrimVG aber als positiver Schritt der Politik zur Forcierung der Primärversorgung in Österreich gesehen werden, wenn gleich künftige Anpassungen wünschenswert wären

19 [https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb\\_5/\\_73b.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5/_73b.html).

(z. B. eine stärkere Verankerung der Multiprofessionalität und Interdisziplinarität). Die ersten Erfahrungen und Effekte des PrimVG in der realen Versorgungswelt gilt es aber zunächst abzuwarten.

## Die Effekte der Politik zur Stärkung der Primärversorgung

### Versuch einer Abschätzung: eine Checkliste

Die Effekte von gesundheitspolitischen Entscheidungen lassen sich anhand der drei Ziele eines Gesundheitssystems (siehe dazu auch Abbildung 2) messen:

1. Wird die Gesundheit verbessert und ist die Verteilung fair (Health Gain und Equity in Health)?
2. Sind Menschen gegen finanzielle Risiken im Krankheitsfall abgesichert und ist die Finanzierung fair (Financial Protection und Equity in Finance)?
3. Bietet das System die richtigen Antworten auf den Bedarf und die Bedürfnisse der Menschen (Patientenorientierung bzw. Responsiveness)?

Eine Ex-post-Bewertung der politischen Schritte zur Stärkung der Primärversorgung der letzten drei bis vier Jahre anhand ihrer Auswirkung auf die oben genannten drei Zielsetzungen erscheint aufgrund des sehr kurzen Beobachtungszeitraums und der Tatsache, dass es bisher erst einige wenige Primärversorgungseinheiten nach neuem Modell in Österreich gibt, nicht adäquat. Im vorliegenden Beitrag wird daher eine Ex-ante-Abschätzung der politischen Schritte anhand einer Abwägung der Effekte der Politik auf die mittelfristigen Zielsetzungen eines Gesundheitssystems (siehe dazu auch Abbildung 2) versucht.

Ein Framework bietet der Bericht des *Expert Panel on effective ways of investing in Health* zum Thema *Typology of health policy reforms and framework for evaluating reform effects*.<sup>20</sup> Dabei ist zu beachten, dass es sich um eine rein qualitative Bewertung handelt:

*“The template does not provide a ‘grade’ or ‘score’ for the reform [...]. The template intends to call attention to the main issues when discussing a reform in health care in a comprehensive yet simple way. Detailed analysis of particular issues may be triggered, a desirable, after use of the template.”<sup>21</sup>*

Anhand der Checkliste werden die Auswirkungen der bisherigen Politikschritte zur Stärkung der Primärversorgung auf die intermediären Ziele

eines Gesundheitssystems qualitativ diskutiert (Tabelle 2).

Insgesamt zeigt dieser kurze Bewertungsversuch, dass die bisherigen politischen Schritte in die richtige Richtung gehen: Sowohl die Servicequalität als auch die medizinische Versorgungsqualität wird sich für die Patientinnen und Patienten vermutlich verbessern. Gleichwohl muss angemerkt werden, dass die neue Primärversorgung als Investition zu verstehen ist, die kurzfristig Mehrkosten verursachen kann, aber längerfristig einen Return on Investment bringen sollte.

### Laufende Arbeiten zur Messung der Effekte der neuen Primärversorgung

Neben der qualitativen Ex-ante-Betrachtung wurden bzw. werden bereits Arbeiten für eine quantitative Ex-post-Betrachtung begonnen, um zu sehen, ob die neue Primärversorgung auch die gewünschten Effekte bringt. So wurde im Rahmen der Gesundheitsreform ein Eckpunktepapier für eine Begleitevaluierung<sup>22</sup> erstellt, das als Leitfaden für die Evaluation von neuen Primärversorgungseinheiten gelten soll. Darin miteingeflossen sind auch die Arbeiten des Instituts für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV) an der Medizinischen Universität Graz, das einen Master-Evaluationskatalog für Primärversorgungseinheiten in Österreich erarbeitet hat.<sup>23</sup> Aufbauend auf diesen Vorarbeiten wurde die erste offizielle Primärversorgungseinheit in Wien (Medizin Mariahilf) evaluiert. Daraus sind bereits einige gewünschte Ergebnisse ersichtlich:

*„Die hohe Zufriedenheit mit den Leistungen des PHC und die starke Inanspruchnahme lassen auf eine Verbesserung in Bezug auf das angebotene Service schließen. Auch suchen PHC-Stammpatientinnen/-patienten signifikant öfter die Primärversorgungsebene und signifikant seltener die Facharztbene auf sowie tendenziell weniger oft die Spitalsambulanzen.*

*Geänderte strukturelle Rahmenbedingungen wie das erweiterte Leistungsangebot, die moderne und funktionale Ausstattung sowie die zusätzlichen Berufsgruppen bergen für die Patientinnen und Patienten sowie das Team viele Vorteile. Die Besonderheiten der neuen Primärversorgungsstruktur sollten jedoch klarer herausgearbeitet und kommuniziert werden. Gesetzliche Rahmenbedingungen, wie etwa eine Anstellung von ÄrztInnen in PHC und ein Honorierungsmodell, das eine anreizorientierte Vergütungskomponente verstärkt*

20 Vgl. Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH), 2016.

21 Ebenda, S. 50 f.

22 Anmerkung: nicht veröffentlicht.

23 Vgl. Semlitsch et al., 2015.

Die bisherigen politischen Schritte gehen in die richtige Richtung.

Tabelle 2: Checkliste

	Steigerung	Keine Veränderung	Reduktion	Prämissen bzw. Rahmen – kritische Punkte
<b>Coverage</b>				
Universality (population covered)		✓		Die neue Primärversorgung bringt keine Änderungen am Kreis der Anspruchsberechtigten mit sich. <sup>24</sup>
Range of benefits covered	↑			Der Versorgungsauftrag laut ÖSG umfasst in der Regel mehr Leistungen und Aufgaben, als dies in den heutigen Honorarordnungen der Krankenversicherungsträger der Fall ist.
Out-of-pocket payments			↓	Wird der im ÖSG 2017 beschriebene Versorgungsauftrag umgesetzt, werden sich durch ein größeres Angebot die Zuzahlungen reduzieren (z. B. beim Impfen).
Timely access to care	↑			Durch die stärkere Gesundheitsorientierung, die Gemeindeorientierung und durch die verlängerten Öffnungszeiten könnte hier eine Verbesserung eintreten.
<b>Equity</b>				
Equity in financing		✓		Die neue Primärversorgung ändert nichts am Finanzierungssystem.
Equity in delivery and use	↑			Durch die gestärkte Primärversorgung werden sich im Bereich der Fairness bei Leistungserbringung und Inanspruchnahme voraussichtlich Verbesserungen einstellen (z. B. durch verbesserte Öffnungszeiten durch Netzwerklösungen in ländlichen Regionen).
Equity in health outcomes				
→ Geographic equity	↑			Wenn die neue Primärversorgung geografisch ausgeglichen und mit vergleichbaren Versorgungsaufträgen ausgestattet wird, könnten sich in einzelnen Indikationen wie z. B. Diabetes die regionalen Versorgungsunterschiede verringern.
→ Socio-economic equity	↑			Durch den bevölkerungsorientierten Ansatz der neuen Primärversorgung werden sich voraussichtlich sozioökonomische Unterschiede in den Outcomes verringern.
<b>Efficiency</b>				
Efficiency in delivery of care				
→ lowers costs for same results			↓	Kosten für die Primärversorgung werden voraussichtlich steigen, da das traditionelle System der Primärversorgung z. B. keine Pflegekraft zwingend vorgesehen hat. Jedoch vermag es die neue Primärversorgung voraussichtlich, die Kosten des Gesamtsystems langfristig zu senken (z. B. durch die Reduktion von Ambulatory Care Sensitive Conditions).
→ increases benefits for same cost	↑			Durch umfangreichere Versorgungsaufträge könnten auch die Kosten steigen; jedoch erwartet man sich einen Rückgang der Kosten in der spezialisierten ambulanten und akuten Versorgung.
→ introduction of new models of work	↑			Neue Formen der Zusammenarbeit können in Netzwerken oder Zentren leichter verwirklicht werden (z. B. Verbesserungen der Work-Life-Balance im Sinne von Teilzeitmodellen oder Teamarbeit).
Efficiency in collection of funds		✓		Die neue Primärversorgung ändert nichts am Beitragsrecht und an der Beitragseinhebung.
<b>Quality of care</b>	↑			Durch die neue Primärversorgung wird ein Rückgang der medizinisch nicht notwendigen Hospitalisierungen erwartet.
<b>Availability of resources</b>				
Human resources	↑			Es wird erwartet, dass sich das Interesse am Berufsbild des Allgemeinmediziners und dessen Image verbessern wird. Auch für die anderen Gesundheitsberufe bietet die neue Primärversorgung neue Arbeitsmöglichkeiten.
Financial resources	↑			200 Millionen Euro wurden laut Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Primärversorgung und neue ambulante Versorgungsmodelle zweckgewidmet.
Fiscal impact on government budget			↓	Primärversorgung wird im Sinne einer Investition in die Gesundheit der Bevölkerung zunächst mehr Geld kosten – ein Return on Investment ist langfristig zu erwarten.

berücksichtigt, würden von den Gesellschaftern begrüßt.“<sup>25</sup>

Neben der Evaluation der einzelnen Projekte sollen aber auch die Auswirkungen auf das Gesamtsystem betrachtet werden. Zu diesem Zweck wurden im Rahmen des Forschungsprojekts DEXHELPP (siehe auch [www.dexhelpp.at](http://www.dexhelpp.at)) Methoden und Indikatoren entwickelt, um die Veränderungen in der Versorgung zu „monitoren“,<sup>26</sup> damit die richtigen Schlüsse

für eine Weiterentwicklung der Primärversorgung gezogen werden können. Nach der theoretischen Entwicklung befindet sich ein Monitoring derzeit im praktischen Aufbau.

### Zusammenfassung

Durch die im Jahr 2013 gestartete Gesundheitsreform ist in den Bereich der Primärversorgung Bewegung gekommen. Die Politik hat den Hand-

24 Für die österreichische Wohnbevölkerung ergibt sich eine Zahl von 8,7 Millionen geschützten Personen bzw. 99,9 Prozent der Bevölkerung (vgl. Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2017, S. 18).

25 GÖG, 2017.

26 Vgl. DEXHELPP, 2016.

**Die ersten Schritte sind gelungen – weitere sollen folgen.**

lungsbedarf erkannt und es wurden nun auch die ersten (politischen) Schritte gesetzt. Weitere sollen allerdings noch folgen.

Die Veränderungen im Gesundheitssystem durch die Stärkung der Primärversorgung müssen jedenfalls evaluiert und „gemonitort“ werden, um eine gute Praxis entdecken und auch um entsprechend nachjustieren zu können. Es muss transparent dargestellt

werden, ob und wie die gewünschten Effekte eintreten und die Patientinnen und Patienten von der neuen Primärversorgung profitieren. Die Erfahrungen anderer Gesundheitswesen zeigen, dass eine Umstellungsphase einige Zeit dauern wird, auch wenn die Akzeptanz in vielen Bereichen bereits jetzt groß ist. Die Stärkung der Primärversorgung wird uns aber jedenfalls noch länger beschäftigen.

## LITERATUR

- Bodenheimer, T., Sinsky, C., From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider, *Ann Fam Med*, 2014, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4226781/>, zuletzt abgerufen am 21. September 2017.
- Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz – PrimVG), 2017, <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009948>, zuletzt abgerufen am 09. August 2017.
- Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG) erlassen wird, 2017, <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009791>, zuletzt abgerufen am 10. September 2017.
- Burkert et al., Ambulatory Care Sensitive Conditions – Potentiell vermeidbare stationäre Aufenthalte, entsprechende Diagnosen, Einflussfaktoren und Empfehlungen zur Durchführung von Untersuchungen, 2014, <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.597297&version=1395642701>, zuletzt abgerufen am 12. September 2017.
- Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung, [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/), zuletzt abgerufen am 20. September 2017.
- Delnoij et al., Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? *J Health Serv Res Policy*, 2000.
- De Maeseneer et al., Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network, 2007, [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_media/primary\\_health\\_care\\_2007\\_en.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/primary_health_care_2007_en.pdf), zuletzt abgerufen am 19. September 2017.
- DEXHELPP, Monitoring Primärversorgung – Methodenentwicklung für eine Umsetzung in Österreich, 2016, <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.628381&version=1456468611>, zuletzt abgerufen am 1. Oktober 2017.
- Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH), Typology of health policy reforms and framework for evaluating reform effects, 3 May 2016, [https://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/sites/expertpanel/files/013\\_healthpolicyreforms\\_reformeffects\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/013_healthpolicyreforms_reformeffects_en.pdf), zuletzt abgerufen am 09. Oktober 2017.
- GÖG, Evaluation des Projekts PHC – Primärversorgungszentrum Medizin Mariahilf, 1. Kurz-Bericht, 2017, [http://www.medizinmariahilf.at/wp-content/uploads/2017/06/kurzbericht\\_evaluierung\\_phc\\_mm\\_1\\_zb.pdf](http://www.medizinmariahilf.at/wp-content/uploads/2017/06/kurzbericht_evaluierung_phc_mm_1_zb.pdf), zuletzt abgerufen am 8. Oktober 2017.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Handbuch der österreichischen Sozialversicherung, 2017, <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.630187&version=1461594513>, zuletzt abgerufen am 13. September 2017.
- Kringos, D., The strength of primary care in Europe, Utrecht University Repository (Dissertation), 2012, <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-Dionne-Kringos-The-strength-of-primary-care.pdf>, zuletzt abgerufen am 19. September 2017.
- Macinko et al., The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998, *Health Serv Res*, 2003.
- OECD, Health Policy Overview, Health Policy in Austria, 2017, <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-Policy-in-Austria-March-2017.pdf>, zuletzt abgerufen am 14. September 2017.
- Semlitsch et al., Primary Health Care (PHC): Erstellung eines Master-Evaluationskatalogs für österreichische PHC-Einrichtungen, 2015, <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.625747&version=1447836108>, zuletzt abgerufen am 23. September 2017.
- Starfield et al., Contribution of primary care to health systems and health, *Milbank Q*, 2005.
- Stigler, F. L., Starfield, B., Sprenger, M., Salzer, H. J. F., Campbell, S. M., Assessing primary care in Austria: room for improvement, *Family Practice*, 2013.
- WHO, Erklärung von Alma-Ata, 1978, [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/132218/e93944G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf), zuletzt abgerufen am 14. Oktober 2017.
- Zielsteuerung-Gesundheit, „Das Team rund um den Hausarzt“ – Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich, 2014, [https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Das\\_Konzept\\_zur\\_Primaerversorgung](https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Das_Konzept_zur_Primaerversorgung), zuletzt abgerufen am 20. September 2017.
- Zielsteuerung-Gesundheit, ÖSG 2017 – Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017, [https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1071/CMS1136983382893/oesg\\_2017\\_-\\_0-fehler\\_20170726.pdf](https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1071/CMS1136983382893/oesg_2017_-_0-fehler_20170726.pdf), zuletzt abgerufen am 10. Oktober 2017.
- Zielsteuerung-Gesundheit, Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene 2017–2021, 2017, [https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/8/6/CH1443/CMS1501063225561/zielsteuerungsvertrag\\_auf\\_bundesebene\\_2017-2021.pdf](https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/8/6/CH1443/CMS1501063225561/zielsteuerungsvertrag_auf_bundesebene_2017-2021.pdf), zuletzt abgerufen am 12. September 2017.
97. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, 2017, <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009929>, zuletzt abgerufen am 09. August 2017.
98. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2017, <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009931>, zuletzt abgerufen am 9. August 2017.