

# **Masterarbeit**

***„Primärversorgung in Österreich –Vergleich mit dem Gesundheitssystem in England mit besonderer Berücksichtigung der Kosten- und Finanzierungsaspekte“***

eingereicht von

**Nedelko Martin, BSc**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Science**

**(MSc)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

**Institut für Pflegewissenschaften**

Unter der Anleitung von

**Mag. Dr. Pöttler Gerhard**

Graz, am 28.10.2018

## **Eidesstattliche Erklärung**

*Eidesstattliche Erklärung Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.*

*Graz, am 28.10.2018*

*Martin Nedelko, BSc eh*

# Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung .....	II
Abkürzungen .....	V
Abbildungsverzeichnis.....	VI
Tabellenverzeichnis.....	VII
Zusammenfassung .....	VIII
Abstract .....	IX
1 Einleitung .....	10
1.1 Forschungsfrage.....	11
1.2 Zielsetzung und Aufbau.....	11
2 Methode .....	11
3 Das Gesundheitssystem in Österreich .....	13
3.1 Die Sozialversicherungsträger .....	13
3.2 Finanzierung.....	14
3.3 Leistungserbringung.....	16
4 Das Gesundheitssystem in England.....	18
4.1 National Health Service .....	18
4.2 Finanzierung NHS .....	19
4.3 Leistungen des NHS.....	20
4.4 Organisation und Versorgung .....	21
5 Primäre Gesundheitsversorgung in Österreich .....	22
5.1 Politischer Hintergrund und Dokumentation.....	22
5.2 Allgemeine Betrachtung .....	23
5.3 Gegenwärtige Situation der Primärversorgung.....	24
5.3.1 Der Anteil der Allgemeinmedizin an der niedergelassenen Versorgung.....	25
5.3.2 Gegenüberstellung der ambulanten Behandlung.....	27
5.3.3 Unterschiede in den einzelnen Bundesländern.....	29
5.4 Image der hausärztlichen Profession.....	30
5.5 Ziele in der Primärversorgung .....	31
5.5.1 Neue Primärversorgung .....	32

6	Primäre Gesundheitsversorgung in England.....	39
6.1	Allgemeiner Überblick .....	39
6.2	Gegenwärtige Situation in England .....	41
6.2.1	Wahl des Hausarztes .....	43
6.2.2	„Gatekeeping“ .....	44
6.2.3	Quality and Outcomes Framework (QOF).....	46
6.3	Ziele in der Primärversorgung – NHS vor größter Reform.....	46
6.3.1	Reformen .....	47
6.3.2	Struktur nach der Reform .....	49
7	Gegenüberstellung der Versorgung- und Vergütungsebene.....	50
8	Gegenüberstellung der Gesundheitsausgaben und Entwicklungen in der Primärversorgung	53
8.1	Österreich .....	53
8.1.1	Entwicklung in Österreich .....	56
8.2	England .....	59
9	Diskussion und Schlussfolgerung.....	62
10	Literaturverzeichnis .....	66

## Abkürzungen

A & E	→ Accident & emergency
BIP	→ Bruttoinlandsprodukt
BMG	→ Bundesministerium für Gesundheit
CCG	→ Clinical Commissioning Group
GDÜ	→ Gross domestic product
GA	→ Gesundheitsausgaben
GP	→ General Practitioner
ELGA	→ Elektronische Gesundheitsakte
KAL	→ Katalog ambulanter Leistungen
MEL	→ Medizinische Einzelleistung
NHS	→ Nation Health Service (öffentlicher Gesundheitsdienst UK)
NHSCB	→ NHS Commissioning Board
OECD	→ Organisation for Economic Co-operation and Development
OEFOP	→ Österreichisches Forum für Primärversorgung
PrimVG	→ Primärversorgungsgesetz
PV	→ Primärversorgung
PCTs	→ Primary Care Trusts
PVE	→ Primärversorgungseinrichtung
PVS	→ Primärversorgungssysteme
PPP	→ Purchasing power parity
QOF	→ Quality and Outcomes Framework
SHAs	→ System of Health Accounts
SV	→ Sozialversicherung
WHO	→ World Health Organization

## Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1 - ORGANISATION DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNG	14
ABBILDUNG 2 - VERTEILUNG DER GESUNDHEITSAUSGABEN 2011	16
ABBILDUNG 3 - ANTEIL DER ALLGEMEINMEDIZIN AN DEN KONSULTATIONEN IM NIEDERGELASSENEN BEREICH.	26
ABBILDUNG 4 - INANSPRUCHNAHME VON FACHÄRZT/INNEN OHNE HAUSÄRZT/INNENKONTAKT IN 12 MONATEN.	29
ABBILDUNG 5 - DAS TEAM RUND UM DEN PATIENTEN BZW. DIE PATIENTIN	33
ABBILDUNG 6 - VERTEILUNG DER ERGEBNISSE NACH ERGEBNISPARAMETER	45
ABBILDUNG 7 - DARSTELLUNG DES GESUNDHEITSSYSTEMS IN ENGLAND 2010	48
ABBILDUNG 8- STRUKTUR DES NHS ENGLAND NACH DER REFORM	49
ABBILDUNG 9 - GESUNDHEITSAUSGABEN 2011	54
ABBILDUNG 10 - GESUNDHEITSAUSGABEN IN % DES BIP	55
ABBILDUNG 11 - FINANZIERUNG DER GESUNDHEITSAUSGABEN	60

## Tabellenverzeichnis

TABELLE 1 - GESUNDHEITSAUSGABEN UK, 1980-2008	19
TABELLE 2 - AMBULANTE BEHANDLUNG DURCH EINEN ALLGEMEINMEDIZINER/IN	27
TABELLE 3 - AMBULANTE BEHANDLUNG DURCH SPITALS- ODER UNFALLAMBULANZ	28
TABELLE 4 - ZAHL DER GRUPPENPRAXEN IN ÖSTERREICH	34
TABELLE 5 - GEGENÜBERSTELLUNG HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG	50
TABELLE 6 - GEGENÜBERSTELLUNG FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG	51
TABELLE 7 - GEGENÜBERSTELLUNG DER VERGÜTUNG	51
TABELLE 8 - GEGENÜBERSTELLUNG VERSORGUNGSINDEX	52
TABELLE 9 - GESUNDHEITSAUSGABEN IN ÖSTERREICH	54
TABELLE 10 - KURZFASSUNG PRIMÄRVERSORGUNGSGESETZ 2017	57
TABELLE 11 - BEWERTUNG DER PRIMÄRVERSORGUNG	58
TABELLE 12 - GESUNDHEITSSTATISTIK	60

## Zusammenfassung

**Einleitung:** Die Stärkung der Primärversorgung nach internationalen Vorbild ist ein zentrales Anliegen der Gesundheitsreform. Ziel der Gesundheitsreform ist die Gesundheit besser zu fördern und Krankheiten zu vermeiden. Die bestehende Form der Primärversorgung soll dahingehend weiterentwickelt werden, dass das Zusammenwirken von Ärztinnen und Ärzten mit den verschiedenen anderen Gesundheitsberufen das bestmögliche Ergebnis für den Patienten bzw. die Patientin bietet.

**Ziel:** Das Ziel dieser Arbeit ist es, einen Vergleich zwischen den Ländern Österreich und England in Bezug auf die Primärversorgung herzustellen und dabei die Kosten und Einsparungspotenziale zu analysieren.

**Methode:** Um diese Thematik zu behandeln, wurde die Methodik der Literaturrecherche gewählt. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde sowohl eine un-systematische, wie auch eine systematische Literaturrecherche herangezogen.

**Ergebnisse:** Die Gegenüberstellung der beiden Länder hat gezeigt, dass trotz unterschiedlicher Zugänge zur primären Versorgung, ähnliche strukturelle Probleme vorliegen. Es hat sich gezeigt, dass bis dato keine Kosten durch die „neue“ Primärversorgung eingespart werden konnten. Für den Patienten bzw. die Patientin ergeben sich durch die neue Gesundheitsreform zahlreiche Vorteile, weshalb es wichtig ist die Primärversorgung weiterhin zu etablieren.

**Schlussfolgerung:** Die beschlossenen Inhalte der Gesundheitsreform müssen nun in den Prozess der Primärversorgung einfließen. Kurzfristig werden sich dadurch keine Kostenersparungen ergeben, jedoch sollte langfristig gesehen ein positiver Return on Investment entstehen.

## **Abstract**

**Introduction:** The strengthening of primary care according to international standards is a central topic of the health care reform. The goal is to improve health and to avoid diseases. Primary care should be further developed in such a way that it provides the best possible result for the patient in cooperation with physicians and other health professions.

**Objective:** The aim of this work is to compare the countries of Austria and England in terms of primary care and to analyze the costs and savings potential.

**Method:** In order to deal with this topic, the literature search was chosen as the methodology. An unsystematic and a systematic literature search was used to answer the research question.

**Results:** The comparison of the two countries has shown that although there are different approaches to primary care, there are similar structural problems. It has been shown that currently no costs could be saved by the „new“ primary care. For the patient, the new health care reform offers numerous advantages, that's the reason why it's important to establish primary care.

**Conclusion:** The content of the health care reform must now be incorporated into the process of primary care. In the short term, the new reform will not lead to any cost savings, but in the long term a positive return on investment should be created.

## 1 Einleitung

Mit dieser Arbeit möchte ich näher auf die Thematik der Primärversorgung in Österreich unter besonderer Berücksichtigung der Kosten- und Finanzierungsaspekte eingehen.

Primärversorgung ist die erste Anlaufstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen. Tagtäglich findet sie heute in den Ordinationen der Hausärztinnen und Hausärzte sowie in Spitälern statt. Dadurch das sich unsere Bedürfnisse laufend ändern, befindet sich unser Gesundheitssystem im Wandel. Bis 2025 werden ca. 60% der Hausärztinnen und Hausärzte, welche derzeit einen Kassenvertrag oder mehrere Verträge mit Sozialversicherungsträgern haben, das Pensionsalter erreichen. Die Politik reagiert auf diese Veränderungen und fördert die Primärversorgung verstärkt, um das Gesundheitssystem für die Zukunft „fit“ zu machen (Sozialministerium, 2017).

Gesundheitssysteme in denen Ärztinnen und Ärzte der Primärversorgung den Zugang zur Sekundär- und Tertiärversorgung steuern, werden als Hausarztssysteme bezeichnet. In Europa existieren unterschiedliche Ausgestaltungen dieses Systems, jedoch bilden zwei Charakteristika eine entscheidende Funktion:

- 1.) Patientinnen und Patientenbindung
- 2.) „Gatekeeper– Funktion“

Ad1.) Bei dieser Bindung werden die Versicherten aufgrund ihres Wohnortes einer Hausärztin bzw. einem Hausarzt zugeteilt oder können aus einer entsprechenden Liste wählen. Die Ärztinnen und Ärzte sind die erste Anlaufstelle bei der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und führen die Patientinnen- und Patientenakte.

Ad2.) Bei der „Gatekeeper– Funktion“ behandelt die Hausärztin bzw. der Hausarzt möglichst viele Fälle selbst. Sehr kranke, bzw. Patientinnen und Patienten die spezieller diagnostischer oder therapeutischer Methoden bedürfen, werden an eine Fachärztin bzw. einen Facharzt (Sekundärversorgung) oder an ein Krankenhaus (Tertiärversorgung) überwiesen (Spalek, 2009, S. 1f.).

Ein Vergleich der Gesundheitsausgaben der europäischen Union zeigt, dass die Kosten in einem komplexen System wie dem Gesundheitswesen von einer Vielzahl von steuerbaren und nicht steuerbaren Funktionen abhängen. Auffallend ist jedoch, dass die Kosten in Ländern mit Hausarztssystem (z.B. England) systematisch geringer sind, als in Ländern ohne Hausarztssystem (z.B. Österreich). Betrachtet man die Ausgaben für Gesundheit im Verhältnis zum Bruttoinlandprodukt (BIP), so erkennt man, dass England mit unter 8% des BIP einen sehr guten, weit geringeren Wert aufweisen kann und Österreich im direkten Vergleich mit 11% des BIP einen deutlich schlechteren Wert aufweist (Spalek, 2009, S. 5f).

### **1.1 Forschungsfrage**

Wie wirkt sich der unterschiedliche Zugang der Primärversorgung auf die Ausgaben im Gesundheitsbereich aus und in wieweit ergeben sich Einsparungspotenziale?

### **1.2 Zielsetzung und Aufbau**

Ich möchte mit dieser Arbeit die Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen bezüglich der Primärversorgung in Österreich und England aufzeigen. In vertiefender Weise soll untersucht werden, wie diese Gesundheitssysteme finanziert werden, bzw. wie einzelne Kostenaspekte ausschlaggebend für die Patientinnen- und Patientenversorgung sind.

## **2 Methode**

Um diese Thematik zu behandeln wurde die Methodik der Literaturrecherche gewählt. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde sowohl eine unsystematische als auch eine systematische Literaturrecherche durchgeführt.

Um sich einen besseren Überblick über diese Thematik zu verschaffen wurde zunächst in Suchmaschinen wie google, bing, google scholar mit den Schlüsselwörtern „Primärversorgung“, „Hausarzt“, „Gesundheitsausgaben“, „Gesundheitssystem“, „Kosten“, „Österreich“, „England“, „NHS“ und „gatekeeping“ gesucht. Zusätzlich wurde in diversen Büchern und „working papers“ recherchiert.

Für die systematische Literaturrecherche wurden die Datenbanken PubMed, CINAHL und OVID herangezogen und folgende Begriffe verwendet:

„Funding“, „england“, „NHS“, „copayments“, „private care“, „self selection“, „general practioners“, „costs“, „austria“, „government“, „state“, „nation“, „country“, „payment“ und „capitation“.

Durch unterschiedlichste Kombinationen wurde eine Trefferanzahl von ca. 130 Titel erzielt, welche anschließend unter besonderer Berücksichtigung der Forschungsfrage weiter eingegrenzt wurden. Somit ergab sich für diese Arbeit eine gute Mischung an literarischer Quellen aus Büchern, Artikeln, Zeitschriften und diversen Reviews.

### **3 Das Gesundheitssystem in Österreich**

Das österreichische Gesundheitssystem ist durch die föderalistische politische Struktur des Landes, die Delegation von Kompetenzen an die selbstverwalteten Akteure und Akteurinnen des Sozialversicherungssystems, sowie durch übergreifende Strukturen auf Bundes- und Landesebene, die über Kompetenzen zur kooperativen Planung, Koordinierung und Finanzierung verfügen, geprägt. Fast alle Bereiche des Gesundheitswesens fallen primär in die Kompetenz des Bundes. Die wichtigste Ausnahme betrifft hier das Krankenanstaltenwesen. Hier besitzt der Bund nur die Grundsatzgesetzgebungskompetenz, die Kompetenz über die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung obliegt den neun Bundesländern. Im ambulanten Sektor, aber auch im Rehabilitationssektor und im Arzneimittelbereich wird die Gesundheitsversorgung durch Verhandlungen zwischen den „noch“ 21 Krankenversicherungsträgern bzw. dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungen und den als Körperschaft öffentlichen Rechts organisierten Kammern organisiert. Das öffentliche Gesundheitswesen bzw. der öffentliche Gesundheitsdienst und deren Verwaltung sind ein geteilter Aufgabenbereich von Bund, Ländern und Gemeinden. Aufgabe der Länder ist die Sicherstellung der stationären Versorgung. Außerdem werden Leistungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention angeboten. Die Träger der Sozialhilfe und Sozialfürsorge sind die Gemeinden (Hofmarcher & Rack, 2006, S. 13f).

#### **3.1 Die Sozialversicherungsträger**

Die österreichische Sozialversicherung (SV) beruht auf den Prinzipien der Pflichtversicherung, Solidarität und Selbstverwaltung, diese wird überwiegend durch Versicherungsbeiträge finanziert und umfasst die Zweige der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung. Derzeit gibt es 21 Sozialversicherungsträger mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger als Dachorganisation (siehe Abb.1) (Bundesministerium für Gesundheit, 2013, S. 7).



**Abbildung 1 - Organisation der österreichischen Sozialversicherung.** Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2013)

Mit der Pflichtversicherung entsteht das Versicherungsverhältnis kraft Gesetz, dieses tritt üblicherweise bei Aufnahme einer Erwerbstätigkeit ein. Die Höhe der Beitragszahlungen ist unabhängig vom individuellen Risiko des Versicherten, da durch die große Anzahl an Versicherten eine breite Risikostreuung gewährleistet wird. Selbstständige, freiwillig Versicherte müssen die Aufnahme in die Versicherungsgemeinschaft selbst beantragen (Bundesministerium für Gesundheit, 2013, S. 7).

### 3.2 Finanzierung

Die solidarische Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems gewährleistet den Patientinnen und Patienten, unabhängig von ihrem Einkommen, Alter, Geschlecht und ihrer Herkunft, einen rechten Zugang zu Gesundheitsleistungen. Das Gesundheitssystem finanziert sich durch eine Mischung aus einkommensabhängigen Sozialversicherungsbeiträgen, steuerfinanzierten öffentlichen Geldern und aus privaten Zuzahlungen in Form von Kostenbeteiligungen (Bundesministerium für Gesundheit, 2013, S. 19).

Basierend auf der betriebenen Kompetenzverteilung liegt die Spitalsfinanzierung zum großen Teil in den Händen der Länder. Das gesamte Budget für die Krankenanstalten, das einerseits von den Versicherungsträgern, andererseits von Bund, Ländern und Gemeinden finanziert wird, ist Teil der Finanzausgleichsverhandlungen. Die Gesundheitsausgaben im extramuralen Bereich werden fast ausschließlich von der sozialen Krankenversicherung abgedeckt (Pöttler, 2014, S. 327f).

Im Jahr 2004 finanzierte diese rund 45,3% der Gesundheitsausgaben. Bund, Länder und Gemeinden trugen 2004 auf der einen Seite 25% der Gesundheitsausgaben und auf der anderen Seite wurden 25% der Ausgaben privat finanziert. Österreich wendete rund 23 Milliarden Euro für das Gesundheitswesen auf, was rund 9,6% des BIP entsprach (Hofmarcher & Rack, 2006, S. 14).

Im Jahr 2011 wurden 10,8% des BIP in Gesundheit investiert, dies entspricht einer Summe von rund 32,4 Milliarden Euro (Bundesministerium für Gesundheit, 2013, S. 19).

Im Zeitraum von 2004 bis 2016 stiegen die laufenden Gesundheitsausgaben in Österreich im Durchschnitt um 3,8% pro Jahr, die öffentlichen laufenden Ausgaben von 17.267 Millionen Euro auf 27.331 Millionen Euro. Von den öffentlich laufenden Gesundheitsausgaben für das Jahr 2016 entfiel mit 46,1% der größte Anteil auf Leistungen der stationären Versorgung (inkl. Pflegeleistungen). Neben den Ausgaben für ambulante Leistungen (25,3%) waren die pharmazeutischen Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter (13,4%) sowie die häusliche Pflege (8,6%) die wesentlichen Ausgabenkategorien (Statistik Austria, 2018).

Der größte Teil der Gesundheitsausgaben fließt jährlich in die stationäre Versorgung, gefolgt vom ambulanten Bereich (siehe Abb.2). Wie die meisten Länder ist auch Österreich mit steigenden Gesundheitsausgaben konfrontiert. Von 2001 bis 2011 sind die Gesundheitsausgaben pro Kopf jährlich um durchschnittlich 3,7% gestiegen (Bundesministerium für Gesundheit, 2013, S. 20).

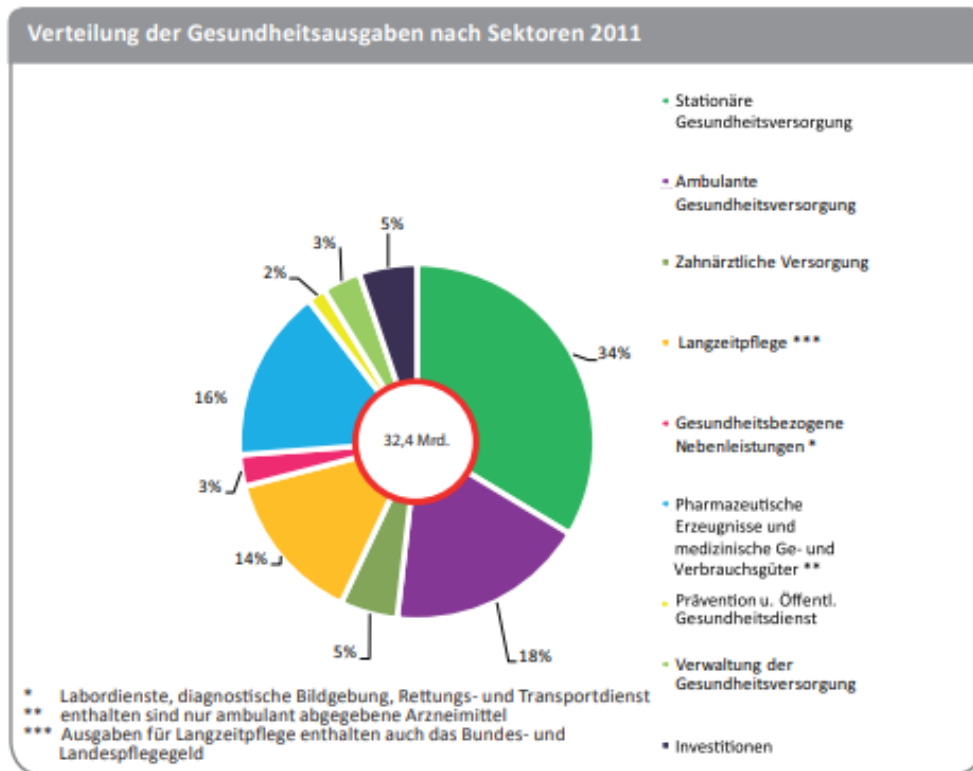


Abbildung 2 - Verteilung der Gesundheitsausgaben 2011. Quelle: OECD (2011)

Das österreichische Gesundheitswesen ist nicht nur von sozialer Bedeutung, sondern auch ein beachtlicher Wirtschaftsfaktor, denn mit einem Anteil von 9,7% der gesamten österreichischen Wertschöpfung entspricht das umgerechnet 445.000 Vollzeitarbeitsplätzen (Bundesministerium für Gesundheit, 2013, S. 20f).

### 3.3 Leistungserbringung

Der öffentliche Gesundheitsdienst liegt in der Kompetenz der neun Bundesländer, welche die meisten Aufgaben an Bezirksverwaltungsbehörden dezentrieren oder an die Kommunen devolvieren. Der Gesundheitsdienst ist für die Gesundheitsberichterstattung, den Infektionsschutz, die sanitätspolizeiliche Überwachung, Umwelthygiene, die Mutter-Kind Vorsorge und schulärztliche Versorgung verantwortlich. Im Jahre 1998 wurde der „Fonds Gesundes Österreich“ gegründet, der ergänzend Gesundheitsförderungsinitiativen aus den Einnahmen der Umsatzsteuer finanziert wird. Seit dem Jahr 2005 sind Gesundheitsförderung und Prävention auch

als Teilaufgabe der Gesundheitsplattformen definiert, welche die Ländergesundheitsfonds leiten und die Gesundheitsversorgung sektorübergreifend steuern sollen (Hofmarcher & Rack, 2006, S. 15f).

Österreich weist ein sehr dichtes Netz an medizinischen Versorgungseinrichtungen auf. Im Jahr 2011 gab es 273 Krankenanstalten mit rund 64.000 Betten, 23.000 Ärztinnen und Ärzte, sowie mehr als 85.000 Personen in weiteren Gesundheitsberufen. 80% des Personals waren Pflegekräfte. Österreich verfügt über eine sehr hohe Ärztedichte. Auf 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner kamen zum Jahresende 2011 rund 4,75 Ärztinnen und Ärzte. Den Großteil der ambulanten medizinischen Versorgung übernahmen 2011 900 Ambulatorien sowie rund 19.500 Ärztinnen und Ärzte, die im niedergelassenen Bereich tätig waren (Bundesministerium für Gesundheit, 2013, S. 4f).

## **4 Das Gesundheitssystem in England**

### **4.1 National Health Service**

Das „Mutterland“ des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist Großbritannien. Im Jahre 1946 wurde der National Health Service (NHS) eingeführt und existiert dort seit fast 70 Jahren als nationaler Gesundheitsdienst, der für alle Einwohnerinnen und Einwohner Großbritanniens die gesundheitliche Vorsorge sicherstellt. Der NHS wird aus den Steuermitteln des Zentralstaats finanziert, wird jedoch von den Staaten England, Nordirland, Schottland und Wales separat verwaltet. In England wird die Gesundheitsversorgung seit dem Jahr 2006 durch 10 regionale Gesundheitsbehörden (Strategic Health Authorities – SHAs) gesteuert. Die Versorgung durch den NHS wird über 151 lokale Gesundheitsdienste (Primary Care Trusts – PCTs) organisiert. Diese sind im Durchschnitt für jeweils 340.000 Einwohnerinnen und Einwohner zuständig. Die PCTs sind die eigentlichen Durchführungsorgane des NHS. Sie organisieren und finanzieren mit ihren Budgets die ambulante und stationäre Versorgung durch Verträge mit den einzelnen Leistungserbringern (Schölkopf & Pressel, 2014, S. 14).

Der NHS in England beschäftigt sich alle 36 Stunden mit über 1 Million Patientinnen und Patienten und umfasst Vorsorgeuntersuchungen, Routineuntersuchungen (NHS – Gesundheitscheck), Behandlungen für Langzeitbindungen, Transplantationen, Notfallbehandlungen und die Pflege im Alter. Im Jahr 2014 erklärte der Commonwealth Fund, dass der NHS im Vergleich zu den Gesundheitssystemen in zehn anderen Ländern (darunter Australien, Kanada, Frankreich, Deutschland, Niederlande, Neuseeland, Norwegen, Schweden, Schweiz und USA) am eindrucksvollsten sei. Der NHS wurde als das beste System in Bezug auf Effizienz als effektive, sichere, koordinierte und patientenorientierte Pflege und kostenbezogene Probleme eingestuft. Der NHS beschäftigt mehr als 1,5 Millionen Menschen und gehört zu den fünf größten Arbeitgebern der Welt (National Health Service, 2018).

## 4.2 Finanzierung NHS

In Großbritannien werden derzeit rund 10% des BIP für Gesundheitsausgaben aufgewendet. Betrachtet man die Entwicklung der letzten 15 Jahre, so ist ein erheblicher Anstieg zu konstatieren. Während der Anteil der Gesundheitsausgaben gemessen am BIP Mitte der 90er Jahre noch bei 6,6% lag (siehe Tab. 1), lag er zehn Jahre später bereits zwei Prozent höher und liegt derzeit bei ca. 9,4%, also ziemlich genau beim OECD- Durchschnitt von 9,3%. Dieser Steigerungsrate um ungefähr 50% entspricht auch die Zunahme der absoluten Gesundheitsausgaben. Diese stiegen Mitte der 90er Jahre von rund 50 Milliarden Pfund auf über 125 Milliarden Pfund. Pro Kopf gerechnet wurden im Jahr 2011 in Großbritannien etwas mehr als 3.400 US- Dollar für Gesundheit ausgegeben (Schölkopf & Pressel, 2014, S. 14f).

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2008
Gesundheitsausgaben gesamt ( % GDP)	5,6	5,8	5,9	6,8	7,0	8,3	8,7
Gesundheitsausgaben pro Kopf (Pfund)	231	369	586	863	1168	1719	1852
Gesundheitsausgaben pro Kopf (Dollar PPP)	468	689	960	1347	1837	2701	3129
Öffentliche Ausgaben (% total)	89,4	85,8	83,6	83,9	79,3	81,9	82,6
Private Ausgaben (% total)	10,6	14,2	16,4	16,1	20,7	18,1	17,4
Private Zahlung (Gesundheitsausgaben gesamt)	8,6	Na	10,6	10,9	13,4	11,8	11,1
Privatversicherung (% (Gesundheitsausgaben gesamt)	1,3	2,5	3,3	3,2	1,6	1,4	1,2

Tabelle 1 - Gesundheitsausgaben UK, 1980-2008. Quelle: OECD (2010a) – eigene Darstellung

Der NHS finanziert sich zum weitaus größten Teil (ca. 83%) aus allgemeinen Steuereinnahmen des Zentralstaats, zu einem kleinen Teil aber auch aus Sozialversicherungsbeiträgen des National Insurance Fund, also der nationalen Sozialversicherung, in die alle Erwerbstätigen und Arbeitgeber bzw. Arbeitgeberinnen, wie auch Selbstständige, einzahlen. Für die Verschreibung von Arzneimitteln sind jeweils 7,65 Pfund zu entrichten, für eine zahnmedizinische Behandlung kann eine Selbstbeteiligung bis 194 Pfund anfallen. Für Geldleistungen bei Krankheit und Mutterschaft, Invalidität, Hinterbliebene, Alter und Arbeitslosigkeit gibt es einen globalen

Beitrag. Arbeitgeber bzw. Arbeitgeberinnen müssen 13,8%, Arbeitnehmer bzw. Arbeitnehmerinnen 12% ihres Bruttoeinkommens entrichten (Schölkopf & Pressel, 2014, S. 14f).

### **4.3 Leistungen des NHS**

Die Leistungen des NHS stehen der gesamten Bevölkerung zur Verfügung. Die medizinischen Leistungen werden nach dem Sachleistungsprinzip gewährt und sind prinzipiell kostenlos. Sie erstrecken sich auf

- ärztliche und zahnärztliche Behandlung
- Arzneimittel
- Heil- und Hilfsmittel
- stationäre Versorgung
- Entbindungs- und Rehabilitationsmaßnahmen
- Mutterschutz und Präventionsleistungen.

Auf der einen Seite steht dem NHS der umfassende Leistungskatalog zur Verfügung, auf der anderen Seite ist es dem NHS nicht immer möglich ihren Patientinnen und Patienten überhaupt oder jedenfalls diese Leistungen in einem angemessenen Zeitraum zur Verfügung zu stellen. Eines der größten Probleme des NHS sind die Wartelisten der stationären Versorgung. Gründe dafür sind eine Folge unzureichender finanzieller Mittel und fehlende Behandlungskapazitäten. Davon betroffen sind vor allem jene mit nicht lebensbedrohlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Die britische Regierung hat sich diesem Problem in den letzten Jahren verstärkt angenommen und die finanziellen Möglichkeiten des NHS deutlich verbessert. Zwischen 2002/2003 und 2007/2008 stiegen die Ausgaben des englischen NHS um mehr als 50% von 63 Milliarden auf 96 Milliarden britische Pfund. Eines der Hauptziele war die Erweiterung der Krankenhauskapazitäten. Während im März 1997 rund 1,1 Millionen Engländerinnen und Engländer auf eine Krankenhausbehandlung warten mussten (davon 570.000 länger als 13 Wochen und 283.000 länger als 26 Wochen), waren es im November 2008 insgesamt nur noch rund 551.000 (davon noch 31.000 länger als 13 Wochen und 56 Personen länger als 26 Wochen) (Schölkopf & Pressel, 2014, S. 15f).

Neben den medizinischen Leistungen sieht Großbritanniens Gesundheitssystem auch Geldleistungen vor. Im Krankheitsfall zahlt der Arbeitgeber bzw. die Arbeitgeberin bis zu sieben Monate lang eine Pauschale als Lohnfortzahlung – im Anschluss daran gewährt die Sozialversicherung arbeitsunfähigen Bürgerinnen und Bürgern Krankengeld (Schölkopf & Pressel, 2014, S. 15f).

#### **4.4 Organisation und Versorgung**

Die ambulante hausärztliche Versorgung erfolgt in Großbritannien in der Regel über bei den PCTs angestellten oder häufiger an diese vertraglich gebundenen Hausärztinnen und Hausärzte, die in eigenen oder Gemeinschaftspraxen arbeiten. Beim Erreichen bestimmter Ziele (z.B. Impfquoten) gibt es seit einigen Jahren Bonuszahlungen. In Großbritannien besteht grundsätzlich freie Arztwahl. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass der ausgewählte Arzt bzw. die ausgewählte Ärztin auch zustimmt. Finden die Patientinnen und Patienten keinen Ansprechpartner bzw. Ansprechpartnerin, kann sie das PCT auf die Liste einer Praxis setzen. Die ambulante fachärztliche Versorgung ist ausschließlich im Krankenhaussektor angesiedelt, die Hausärztinnen und Hausärzte haben eine „Gatekeeper- Funktion“ inne. Die Konsultation von Fachärztinnen und Fachärzten ist im NHS nur nach Überweisung durch den Hausarzt bzw. die Hausärztin möglich, einen direkten Zugang zur fachärztlichen Versorgung gibt es im NHS nicht. Jedoch praktizieren viele angestellte Fachärztinnen und Fachärzte auch privat (Schölkopf & Pressel, 2014, S. 16).

## 5 Primäre Gesundheitsversorgung in Österreich

### 5.1 Politischer Hintergrund und Dokumentation

In Österreich gab es für die Dokumentation der Inanspruchnahme von ambulanten Versorgungsangeboten lange keine gesetzliche Basis. Als Informationsquelle gab es bislang lediglich die Abrechnungsdaten der Krankenkassen, die aufgrund der fehlenden Diagnosen- Codierung für gesundheitsstatistische Analysen nicht geeignet waren. An der Implementierung einer gesetzlichen Vorgabe und eines Dokumentationssystems im ambulanten Bereich arbeiteten seit Jahren ein Projektleitungsausschuss unter Beteiligung des Gesundheitsministeriums, der Bundesländer und der Sozialversicherungsträger. In der nunmehr gültigen 15a Vereinbarung zur „Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“ wurde in Artikel 37 „Sicherstellung und Weiterentwicklung der Dokumentation“ u.a. festgelegt, dass medizinische Leistungen über den gesamten ambulanten Bereich sprich:

- Spitalsambulanzen
- selbständige Ambulatorien mit Kassenverträgen
- Einrichtungen der Versicherungsträger
- niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte mit Kassenverträgen
- Gruppenpraxen mit Kassenverträgen

ab 01. Jänner 2014 bundesweit nach dem seit 2010 in Pilotprojekten getesteten Katalog ambulanter Leistungen (KAL) im Rahmen eines Berichtswesens in pseudonymisierter Form dem Bund zu melden sind. Der KAL wird einer periodischen Wartung und Weiterentwicklung unterzogen. Bund, Länder und Sozialversicherungen haben dafür zeitgerecht die notwendigen Rahmenbedingungen in fachlicher, rechtlicher, technischer und organisatorischer Hinsicht und damit ab 2014 vergleichbare Datengrundlagen über den gesamten ambulanten Bereich sicherzustellen. Die Novelle des Dokumentationsgesetzes hat nach *Pöttler (2014)* zwei inhaltliche Schwerpunkte:

- die österreichweite Verpflichtung zur Dokumentation ambulant erbrachter Leistungen unter Nutzung des vom BMG herausgegeben Katalogs ambulanter Leistungen, der gemeinsam mit dem Katalog medizinischer Einzelleistungen (MEL – Katalog) für den stationären Bereich einen durchgehenden Gesamtkatalog mit gleicher Systematik erarbeitet wurde und
- die Einführung der Pseudonymisierung – ab 2014 für den gesamten ambulanten und ab 2015 auch für den stationären Bereich (Daten der KAL- Pilotbundesländer werden bereits rückwirkend ab 2013 pseudonymisiert).

Für die ambulante Dokumentation ab 2014 stellt das BMG den Landesgesundheitsfonds und den von ihnen finanzierten Krankenanstalten das Programmpaket ADok samt Dokumentationshandbuch, Quellcode und Stammdaten zur Verfügung. Es dient zur Unterstützung bei der Erstellung der Datenmeldung für das Berichtswesen gemäß Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen und bei der Implementierung von Plausibilitätsprüfungen auf die zu exportierenden Daten. Die Sozialversicherungen (SV) verwenden für die Erfassung dieser Daten ein eigenes EDV- Tool (Pöttler, 2014, S. 227f).

## **5.2 Allgemeine Betrachtung**

Es wurde bereits früh erkannt, dass die primäre Gesundheitsversorgung die Basis eines gut funktionierenden Gesundheitssystems bildet. Deshalb hat sich die Staatingemeinschaft auf der World Health Organization (WHO)- Konferenz zur Stärkung der Primärversorgung (PV) entschlossen. Bei der PV handelt es sich um die erste Ebene eines Gesundheitswesens, in der ein Großteil der Arzt– Patienten Kontakte stattfindet. Im Auftrag der europäischen Union wurde eine Vergleichsstudie durchgeführt, die gezeigt hat, dass Österreich als Land mit einer schwach ausgeprägten Primärversorgung einzuschätzen ist. Gründe dafür sind die freie Arzt- bzw. Ärztinnenwahl, der direkte Zugang zu Fachärztinnen und Fachärzten, sowie zu den einzelnen Krankenhäusern. Daher sind die Bestrebungen der aktuellen Gesundheitsreform zu begrüßen, die eine Stärkung der Primärversorgung nach internationalen Anliegen beinhaltet, auch wenn in diesem Reformkonzept keine Referenzen auf bestehende Modelle in anderen Ländern und internationale Standards enthalten sind. Eine Verbesserung des österreichischen Gesundheitssystems in Zeiten des demographischen Wandels und der Finanzkrisen soll daher über einen Ausbau und

eine Stärkung der primären Gesundheitsversorgung erfolgen. Der Aufbau von multiprofessionellen Primärversorgungszentren und Primärversorgungsnetzwerken ist ein wichtiger erster Schritt zur Verbesserung des Gesundheitssystems (IAMEV, 2015, S. 7f).

Positive Effekte einer ausgeprägten Primärversorgung verbessern nachgewiesen:

- eine höhere Compliance,
- eine längere Lebenserwartung,
- eine bessere Lebensqualität für chronisch Kranke,
- eine Verringerung der Überweisungen an höhere Versorgungsebenen,
- eine Reduktion vermeidbarer Krankenhausaufenthalte,
- sowie eine Dämpfung der Gesamtbehandlungskosten.

Länder deren Gesundheitssysteme stärker auf Primärversorgung ausgelegt sind, können bessere Gesundheitsindikatoren bei gleichzeitig niedrigeren Kosten aufweisen. Darüber hinaus gibt es in Ländern mit starken Primärversorgungssystemen auch höhere Gesundheitsausgaben, trotz der Berücksichtigung der individuellen Wirtschaftsleistungen. Als Ursache dafür werden die notwendige Installation dezentraler Strukturen, sowie hohe Aufrechterhaltungskosten einer umfassenden Primärversorgung angegeben. Studien aus der USA belegen, dass Regionen mit höherer Dichte an Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner einen höheren Gesundheitszustand aufweisen, als Regionen mit einer höheren Dichte an Fachärztinnen und Fachärzten. Eine starke Primärversorgung wirkt sich positiv auf die Gesundheit der Bevölkerung aus (Bergmair, 2015, S. 92f).

### **5.3 Gegenwärtige Situation der Primärversorgung**

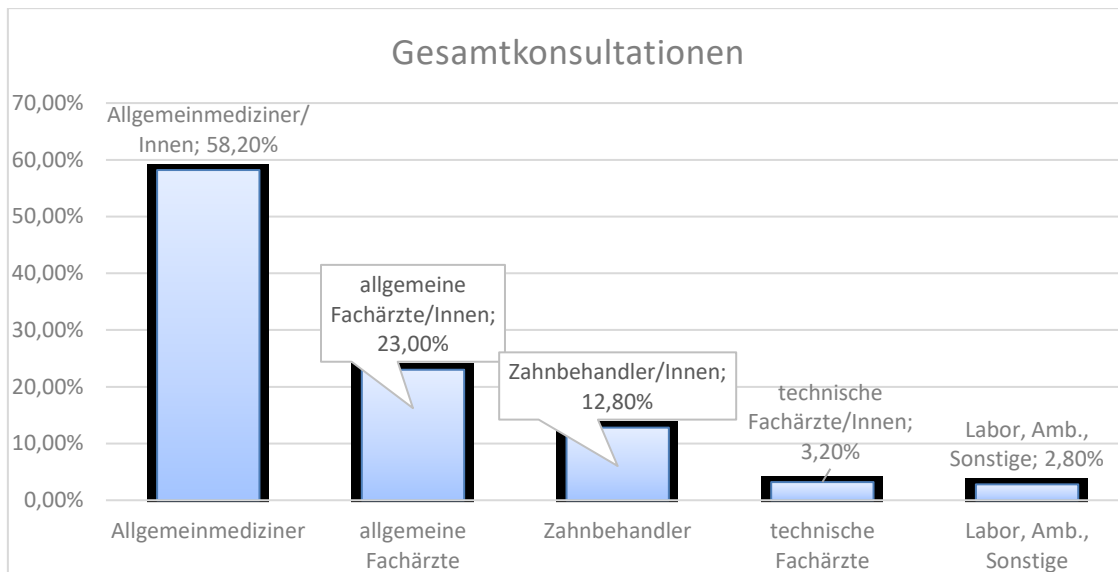
Primärversorgung wird in Österreich vorwiegend durch eine flächendeckende hausärztliche Versorgung bereitgestellt. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bewältigen dabei mehr als 90 Millionen Patientinnen- und Patientenkontakte jährlich, jedoch verringert sich die Zahl der Ärztinnen und Ärzte (mit Kassenvertrag) stetig. Zwischen 2000 und 2014 sank die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit Kassenvertrag um 17% von 8.491 auf 7.041. Gleichzeitig kam es aber zu einem Bevölkerungswachstum, das gemeinsam mit der demografischen Entwicklung der Bevölkerung die Nachfrage nach ärztlicher Versorgung anstiegen ließ. Im Jahr 2000

kamen 943 Einwohnerinnen und Einwohner auf einen Kassenarzt bzw. eine Kassenärztin. 2014 waren es bereits 1208 Einwohnerinnen und Einwohner je Ärztin bzw. je Arzt. Vor allem am Land können Stellen nur schwer nachbesetzt werden, was mitunter der Grund ist, dass die Zahl der Wahlärztinnen und Wahlärzte steigt. Die Attraktivität des Arztberufs und der Allgemeinmedizin leidet darunter enorm. Im Vergleich mit anderen Ländern mit ähnlichen sozioökonomischen Voraussetzungen sticht die schwache Primärversorgung Österreichs hervor (Bergmair, 2015, S. 98).

Laut der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 der Statistik Austria haben 75,6% der Männer und 81,8% der Frauen (hochgerechnet 5,5 Millionen Personen) im Jahr vor der Befragung mindestens einmal eine Ordination für Allgemeinmedizin aufgesucht. Gynäkologische Ordinationen werden sehr häufig in Anspruch genommen, rund 83,6% der befragten Frauen haben im vorangegangenen Jahr mindestens einmal einen Facharzt oder eine Fachärztin für Gynäkologie konsultiert. Ebenfalls sehr oft aufgesucht werden Fachärztinnen und Fachärzte für Zahnheilkunde sowie Augenärztinnen bzw. Augenärzte. Den Patientinnen und Patienten stehen darüber hinaus rund 800 Ambulatorien, die von Privatpersonen oder der sozialen Krankenversicherung betrieben werden, sowie in eingeschränktem Ausmaß die Spitalsambulanzen zur Verfügung. Bei fachspezifischen Untersuchungen wird der Patient bzw. die Patientin an einem Facharzt bzw. eine Fachärztin oder in eine Spitalsambulanz überwiesen. Durch die in letzter Zeit immer größer werdende Bedeutung der Spitalsambulanzen in der Primärversorgung ist die Mischung zwischen privater und öffentlicher Produktion speziell außerhalb der Kernbetriebszeiten in Österreich stark ausgeprägt (Pöttler, 2014, S. 228f).

### 5.3.1 Der Anteil der Allgemeinmedizin an der niedergelassenen Versorgung

Der Anteil der allgemeinmedizinischen Konsultationen im niedergelassenen Kassenbereich macht etwa 58,2% (siehe Abb. 3) aus, wie eine Auswertung der E-Card Kontakte zeigt. Diese Zahlen sind nur eingeschränkt aussagekräftig, da es sich dabei um aggregierte Abrechnungsdaten handelt. Dennoch fällt auf, dass obwohl es etwa gleich viele niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte wie Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner gibt, letztere etwa doppelt so viele Konsultationen bewältigen (Huter, 2014, S. 22).



**Abbildung 3 -Anteil der Allgemeinmedizin an den Konsultationen im niedergelassenen Bereich.** Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungen (2013) - eigene Darstellung

In Österreich gab es Ende 2014 17.362 Ärztinnen und Ärzte mit Ordinationen (ohne Fach Zahnheilkunde), darunter 10.785 Facharzt- und rund 6.529 allgemeinmedizinische Ordinationen. 7.027 dieser niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten haben einen Kassenvertrag (darunter 3.211 Fachärztinnen und Fachärzte), was im Umkehrschluss bedeutet, dass knapp 60% aller Ärztinnen und Ärzte ohne Vertragsverhältnis tätig sind. Die Versorgungsdichte in Österreich gestaltet sich sehr unterschiedlich. Bei Konsultationen von Wahlärztinnen und Wahlärzten bekommen die Patientinnen und Patienten rund 80% des Honorars rückerstattet, wobei zu erwähnen ist, dass die durchschnittlichen Honorare von Wahlärztinnen und Wahlärzten deutlich höher sind, als die von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte haben eine sogenannte „Gatekeeper– Funktion“ inne. Das bedeutet, dass sie Überweisungen in die Spitalsambulanzen durchführen können. Laut § 26 Abs. 1 KAKuG sollten die Ambulanzen in den Krankenanstalten nur der Notfallversorgung und der Abklärung besonders schwerer Fälle dienen. In den letzten Jahren hat sich speziell in den Ballungszentren aber auch in ländlichen Regionen, die keine gute ambulante Versorgung haben, der Trend verstärkt, die Spitalambulanzen den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten vorzuziehen, was mit ein Hauptgrund für die Kostenexplosion im Krankenanstaltenbereich war. Der Versuch mit der Ambulanzgebühr im Jahr 2001 entgegenzutreten, ist unter der schwarz-

blauen Regierung kläglich gescheitert. An der Administration, letztlich aber auch daran, dass vor allem im städtischen Bereich die Versorgung nicht zu jeder Zeit außerhalb des Spitals gewährleistet wäre. Dies ist wohl einer der Hauptgründe, warum nach wie vor mehr als 16 Millionen Ambulanzbesuche pro Jahr in den knapp 280 österreichischen Spitälern gezählt werden (Pöttler, 2014, S. 229f).

### 5.3.2 Gegenüberstellung der ambulanten Behandlung

- ambulante Behandlung durch einen Allgemeinmediziner bzw. eine Allgemeinmedizinerin (siehe Tab. 2)
- durch Spitals- oder Unfallambulanz (siehe Tab. 3)

Gliederungsmerkmal	Wann haben Sie das letzte Mal eine(n) Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin aufgesucht			Anzahl der Arztbesuche				
	Insgesamt (in 1000)	Vor < 12 Monaten (%)	Vor > 12 Monaten oder nie (%)	Insgesamt (in 1000)	Einmal (%)	Zweimal (%)	Dreimal (%)	Viermal oder häufiger (%)
<b>Insg. Alter in voll. Jahren</b>	<b>6.991,9</b>	<b>78,8</b>	<b>21,2</b>	<b>2.533,5</b>	<b>73,7</b>	<b>16,5</b>	<b>3,6</b>	<b>6,2</b>
<b>15 bis unter 60</b>	5.169,0	74,8	25,2	1.474,8	76,3	15,5	3,2	5,0
<b>15 bis unter 30</b>	1.545,5	71,4	28,6	337,7	76,9	17,5	1,8	3,8
<b>30 bis unter 45</b>	1.957,7	72,9	27,1	518,0	77,8	15,2	3,2	3,9
<b>45 bis unter 60</b>	1.665,7	80,3	19,7	619,1	74,7	14,7	4,0	6,6
<b>60 und mehr</b>	1.822,9	90,1	9,9	1.058,7	70,1	17,9	4,1	7,9
<b>60 bis unter 75</b>	1.172,6	88,7	11,3	620,1	73,0	17,4	4,2	5,4
<b>75 und mehr</b>	650,3	92,6	7,4	438,7	66,1	18,6	4,0	11,4

**Tabelle 2 - Ambulante Behandlung durch einen Allgemeinmediziner/In.** Quelle: Statistik Austria (2008) – eigene Darstellung

Gliederungsmerkmal	Wann haben Sie das letzte Mal eine Spitals- oder Unfallambulanz aufgesucht			Anzahl der Arztbesuche				
	Insgesamt (in 1000)	Vor < 12 Monaten (%)	Vor > 12 Monaten oder nie (%)	Insgesamt (in 1000)	Einmal (%)	Zweimal (%)	Dreimal (%)	Viermal oder häufiger (%)
<b>Insg. Alter in voll. Jahren</b>	<b>6.991,9</b>	<b>18,6</b>	<b>81,4</b>	<b>332,7</b>	<b>72,1</b>	<b>15,5</b>	<b>5,7</b>	<b>6,8</b>
<b>15 bis unter 60</b>	5.169,0	18,2	81,8	227,7	71,6	15,7	5,6	7,0
<b>15 bis unter 30</b>	1.545,5	19,6	80,4	68,5	72,2	18,4	6,1	3,3
<b>30 bis unter 45</b>	1.957,7	17,1	82,9	78,9	72,4	13,5	5,1	9,1
<b>45 bis unter 60</b>	1.665,7	18,4	81,6	80,4	70,5	15,5	5,7	8,3
<b>60 und mehr</b>	1.822,9	19,6	80,4	105,0	72,9	14,9	5,8	6,3
<b>60 bis unter 75</b>	1.172,6	19,5	80,5	69,8	71,3	19,3	3,2	6,1
<b>75 und mehr</b>	650,3	19,9	80,1	35,3	76,1	6,3	11,0	6,6

**Tabelle 3 - Ambulante Behandlung durch Spitals- oder Unfallambulanz.** Quelle: Statistik Austria (2008) – eigene Darstellung

Im Bereich der Krankenhausambulanzen zeigte sich das österreichische Gesundheitssystem nicht von seiner besten Seite. Die Gesundheitspolitik postuliert stets, die zu behandelnden Personen sollen aus den Spitalsambulanzen in den extramuralen Bereich zu den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gebracht werden. Andererseits wurde trotz steigender Fallzahlen und Kosten, gerade durch die Pauschalierung der Ambulanzkostensätze für die Sozialversicherungen ein Anreiz für die Nutzung der Spitalsambulanzen gesetzt. Die Schnittstellenproblematiken zwischen den Spitalsambulanzen und den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten führte dazu, dass Spitalsambulanzen viele Aufgaben übernehmen. Das Hauptproblem besteht darin, dass sich viele Betroffene mit ihren medizinischen Problemen zuerst an Spitalsambulanzen wenden, ohne davor den dafür vorgesehenen niedergelassenen Bereich konsultiert zu haben. Durch die Möglichkeit des unregelmäßigen Zugangs zu den Ambulanzen der Krankenhäuser sehen sich die Spitäler mit den zu behandelnden Patientinnen und Patienten überfordert und wün-

schen sich mehr Personal. Eine Änderung sollte nun mit der neuen Gesundheitsreform dahingehend geschaffen werden, als das nun Sozialversicherung und Länder gemeinsam den intra- und extramuralen Bereich planen. Damit soll gewährleistet werden, dass der Patient bzw. die Patientin am sogenannten „Best Point of Service“ behandelt wird (Pöttler, 2014, S. 234f).

### 5.3.3 Unterschiede in den einzelnen Bundesländern

Die neun österreichischen Bundesländer unterscheiden sich hinsichtlich demografischer Parameter, dem Gesundheitsstatus und der Organisation des Gesundheitsversorgungssystems. Jedes Bundesland organisiert sein Gesundheitssystem im Rahmen der nationalen Gesetzgebung nach seinen eigenen Präferenzen. Frühere Untersuchungen haben gezeigt, dass es Unterschiede bei der Mortalität, im Gesundheitsverhalten und beim Lebensstil der Bewohner gibt. Eine Studie von *Hoffmann et al. (2014)* mit 15.474 Teilnehmerinnen und Teilnehmer hat gezeigt, dass Frauen im Schnitt häufiger zum Hausarzt bzw. zur Hausärztin gehen als Männer. Es konnten signifikante Unterschiede in der Inanspruchnahme von Fachärztinnen und Fachärzten ohne vorherigen Hausarztkontakt gefunden werden. Für Frauen war die Inanspruchnahme von Fachärztinnen und Fachärzten am höchsten in Vorarlberg (20,3%) und für Männer in Wien (21,5%), am niedrigsten im Burgenland (Frauen 7,0%, Männer 6,6%). Die Quote des jeweiligen Bundeslandes korrelierte mit der direkten Inanspruchnahme (siehe Abb. 4).

Bundesland	Männer in Prozent %	Frauen in Prozent %
Vorarlberg	16,9	20,3
Tirol	11,1	16,4
Salzburg	16,1	17,8
Kärnten	16,1	10,6
Steiermark	14,4	12,6
Oberösterreich	14,0	13,4
Niederösterreich	11,9	16,8
Wien	21,5	16,7
Burgenland	6,6	7,0

**Abbildung 4 - Inanspruchnahme von Fachärzt/Innen ohne Hausarzt/Innenkontakt in 12 Monaten.**  
Quelle: Hoffmann (2014) - eigene Darstellung

*Hoffmann et al. (2014)* kam zu dem Ergebnis, dass Unterschiede in der Inanspruchnahme des ambulanten Gesundheitssektors quer durch Österreich gefunden werden können. Diese ergeben sich zum Teil durch die unterschiedlich organisierte Struktur des Sektors und sind von besonderer Relevanz im Hinblick auf die österreichische Diskussion hinsichtlich der Stärkung des Primärversorgungssektors.

#### **5.4 Image der hausärztlichen Profession**

In Deutschland geht aus einer Studie von *Natanzon et al. (2009)* hervor, dass bereits im Jahr 2020 ein Hausärztinnen- und Hausärztemangel in ländlichen Bereichen entstehen könnte. Auch in Österreich und der Schweiz kann dieser Trend beobachtet werden. Weniger ausgeprägt ist dieser Trend in staatlichen Gesundheitssystemen wie in Großbritannien, den Niederlanden und Skandinavien. Immer weniger junge Medizinabsolventinnen und -absolventen entscheiden sich für das Fach der Allgemeinmedizin. Vor allem die politischen Rahmenbedingungen, insbesondere die Arbeitsbedingungen, die Arbeitsbelastung und die finanzielle Entlohnung der hausärztlichen Tätigkeit haben zum Image des chronisch überlasteten Hausarztes bzw. der Hausärztin beigetragen. Spezialgebiete werden von Absolventinnen und Absolventen höher bewertet als die Allgemeinmedizin. Neben den politischen Rahmenbedingungen stellt die Aus- und Weiterbildungssituation ebenfalls ein großes Problem dar. Eine fehlende externe Koordination der Stellenfolge für die einzelnen Bewerberinnen und Bewerber bringt ein hohes Maß an Unsicherheit hinsichtlich geeigneter Weiterbildungen und Bezahlung mit sich und schmälert so die Attraktivität des Faches der Allgemeinmedizin für junge Ärztinnen und Ärzte weiter. Aus hausärztlicher Perspektive besteht bei Menschen aus ländlichen Regionen und der älteren Generation ein positives Image, während bei Menschen aus städtischen Gebieten ein zunehmendes negatives Image von Hausärztinnen und Hausärzten zu beobachten ist. Beeinflusst wird es durch folgende gesellschaftliche Wandlungsprozesse:

- abnehmende soziale Kompetenz
- nachlassende Verbindlichkeit und Verantwortung
- zunehmende Technisierung
- Spezialisierung statt Generalisierung
- zunehmende Distanz zu Krankheiten und Erkrankten sowie
- eine steigende Flexibilität.

Die gesellschaftliche Anerkennung der hausärztlichen Tätigkeit, sowie die Fixierung als Vertrauensperson wird jedoch positiv beurteilt. Die abnehmende Kompetenz des Hausarztes bzw. der Hausärztin gegenüber einem Spezialisten bzw. einer Spezialistin und die altmodische Tätigkeit sprechen gegen das Image der hausärztlichen Profession (Natanzon et al. 2009, S.601f).

### **5.5 Ziele in der Primärversorgung**

Gemäß Landeszielsteuerungsverträgen soll bis Ende 2016 in jedem Bundesland ein Prozent der Bevölkerung durch Primary Health Care- Einrichtungen versorgt werden. Die Steiermark ist mit dem sehr verbreiteten Netzwerk Styriamed.net (Netzwerk das eine sinnvolle Integration von Sekundär- und Primärversorgung ermöglichen soll und dabei die Effektivität und Effizienz in der medizinischen Versorgung verbessern will) Vorbild für zahlreiche andere Regionen. Allerdings wird von Seiten der Kassen dieses Projekt als unzureichend angesehen. Parallel dazu gibt es in der Steiermark mit dem SMZ Liebenau auch ein PHC- Zentrum, in dem bereits die neue Form der Gruppenpraxen angeboten wird (Bergmair, 2015, S. 106).

Um die hohe Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung zu erhalten und die Attraktivität der Primärversorgung für die Ärztinnen und Ärzte und die weiteren Gesundheitsberufe zu steigern, ist eine Anpassung des Gesundheitssystems an die bevorstehenden größeren Herausforderungen wie z.B.:

- Zunahme an chronischen und Langzeiterkrankungen
- technische Neuerungen
- Demografische Entwicklung
- unausgeglichene Work- Life- Balance der Gesundheitsberufe

erforderlich. (Bundesministerium für Gesundheit, 2014, S. 8)

Der Blick über die österreichischen Grenzen hinaus offenbart, dass der ambulante Bereich im internationalen Vergleich sehr heterogen gestaltet ist. Es lässt sich jedoch ein Trend zur Modernisierung von Vergütungsstrukturen feststellen, wobei versucht wird, dies im Bewusstsein der theoretischen Erkenntnisse zur Ärztinnen- und Ärztevergütung zu vollziehen. Über alle Länder hinweg lässt sich feststellen, dass ein starkes Gewicht auf dem Primärversorgungsbereich liegt. Zum einen sind Listen- und Hausärztinnen- bzw. Hausarztmodelle die Regel, zum anderen müssen diese Modelle verpflichtend von Versicherungen angeboten werden. Der Vorteil darin besteht, dass Hausärztinnen und Hausärzte ihre Kunden umfassend kennen und nur spezielle Untersuchungen und Leistungen von Fachärztinnen und Fachärzten durchgeführt bzw. erbracht werden. Somit behält der Hausarzt bzw. die Hausärztin die Kontrolle über die Behandlung des Patienten bzw. der Patientin und kann diese mit anderen notwendigen Versorgungsleistungen koordinieren. Ein wichtiger Schritt zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung war das Bundesgesetz vom 09. Juli 2010 in dem die Möglichkeiten zur Gründung von Gruppenpraxen verlaublich wurde (Pöttler, 2014, S. 236f).

#### 5.5.1 Neue Primärversorgung

Die im Parlament beschlossene Festlegung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für Primärversorgungseinrichtungen bildet den Grundstein für weitere innovative Schritte im Gesundheitsbereich. Die neue Primärversorgung ist der Schlüssel zu einer echten Verbesserung der Gesundheitsversorgung, weil sich damit Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner gemeinsam mit weiteren Gesundheitsberufen zu Teams zusammenschließen können. Mit der Bildung dieser Teams steht den Patientinnen und Patienten mehr Wissen zur Verfügung. Das Team, welches sich um die Grundversorgung kümmert arbeitet wie bisher mit anderen, externen Partnern und Partnerinnen zusammen (wie z.B. Ärztinnen und Ärzte aus dem fachspezifischen Bereichen, Apotheken, Sozialdiensten, Sozialversicherungsträgern, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen, Schulen, Gemeinden etc.) und ermöglicht so eine verbesserte Versorgungsebene (siehe Abb.5) (Hauptverband der Sozialversicherung, 2018).



**Abbildung 5 - Das Team rund um den Patienten bzw. die Patientin.** Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2018)

Dazu gibt es von den Sozialversicherungsträgern drei wesentliche strukturelle Veränderungen:

#### 1.) Neue Primärversorgung als Netzwerk

In den unterschiedlichsten Regionen Österreichs poppen nun neue Netzwerke auf oder versuchen bereits etablierte Initiativen, die Voraussetzungen für eine Primärversorgungseinrichtung (PVE) und die damit verbundene finanzielle Unterstützung zu erfüllen. Diese Netzwerke sind die erste Gelegenheit, die bestehenden informellen Zusammenarbeitsformen in eine etwas verbindlichere und damit auch sichtbarere Form zu bringen. Die vielen, oft ärztlich geführten Initiativen beschränken sich oft nicht nur auf die von der Politik gewünschte Verlängerung der Öffnungszeiten und die Zusammenarbeit der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner mit den erweiterten Kernteams, sondern sind Initiativen, die den Versorgungsprozess als Ganzes betrachten und damit die Grundlage für eine integrierte Versorgung schaffen. Ein Phänomen, das im Rahmen der PHC- Reform auftrat, ist das Heranwachsen einer Primärversorgungscommunity. Im österreichischen Forum für Primärversorgung (OEFOP) und seinem jährlichen PHC Kongress in Graz engagieren sich neben vielen Ärztinnen und Ärzten auch Vertreterinnen und Vertreter anderer Berufsgruppen des Kernteams. Dies ist eine gute Möglichkeit, das Angebot und das Leistungsspektrum der Primärversorgung zu erweitern und eine umfassende und integrierte Versorgung aufzubauen (ÖGAM, 2018).

## 2.) Neue Primärversorgung als Gruppenpraxis

Eine Gruppenpraxis unterscheidet sich von einem losen Zusammenschluss von Ärztinnen und Ärzten in einer Gemeinschaftspraxis vor allem dadurch, dass sie selbst Trägerin von Rechten und Pflichten sein kann, wogegen bei einer Gemeinschaftspraxis diese nach außen nicht in Erscheinung tritt, sondern immer nur die jeweilige Ärztin bzw. der jeweilige Arzt als physische Person. Diese Novelle zielt explizit darauf ab, zum einen die ambulante Gesundheitsversorgung der Österreicher und Österreicherinnen zu stärken und zum anderen die Ambulanzen in den Spitälern zu entlasten. In der Realität wurden drei verschiedene Formen der Invertragnahme einer Gruppenpraxis geregelt:

- Zusammenschluss von zwei oder mehreren Vertragsärztinnen- und Vertragsärzten mit Einzelverträgen
- Ausschreibung einer neuen Kassenplanstelle für eine Gruppenpraxis
- Umwandlung einer bestehenden Einzelpraxis in eine Gruppenpraxis (mit einem Arzt bzw. einer Ärztin, der/die noch keinen Einzelvertrag hat) (Pöttler, 2014, S. 236f).

	Ö	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Ärzte/Innen in Gruppenpraxen	522	12	4	135	135	12	27	14	0	183
Davon in Lehrgruppenpraxen	166	0	2	23	28	4	7	7	0	95
Gemeldete Gruppenpraxen	250	6	2	57	83	6	13	6	0	77
Davon Lehrgruppenpraxen	65	0	1	9	16	2	3	2	0	32
Gruppenpraxen mit §2-Kassa	183	2	0	41	70	3	9	0	0	58
Gruppenpraxen in Form GmbH	12	0	0	1	1	1	0	0	0	9

**Tabelle 4 - Zahl der Gruppenpraxen in Österreich.** Quelle: Österreichische Ärztekammer (2014) - eigene Darstellung

### 3.) Neue Primärversorgung als Gesundheitszentrum

Die integrierte Versorgung in Österreich bedarf einer Weiterentwicklung in diesem Bereich, denn die Problematik liegt nach wie vor im dualen System des österreichischen Gesundheitssystems. Um die Zukunft nachhaltig zu verbessern, ist es in erster Linie wichtig und unumgänglich Gesundheitszentren in das bestehende System zu implementieren. Laut einer Studie von *Domenek-Turner & Höberl (2012)* kann man erst von einem Gesundheitszentrum sprechen, wenn die nachfolgenden vier Aspekte erfolgreich umgesetzt werden:

- Umfassendes Leistungsangebot

Ein Gesundheitszentrum muss alle Gesundheitsdienstleistungen umfassen, welche für die primäre Versorgung der Patientinnen und Patienten notwendig sind. Gesundheitsberufe aus verschiedenen Fachrichtungen (wie z.B. der Gesundheits- und Pflegewissenschaft, der Allgemeinmedizin, Chirurgeninnen und Chirurgen, Pharmazeutinnen und Pharmazeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten bis hin zu Gesundheits- und Krankenpflegedienste) die in einem solchen Zentrum eingesetzt werden, gewährleisten eine optimale Versorgung der zu behandelnden Personen. Das Mitspracherecht, aber auch Entscheidungen hinsichtlich der Behandlung zu treffen, stellt ein wesentliches Kriterium eines Gesundheitszentrums dar.

- Kontinuität

Durch die umfangreiche Leistungserbringung, die ein Gesundheitszentrum umfasst, sind Kooperationen und Kommunikation zwischen den Erbringern eines der wesentlichsten Merkmale, die eine maßgebliche Versorgung und Behandlung der Patientinnen und Patienten beinhaltet. Diese Kooperationen sind notwendig um beispielsweise Doppeluntersuchungen zu vermeiden, die Medikamentenverordnung zu optimieren und folglich die Versorgungsqualität zu steigern.

- Qualitätssicherung

Eine wesentliche Qualitätsmaßnahme ist ein ausgereifter Datentransfer zwischen den einzelnen Leistungsanbietern– und Leistungsanbieterinnen, nicht nur intern, sondern auch mit Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen. Ein gut durchdachtes Qualitätsmanagement verbessert die Rechtssicherheit und verstärkt

die Zufriedenheit bei allen beteiligten Personen und hilft dabei die Kosten zu senken. Imagesteigerung, aber auch das Erkennen von Stärken und Verbesserungspotenzialen sind Merkmale die ein Qualitätsmanagement beinhaltet.

- Schnittstellenmanagement/Nahtstellenmanagement

Dieser Aspekt ist einer der maßgeblichsten Faktoren, der die integrierte Versorgung am stärksten beeinflusst. Erst die Überwindung sektoraler Grenzen, ermöglicht eine Versorgung auf fächerübergreifender und interdisziplinärer Ebene. (Domenek-Thurner & Höberl, 2012, S. 102f)

Weitere Bausteine der Primärversorgung nach dem Hauptverband der Sozialversicherungen (2015) sind:

- Multiprofessionelle Teams

In ausgeprägten Primärversorgungssystemen (PVS) werden Leistungen in multiprofessionellen Teams (wie z.B. Fachbereichen der Pflege, Psychologie, Psychotherapie, Logopädie, Diätologie, Pharmazie, Ergotherapie, Geburtshilfe) erbracht. Die Verantwortungsbereiche und Versorgungsaufträge sind kompetenzabhängig aufeinander abgestimmt.

- Verbindung zu Pflege, Sozialwesen und Rehabilitation

Primärversorgung ist die horizontale Integration mit der Pflege, dem Sozialwesen und der Rehabilitation.

- Koordination der Leistungen und Lotsenfunktion

Primärversorgerinnen und Primärversorger sind Advokaten der Patientinnen und Patienten gegenüber allen anderen Leistungserbringern und koordinieren den gesamten Behandlungsablauf. Zusätzlich halten sie Rücksprache mit Fachärztinnen und Fachärzten und dem anderen Gesundheitspersonal in Behandlungsfragen.

- „gatekeeping“ und Anlauffunktion des Primärversorgers

Um die Aufgabe eines Lotsen im Gesundheitssystem wahrnehmen zu können, muss gewährleistet werden, dass Patientinnen und Patienten ihre Primärversorge-

rinnen und Primärversorger als Eintrittsquelle in das Gesundheitssystem aufsuchen. International gibt es dafür den Begriff des „Gatekeepers“, der in Österreich aber negativ besetzt zu sein scheint.

- Einschreibsystem bzw. definierte Versorgungspopulation

Alle Beteiligten in der Primärversorgung sind für eine definierte Versorgungspopulation zuständig. Durch die Stärkung der Beziehung wird die Kontinuität der Versorgung gewährleistet.

- Bevölkerungsorientiertes Management

Primärversorgung wird rund um Subgruppen von Patientinnen und Patienten mit ähnlichen Erfordernissen wie gesunde oder chronisch Kranke, organisiert. Für die Betroffenen sollen in der Folge teambasierte, maßgeschneiderte Versorgungsleistungen erbracht werden.

- Evidenzbasierte Behandlungsleitlinien

Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige anderer Gesundheitsberufe erhalten gezielte Unterstützung bei klinischen Entscheidungen durch evidenzbasierte Leitlinien. Diese stellen praxisorientierte Handlungsempfehlungen dar und sollen Entscheidungs- und Handlungsoptionen aufzeigen.

- Gesundheitsförderung und Prävention

Betroffene suchen nicht erst ihre Primärversorgerinnen und Primärversorger auf wenn sie krank sind, sondern wenden sich an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, um krankheitsvermeidende Maßnahmen zu ergreifen.

- Informationsmanagement und elektronische Patientenakte

Standardisierte Datenerhebungen erlauben Messungen des Zugangs, der Sicherheit, Qualität und Effizienz, sowie eine evidenzbasierte Entscheidungsfindung durch systematisch entwickelte Indikatoren. Durch die elektronische Gesundheitsakte (ELGA) haben alle Behandelnde Zugang zu den Befunden und der Krankengeschichte ihrer Patientinnen und Patienten.

- Längere Öffnungszeiten und geregelter Notdienst

Betroffene soll der Zugang zur Primärversorgung idealerweise rund um die Uhr ermöglicht werden, deshalb haben Primärversorger und Primärversorgerinnen einerseits längere Öffnungszeiten und andererseits wird in den Nacht- und Wochenendstunden die PV von Kooperativen erbracht.

- Moderne Kommunikationsmethoden

Menschen mit einer Erkrankung können über Telefon und E-Mail Beratung von ihrer PVE in Anspruch nehmen und elektronische Rezepte erhalten. Mittlerweile gibt es schon Telefon- und Internetservices wie E-Health Plattformen und Telefonhotlines, bei denen Patientinnen und Patienten rund um die Uhr an 365 Tagen pro Jahr beraten und wenn nötig an die entsprechenden Stellen überwiesen werden können. Ein Umbau der PV stellt eine immense Herausforderung dar. In vielerlei Hinsicht müssten zunächst die dafür notwendigen Voraussetzungen geschaffen werden um eine PV zu etablieren und die oben genannten Punkte umsetzen zu können (Hauptverband der Sozialversicherung, 2015).

## 6 Primäre Gesundheitsversorgung in England

### 6.1 Allgemeiner Überblick

Seit Einführung des NHS ist der Kostenfaktor ein wesentlicher Bestandteil der Gesundheitspolitik, da Ausgaben für die medizinische Versorgung gegen andere Ausgaben durchgesetzt werden müssen. Bis 2005 stieg der Anteil der Gesundheitsausgaben gemessen am BIP auf 8,3%, vergleichsweise im Jahr 1970 betrug dieser Wert 4,5%. Unvereinbar mit den verhältnismäßig knappen Ressourcen des NHS war das Ziel, die Krankenhäuser auf ein einheitliches und insgesamt höheres Niveau zu heben. Die Gesamtbeschäftigtenzahl im britischen Gesundheitssystem stieg von 11,3 pro 1000 Einwohner bzw. Einwohnerinnen im Jahr 1961 auf 34,2 im Jahr 2005. Den Hauptanteil machten davon die Beschäftigten im Krankenhaussektor aus, was unter anderem damit zusammenhängt, dass Fachärztinnen und Fachärzte in England kein Niederlassungsrecht haben.

Ebenfalls bemerkenswert ist die Entwicklung der Allgemeinarztzahlen welche im Jahr 1960 bei 0,4 je 1000 Einwohner bzw. Einwohnerinnen und bis 2007 nur auf 0,7 stieg, obwohl gerade diese Leistungserbringer bzw. Leistungserbringerinnen als „Gatekeeper“ wichtige Funktionen im Gesundheitssystem übernommen haben. Seit 1991 können größere Praxen GP- Fundholder werden. Voraussetzung dafür ist eine Mindestzahl an Patientinnen und Patienten auf der Liste der Praxis, die von ursprünglich 11.000 auf 5.000 gesenkt wurde. Im Jahre 1999 wurden die Distrikt- und Familien- Gesundheitsbehörden zu 100 lokalen Gesundheitsbehörden zusammengefasst. Im Dezember 1997 wurden mit einem White Paper die Grundprinzipien für die Neuorientierung des NHS festgelegt, wobei die Ausweitung der Kompetenzen und Ressourcen für Primary Care Groups (PCG's) besonders hervorzuheben sind. Es wurden 481 PCG's eingeführt, die zwischen 46.000 und 257.000 Personen zu versorgen hatten. Im Bereich der kommunalen Gesundheitsversorgung wurden die Kompetenzen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, aber auch die der Krankenpflegerinnen und Pfleger, die in PCG's kooperieren, gestärkt. Durch diese Maßnahme wurde ein erheblicher finanzieller Anreiz gesetzt, möglichst viele Leistungen innerhalb des primären Gesundheitssektors zu erbringen und den Krankenhaussektor zu entlasten. Da das Prinzip der Chancengleichheit beim Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen eine wesentliche Legitimationsgrundlage des NHS darstellt,

wird das Gesundheitssystem vor allem dann mit Akzeptanzproblemen konfrontiert, wenn die medizinische Versorgung von einem großen Teil der Bevölkerung als nicht mehr ausreichend angesehen wird. Grundprinzipien des NHS können außerdem dann verletzt werden, wenn sich immer mehr Menschen die steigenden privaten Zuzahlungen nicht mehr leisten können (Wendt, 2013, S. 110f).

Das englische Gesundheitssystem hat eines der am besten entwickelten und anerkannten Primärversorgungssysteme, welches seine Krise Ende des 20. Jahrhunderts überwunden haben dürfte. Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner arbeiten meistens in Gruppenpraxen von zwei bis sechs Ärztinnen und Ärzten und ihre Arbeit wird durch eine Bandbreite an anderen Gesundheitsberufen (wie z.B. der Krankenpflege, Physiotherapie und Fußpflege) ergänzt. Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger übernehmen Impfungen, chronisches Disease-Management, Gesundheitsförderung und Gesundheitsbewertung älterer Menschen. Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner in England bieten demnach breit gefächerte Leistungen an, die von diagnostischen Leistungen, kleineren Operationen und Familienplanung bis hin zur Behandlung von akut, chronisch kranken Patientinnen und Patienten, sowie unheilbar Kranken reichen (Czypionka & Ulinski, 2014, S. 21).

Die fachärztliche und stationäre medizinische Versorgung erfolgt überwiegend durch öffentliche Krankenhäuser in Trägerschaft der NHS. Die große Mehrheit der Krankenhäuser arbeiten nunmehr in der Rechtsform von Stiftungen (sog. NHS Hospital Trusts und NHS Foundation Trusts). Es war nicht immer möglich, das behandelnde Krankenhaus sich selbst auszusuchen. Die Überweisung erfolgte primär durch den Hausarzt bzw. die Hausärztin, welche in der Regel das am besten geeignete Krankenhaus ausgewählt haben. Auch heute ist die Auswahl noch beschränkt, jedoch wurde den zu behandelnden Menschen in den letzten Jahren vermehrt die Wahlmöglichkeit eröffnet, um auch auf diese Weise die Wartelisten der Krankenhäuser abzubauen. So können Patientinnen und Patienten, die eine elektive Behandlung benötigen, mittlerweile zwischen vier bis fünf Krankenhäusern wählen, darunter sind auch NHS unabhängige Behandlungszentren und private Kliniken (Schölkopf & Pressel, 2014, S. 16f).

## 6.2 Gegenwärtige Situation in England

Der Schwerpunkt der PV liegt in den Händen der Hausärztinnen und Hausärzte, die sich in Gruppenpraxen zusammenschließen und als „Gatekeeper“ fungieren. GP's bieten eine präventive, diagnostische und heilende medizinische Grundversorgung an. Sie sind normalerweise die erste Kontaktperson für den Patienten bzw. die Patientin und fungieren auch als Torwächter bzw. Torwächterin zur Sekundärversorgung, obwohl im Akutfall auch ein Krankenhaus aufgesucht werden kann. Die meisten Hausärztinnen und Hausärzte sind unabhängige selbstständige Unternehmer bzw. Unternehmerinnen und haben einen Vertrag mit den PCT's. Darüber hinaus gibt es Verträge für „alternative Anbieter bzw. Anbieterinnen medizinischer Leistungen“ die es PCT's ermöglichen, Verträge mit anderen Anbietern bzw. Anbieterinnen als GP's abzuschließen. PCT's führen Listen von Ärztinnen und Ärzten, die berechtigt sind Primärversorgung in ihrem Gebiet zu praktizieren. Im Jahr 2009 arbeiteten 40.269 Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner in 8228 Hausarztpraxen, von denen 46% Frauen waren im NHS. Die meisten Hausärztinnen und Hausärzte sind vertraglich gebunden (71 %), 18% arbeiten in Praxen als Angestellte und die restlichen 11% befinden sich in der Ausbildung zur Allgemeinmedizinerin bzw. zum Allgemeinmediziner. Zusätzlich arbeiten 21.935 Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger in Hausarztpraxen, wobei nur ca. 5% der Hausärztinnen und Hausärzte alleine in einer Praxis arbeiten (Boyle, 2011, S. 228).

Patientinnen und Patienten können ihren Hausarzt bzw. ihre Hausärztin frei wählen und ihre Praxis gebührenfrei aufsuchen. In bestimmten Fällen, wie bei Gewalttätigkeit dürfen Ärztinnen und Ärzte diese ablehnen, umgekehrt haben Patientinnen und Patienten jederzeit die Möglichkeit die Praxis zu wechseln. Hausärztinnen und Hausärzte wurden durch viele Überstunden und geringe Bezahlung demotiviert, während die Qualität stark schwankte. Als Abhilfe wurde das Quality and Outcomes Framework (QOF) eingeführt und auch der Anteil der die Gesundheitsausgaben betrifft, erhöht. Hausärztinnen und Hausärzte können sich ein zusätzliches Einkommen erarbeiten, indem sie die Indikatoren des QOF erfüllen (QOF beinhaltet Zielvorgaben für die Behandlung von chronisch Kranker, die Organisation der Versorgung und die Patientenorientierung). Nach den genannten Reformen verbesserte sich nicht nur die Qualität der Primärversorgung, sondern auch die Zufriedenheit und das Einkommen der Ärztinnen und Ärzte (Czypionka & Ulinski, 2014, S. 22).

Es gibt eine begrenzte Anzahl privater Allgemeinpraxen. Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, die einen Vertrag mit dem NHS haben, können auch private Patientinnen und Patienten annehmen. Es wird geschätzt, dass ungefähr 3% der Hausarztkonsultationen in Großbritannien (2007) von Privatpraktikern bzw. Privatpraktikerinnen durchgeführt wurden. Die durch den NHS finanzierte medizinische Grundversorgung wird auch von einer Reihe anderer Organisationen angeboten wie z.B. dem Freiwilligensektor, kommerzielle Anbieter, NHS Direct, walk in centres, NHS Trusts oder anderer PCT's. NHS Direct ist eine Telefon- und Internethotline, die 1998 in England eingerichtet wurde. Rund um die Uhr wird hier versucht, dem Patienten bzw. der Patientin in Gesundheitsfragen behilflich zu sein. Es handelt sich um eine erste Anlaufstelle für Menschen, die Probleme haben über ihre gesundheitlichen Probleme zu sprechen. Im April 2007 wurden über 5 Millionen Anrufe entgegengenommen. Walk in Zentren wurden im Jahr 2000 eingeführt und mittlerweile gibt es über 90 derartiger Institutionen. Die meisten werden von PCT's verwaltet und sind 365 Tage im Jahr geöffnet. Geführt werden diese Zentren von Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern welche im Gegensatz zum NHS Direct jedoch nicht 24 Stunden am Tag verfügbar sind. Sie bieten Dienstleistungen für Krankheiten wie z.B.

- Infektionen und Hautausschläge
- Frakturen und Platzwunden
- Magenverstimmungen
- Schnitte und Prellungen
- Verbrennungen und Zerrungen.

Hausbesuche werden auch von „district nurses“ und „health visitors“ übernommen, welche als diplomierte Krankenpflegefachkraft eine Zusatzausbildung erhalten. Insgesamt behandeln diese Zentren rund 3 Millionen Patientinnen und Patienten pro Jahr (Boyle, 2011, S. 228f).

Hausarztbesuche finden in der Regel in der Praxis statt (86%), 11% per Telefon und 3% im Eigenheim der zu behandelnden Personen. Die Zahl der Hausbesuche ist von 22% im Jahr 1971 auf 6% im Jahr 1998 zurückgegangen. Im Jahr 2008 wurde der Hausarzt bzw. die Hausärztin durchschnittlich 5 Mal konsultiert, obwohl anzu-

merken ist, dass ältere Menschen häufiger dazu neigen, diese Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen. Diese fungieren auch als „Gatekeeper“ für die ambulante sekundäre oder fachärztliche Versorgung. In Akutfällen können Personen ohne entsprechende Überweisung eine A & E (Accident & Emergency) Abteilung eines Akutkrankenhauses aufsuchen (Boyle, 2011, S. 229).

In den Jahren 2009-2010 gab es 19,8 Millionen Patientinnen- und Patientenbesuche in Akutkrankenhäusern in England. Dies bedeutet gegenüber 1996/1997 eine Zunahme von fast 59%. Es wird vermutet, dass bis zu 23% dieser Besucherzahlen, durch den Besuch bei einem Allgemeinmediziner bzw. einer Allgemeinmedizinerin vermieden hätte werden können (Boyle, 2011, S. 230).

### 6.2.1 Wahl des Hausarztes

Jeder Mensch hat in England das Recht, sich bei einem örtlichen Arzt bzw. Ärztin registrieren zu lassen, um deren Leistungen kostenlos in Anspruch zu nehmen. Es ist jedem Arzt bzw. jeder Ärztin freigestellt einen Patienten bzw. eine Patientin abzulehnen, außer er wurde von einer Gesundheitsbehörde oder einer PCT zugewiesen. Ein Patient bzw. eine Patientin kann nur durch einen vernünftigen Grund abgelehnt werden, welcher sich nicht auf folgende Aspekte beziehen darf:

- Rasse
- Geschlecht
- Alter
- Religion
- sexuelle Orientierung
- Aussehen
- Behinderung
- Gesundheitszustand.

Patientinnen und Patienten können ihren GP so oft wechseln wie sie möchten, wenn sie nicht abgelehnt werden. Ein GP kann ebenfalls vorschlagen, einen anderen GP zu wählen, wenn beispielsweise das Arzt- Patienten- Verhältnis in Mitleidenschaft gezogen wurde. Im Jahr 2007/2008 wechselten nur 1142 Patientinnen und Patienten auf eigenen Wunsch ihren GP (Boyle, 2011, S. 231).

### 6.2.2 „Gatekeeping“

Unter dem Begriff „gatekeeping“ wird verstanden, dass jede Behandlungsperiode mit einem Besuch bei einem Primär- bzw. Hausarzt/Hausärztin beginnt. Ein Ziel von „gatekeeping“ ist, dass diese als Lotsen im Gesundheitssystem fungieren und den Behandlungsablauf sektorübergreifend koordinieren. Neben der Qualitätssteigerung durch optimierte Behandlungsprozesse steht als Steuerungsziel der Aspekt der Kostensenkung im Vordergrund. Lediglich nach einer Überweisung des Primärarztes bzw. der Primärärztin haben Patientinnen und Patienten Zugang zu spezialisierter Versorgung, sodass erst in zweiter Linie auf meist kostenintensivere fachspezialistische bzw. stationäre Leistungen zurückgegriffen wird. In einigen europäischen Ländern, die dem Modell eines Primärarztsystems folgen, ist „gatekeeping“ ein grundlegendes Prinzip der Gesundheitsversorgung, so z.B. in den Niederlanden, Dänemark, Spanien oder England. In Deutschland sowie auch in Österreich ist der freie Zugang zu spezialisierten Leistungen ein wesentliches Merkmal der ambulanten Versorgung. Hausarztmodelle mit „Gatekeeper- Funktion“ werden jedoch seit einigen Jahren politisch gefördert und gefordert (Zentner et al. 2009, S.39).

Eine Studie von *Zentner et al. (2009)* untersuchte, ob ein Hausarztmodell die bessere und billigere Variante gegenüber dem freien Zugang zu spezialisierten Leistungen ist. In 17 Studien fungierten Hausärzte und Hausärztinnen als „Gatekeeper“ aus verschiedenen medizinischen Fachgebieten. „Gatekeeping“ senkte bei sieben von 12 Studien signifikant die Gesundheitsausgaben pro Kopf bzw. die Ausgaben für die ambulante spezialisierte Versorgung aus der Perspektive der einzelnen Kostenträger. Hinsichtlich der Inanspruchnahme ambulanter Spezialisten und Spezialistinnen konnten sieben von 15 Studien eine signifikante Reduktion vorweisen. Zusammenfassend zeigten 13 von 24 Studien ein Ergebnis zugunsten von „gatekeeping“ im Vergleich zu Modellen mit freiem Zugang und zwei zuungunsten „gatekeeping“ (9 Studien berichteten keine Unterschiede- siehe Abb. 6).

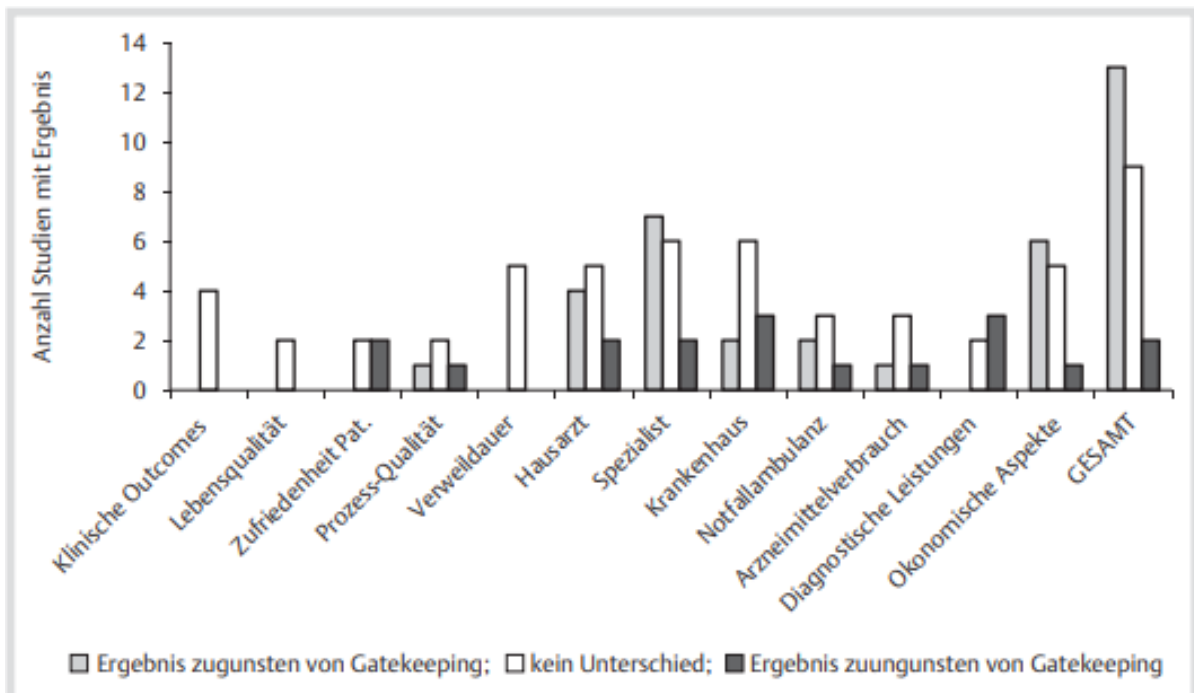


Abbildung 6 - Verteilung der Ergebnisse nach Ergebnisparameter. Quelle: Zentner et al. (2009)

Zusammenfassend liefern die hier verwendeten Studien relevante Hinweise auf die Effekte von „gatekeeping“, wenn die primäre Zielsetzung in der Reduktion der Inanspruchnahme der spezialisierten ambulanten Versorgung und der Gesundheitsausgaben liegt. Schlussendlich kann man sagen, dass „gatekeeping“ die Gesundheitsausgaben senken kann, ohne jedoch deren Angemessenheit zu berücksichtigen. Durchaus erkennbar ist auch, dass Gesundheitsergebnisse und Lebensqualität von Patientinnen und Patienten in Versorgungskonzepten mit „gatekeeping“ vergleichbar mit jenen mit freiem Zugang keine signifikanten Unterschiede aufweisen (Zentner et al. 2009, S.42f).

### 6.2.3 Quality and Outcomes Framework (QOF)

Im Jahre 2004 wurde zur Überprüfung der Qualität das sogenannte Quality and Outcomes Framework (QOF) eingeführt. Dieses Programm bietet zusätzliche Bonuszahlungen, wenn zuvor definierte Qualitätsmerkmale von den Hausärztinnen und Hausärzten erreicht wurden. Es soll die Qualität der Allgemeinmedizin verbessern. Die Teilnahme an der QOF ist freiwillig, doch ist es fast der einzige Bereich, in dem die Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen ihre Einkünfte selbst beeinflussen können. Im Vertrag von 2004 konnten die Praxen je nach Leistungsstand bis zu 105 QOF- Punkte sammeln. Die Kriterien sind nach *Boyle (2011)* in diese 4 Domänen unterteilt:

- klinische (86 Indikatoren)
- organisatorische (36 Indikatoren)
- Patientinnen- und Patientenerfahrung (3 Indikatoren)
- zusätzliche Dienstleistungen (9 Indikatoren)

Im organisatorischen Bereich war der Wert des Punktes proportional zur Anzahl der in der Praxis registrierten Patientinnen und Patienten. Für eine typische Standardpraxis betrug die Zuzahlung im Jahr 2004 rund 77,50 Pfund pro erreichtem Punkt. Im April 2006 gab es eine Überarbeitung des QOF, dieser wurde auf 18 klinische Domänen erweitert und 138 Punkte wurden neu zugewiesen. Die durchschnittlich erreichten Punkte pro Praxis belaufen sich auf 534 von möglichen 559 Punkten. 883 Praxen haben das Punktemaximum erreicht. NHS Digital sammelt und veröffentlicht jedes Jahr die QOF- Daten zum Ärger vieler, da dadurch ein Vergleich zwischen den Praxen in ganz England ermöglicht wird (NHS Digital, 2018).

### 6.3 Ziele in der Primärversorgung – NHS vor größter Reform

Im März 2012 wurde die größte Gesundheitsreform für den NHS beschlossen, welche die bisherigen Strukturen radikal veränderte. Ziele der Regierung sind Bürokratieabbau und Effizienzsteigerung, jedoch ist laut einem Bericht von *Hajen (2012)* dieses Ziel nicht ohne Leistungseinschränkungen erreichbar. Großbritannien ist im Vergleich zu anderen europäischen Ländern in der Lage, sich in einer Währung zu

verschulden, die es selber herausgibt. Deshalb steht es nicht im Fokus der Finanzkrise, die einige Länder der Währungsunion an die Grenze der Zahlungsfähigkeit gebracht hat (Hajen, 2012, S. 7).

### 6.3.1 Reformen

#### 1.) Dezentralisierung und Wettbewerb

Die größte Änderung gegenüber der bisherigen zentralen Steuerung des NHS, war die Trennung der Leistungserstellung (Hausärztinnen bzw. Hausärzte und Krankenhäuser) von der Entscheidung über die Verwendung des NHS- Budgets durch regionale Gremien des NHS, die Gesundheitsleistungen bei den Leistungserbringern bzw. Leistungserbringerinnen einkaufen. Seit der Gründung des NHS wurde dieser häufig reformiert. Von einer zentralstaatlichen Organisation, die den Patientinnen und Patienten wenig Wahlmöglichkeiten bei der Auswahl von Ärztinnen bzw. Ärzten und Krankenhäusern ermöglichte, hat sich der NHS dezentralisiert, indem mehr Entscheidungsbefugnisse in regionale Gremien ausgelagert wurden und der Patient bzw. die Patientin nicht mehr auf seinen im Wohnbezirk zuständigen Hausarzt bzw. Hausärztin (GP) angewiesen war, sondern seinen Arzt bzw. seine Ärztin frei wählen konnte. In der Folge war man dann in der Regel für ein Jahr an diese Entscheidung gebunden (Hajen, 2012, S. 8).

#### 2.) Mehr Geld, Qualitätszeile und Kooperation statt Wettbewerb

Die Feinsteuerung des NHS fand nach den Reformen lokal statt, d.h. am Ort der Leistungserstellung durch zunächst 350, dann 151 PCTs. Damit lagen die Planung des regionalen medizinischen Bedarfs und die Vergabe von Versorgungsaufträgen in einer Hand, um die Kontinuität von Behandlungsprozessen zu erhöhen und damit die Effizienz und Qualität zu verbessern. Mit der Dezentralisierung verbunden war eine stärkere Steuerung der Ziele und eine intensivere Kontrolle der Qualität der Leistungen. Das insgesamt für den NHS verfügbare Budget wird zwar zentral entschieden und verteilt, aber das Gesundheitsministerium hat landesweit zehn regionale Unterorganisationen, Special Health Authorities (SHAs), deren Aufgabe darin besteht, das Budget den heute 151 lokalen Organisationen zuzuweisen. Sechs der PCTs haben zusätzlich die Aufgabe, die kommunalen Gesundheitsleistungen zu

beauftragen, was am klarsten der Vorstellung einer integrierten Versorgung entspricht (Hajen, 2012, S. 9f).

### 3.) Neue Strukturen des NHS England

Nach den Neuwahlen zum Unterhaus im Mai 2010 stellte erstmals in der Geschichte des Vereinigten Königreichs eine Koalition aus Liberalen und Konservativen die Regierung. Diese Regierung beschloss, dass jeder Bürger bzw. jede Bürgerin nach dem medizinischen Bedarf versorgt wird und nicht nach seiner finanziellen Leistungsfähigkeit. Der NHS soll sich gegenüber dem Patienten bzw. der Patientin verantworten, nicht gegenüber der Bürokratie. Die zu behandelnde Person soll demnach im Mittelpunkt stehen, heißt die formulierte Forderung im „White Paper“. Die Investitionsausgaben sollen um 17% sinken, die Verwaltungskosten sogar um 33%. Durch eine älter werdende Bevölkerung und steigende Kosten durch den medizinischen Fortschritt sollen die Kosten durch Einsparungen von 15 – 20 Milliarden Pfund erwirtschaftet werden. Die große Herausforderung besteht darin, den Anstieg der Gesundheitsausgaben zu kontrollieren, aber gleichzeitig einen hohen Standard der medizinischen Versorgung zu gewährleisten (Hajen, 2012, S. 10f).

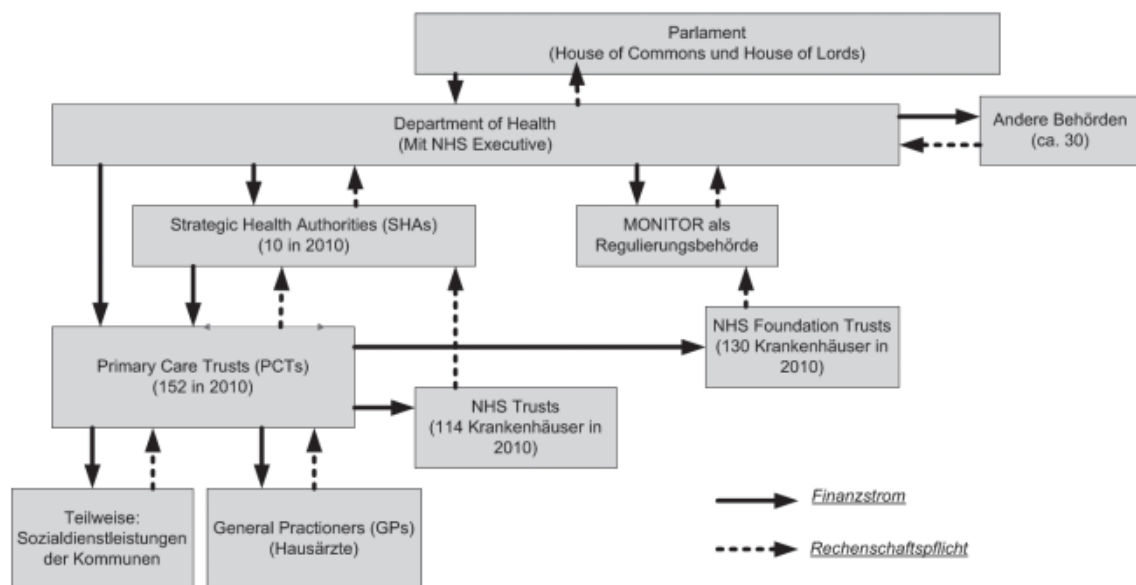


Abbildung 7 - Darstellung des Gesundheitssystems in England 2010. Quelle: Hajen (2012)

### 6.3.2 Struktur nach der Reform

An die Stelle der bisherigen Institutionen SHAs und PCTs treten zwei neue Behörden, die zwar ein hohes Maß an Selbstständigkeit haben sollen, aber letztlich auch Regierung und Parlament verantwortlich sind. Das NHS Commissioning Board (NHSCB) soll künftig dafür zuständig sein, die Werte des NHS im Versorgungssystem zu wahren, das vom Parlament bewilligte Budget auf die Clinical Commissioning Group (CCGs) zu verteilen, sie in ihrer Arbeit zu überwachen und zu unterstützen, sowie die Qualität der Behandlung zu sichern (siehe Abb.8) (Hajen, 2012, S. 11f).

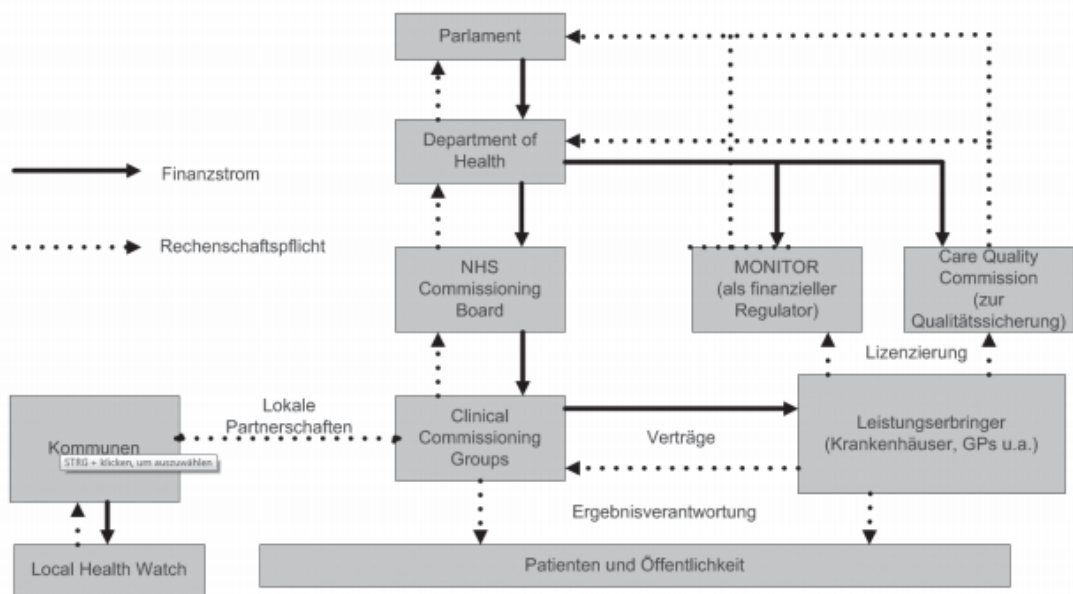


Abbildung 8- Struktur des NHS England nach der Reform. Quelle: Hajen (2012)

Unverändert bleibt die Steuerfinanzierung des NHS und eine weitgehende Freiheit von Zuzahlungen bei Inanspruchnahme von Leistungen, was ein wesentliches, wenn nicht das entscheidende Merkmal für den sozialen Charakter des NHS ist. Neu ist auch, dass private Leistungserbringer bzw. Leistungserbringerinnen und NHS – Einrichtungen ihre Dienste anbieten können. Eine stärkere Integration der verschiedenen Sektoren des Gesundheitssystems hat die Chance, die Qualität zu verbessern und die Kosten zu senken. Das ist nicht nur von den neuen Strukturen des NHS abhängig, sondern von dem materiellen Anreizsystem und dem Engagement der Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer (Hajen, 2012, S. 12).

## 7 Gegenüberstellung der Versorgung- und Vergütungsebene

In der Organisation der haus- und fachärztlichen Versorgung lassen sich im internationalen Vergleich einige zentrale Unterschiede feststellen, welche in den folgenden Tabellen dargestellt sind.

Im Oktober 2008 veröffentlichte die WHO unter dem Titel „*Primary Health Care, now than ever*“ eine Publikation über das Wesen und auch die Vorzüge der hausarztzentrierten Versorgung. Der Bericht verdeutlicht, dass selbst in entwickelten Ländern in den letzten 30 Jahren zu wenig Fortschritt hin zu einer umfassenden primären Gesundheitsversorgung stattgefunden hat. In den reichen Ländern liegt der Fokus auf der Spezialisierung der Medizin und dies führt zu einer Fragmentierung der Gesundheitssysteme (WHO 2008).

- Hausärztliche Versorgung nach freier Arztwahl, Vergütungsmodalität und Zuzahlung:

Land	Freie Arztwahl	Vergütungsmodalität	Zuzahlung
Österreich	Ja	Sachleistungsprinzip	Keine (aber jährliche Gebühr für elektronische Krankenversicherungskarte (10 Euro))
England	Ja unter bestimmten Voraussetzungen	Sachleistungsprinzip	keine

**Tabelle 5 - Gegenüberstellung hausärztliche Versorgung.** Quelle: Schölkopf und Pressel (2014) - eigene Darstellung (durch eigene Recherchen aktualisiert und ergänzt)

- Ambulante fachärztliche Versorgung

Ein freier Zugang zur ambulanten fachärztlichen Versorgung ist in Österreich möglich (siehe Tab.6), aber nur dann, wenn die Patientinnen und Patienten nicht in ein Hausarztssystem eingeschrieben sind. In England fungiert der Hausarzt bzw. die Hausärztin hingegen als „Gatekeeper“, für eine Inanspruchnahme eines Facharztes bzw. einer Fachärztin ist eine Überweisung erforderlich (Schölkopf & Pressel, 2014, S. 179).

Land	Freier Zugang	Ort der Versorgung	Zuzahlung
Österreich	Ja	Ambulant	10 € pro Jahr
England	Nein, Überweisung erforderlich	Krankenhaus	keine

**Tabelle 6 - Gegenüberstellung fachärztliche Versorgung.** Quelle Schölkopf & Pressel (2014) - eigene Darstellung

Die ärztliche Vergütung im ambulanten Bereich erfolgt in England und Österreich aus einer Kombination aus Kopfpauschalen und Einzelleistungsvergütung (siehe Tab.7)

Land	Haus-/AllgemeinärztInnen	FachärztInnen
Österreich	Pauschalbeträge und Kopfpauschalen für Basisleistungen (insgesamt knapp 50 %), Einzelleistungsvergütung für andere Leistungen	Pauschalbeträge für Basisleistungen (ca. ein Drittel des Honorars), Kopfpauschalen für einzelne Leistungen
England	Dominant Kopfpauschalen, dazu Pauschalbeträge, zudem für bestimmte Leistungen Einzelleistungsvergütung und Zuschläge für Präventionsleistungen, seit 2004 auch Fallpauschalen; Einzelleistungsvergütung für PrivatpatientInnen	Gehalt (für NHS PatientInnen), Einzelleistungsvergütung für PrivatpatientInnen

**Tabelle 7 - Gegenüberstellung der Vergütung.** Quelle Schölkopf & Pressel (2014) - eigene Darstellung

- Versorgungsniveaus der Gesundheitssysteme

Analysiert wird wie in Tab. 8 dargestellt das Versorgungsniveau der medizinischen Sachleistungen sowie der Geldleistungen im Krankheitsfall bzw. bei Mutterschaft. Der Output der Gesundheitssysteme wurde dabei über Versorgungsindices dargestellt, welche die internationalen Unterschiede im Leistungsumfang aufzeigen (Schölkopf & Pressel, 2014, S. 215f).

Die Indices wurden durch folgende Indikatoren gebildet:

- Ärzte und Zahnarztdichte
- Bettenkapazitäten
- stationäre Akutversorgung
- durchschnittliche Krankenhausverweildauer
- freie Arztwahl
- freie Krankenhauswahl
- Wartezeiten für eine stationäre Behandlung
- Ausmaß der Zuzahlungen
- Umfang des Leistungskatalogs
- Heil- und Hilfsmittel
- Höhe und Dauer der Lohnersatzleistungen.

Land	Versorgungsindex Gesundheitsleistungen	Versorgungsindex Geldleistungen	Insgesamt
Österreich	116	105	112
England	89	80	86

**Tabelle 8 - Gegenüberstellung Versorgungsindex.** Quelle: Schölkopf & Pressel (2014) - eigene Darstellung

Tabelle 8 zeigt die Ergebnisse dieser Vorgehensweise differenziert nach Gesundheitsleistungen, Geldleistungen sowie einem Gesamtindex, der beides kombiniert. Je höher dieser Index, desto umfangreicher das Versorgungsniveau (Schölkopf & Pressel, 2014, S. 216f).

Österreich weist den zweithöchsten Wert nach Deutschland auf. Somit kann hier von einem sehr guten Versorgungsniveau gesprochen werden. Länder, deren Gesundheitssystem über (Sozial-) Versicherungen organisiert sind, weisen höhere Indices auf, als anders organisierte Länder. Wieso Länder wie Deutschland und Österreich so gut abschneiden liegt auf der Hand. Das deutsche und österreichische Gesundheitswesen weist mitunter die höchste Haus-, Fach- und Zahnarztdichte sowie die höchsten Kapazitäten im stationären Sektor auf. Dies führt wiederum zu sehr geringen Wartezeiten bei der Inanspruchnahme von Behandlungen. Bei den

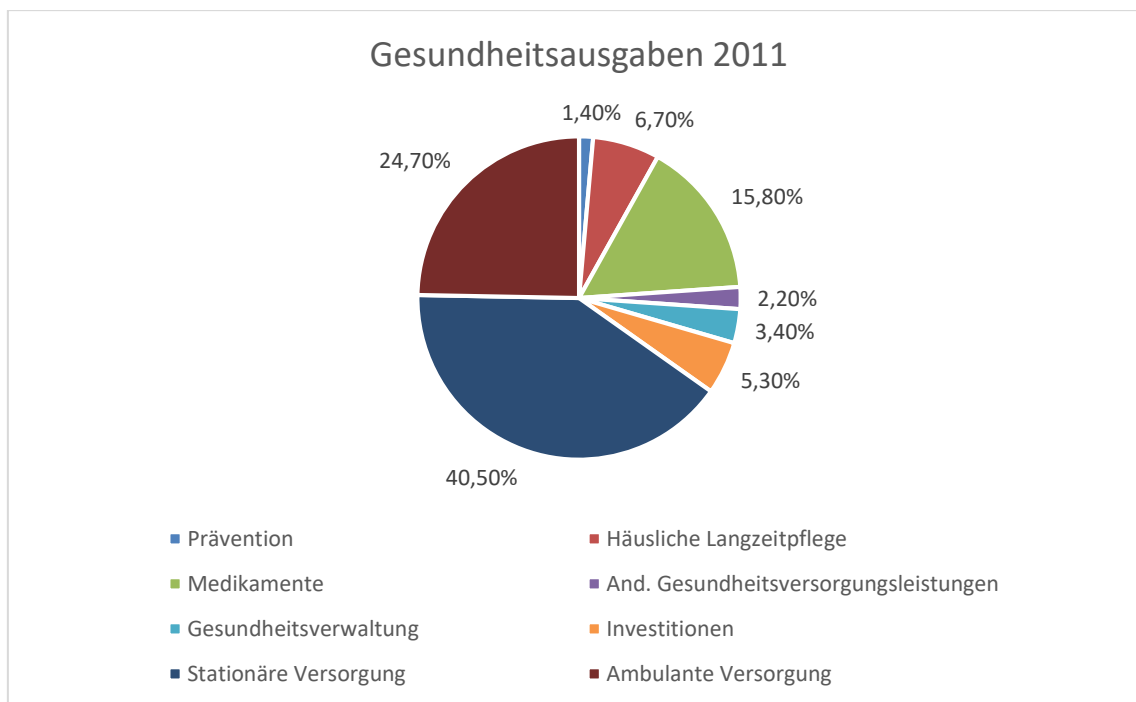
Geldleistungen im Krankheitsfall und bei Mutterschaft erreichte Österreich mit einem Indexwert von 105 zwar nicht den Spitzenwert, lag aber aufgrund der relativ hohen Absicherung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall sowie dem Krankengeld deutlich über dem Durchschnitt (Schölkopf & Pressel, 2014, S. 219f).

## **8 Gegenüberstellung der Gesundheitsausgaben und Entwicklungen in der Primärversorgung**

Um meine Forschungsfrage „*Wie wirkt sich der unterschiedliche Zugang der Primärversorgung auf die Ausgaben im Gesundheitsbereich aus und in wieweit ergeben sich Einsparungspotenziale?*“ beantworten zu können, ist es notwendig die Gesundheitsausgaben und Kostenaspekte der Primärversorgung näher zu betrachten.

### **8.1 Österreich**

Im Jahr 2012 betragen die nach SHA berechneten Gesundheitsausgaben in Österreich insgesamt 34.067 Millionen Euro, das entspricht 11,1% des BIP. Davon entfielen 31.960 Millionen Euro auf laufende Gesundheitsausgaben und 2.108 Millionen Euro auf Investitionen im Gesundheitsbereich. Die gesamte Entwicklung der Ausgabenanteile deutet auf die Krankenhauslastigkeit des Gesundheitswesens in der Akutversorgung und auf die Preisentwicklungen am Arzneimittelmarkt hin. Die Gesundheitspolitik ist gefordert eine verbesserte ambulante und tagesklinische Abgeltung für spezielle Leistungen um- und durchzusetzen, was den Kostendruck von den Spitälern reduzieren würde. Die Gesundheitsausgaben 2011 betragen 32.408 Millionen Euro und sind dabei folgendermaßen unterteilt (siehe Abb. 9) (Pöttler, 2014, S. 318f).



**Abbildung 9 - Gesundheitsausgaben 2011.** Quelle: Statistik Austria (2012) – eigene Darstellung

*Kennzahlen der Gesundheitsausgaben in Österreich laut Statistik Austria:*

Land	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016
Laufende Gesundheitsausgaben	<b>23.531</b>	25.527	28.570	30.244	32.500	34.541	35.631	36.876
Gesundheitsausgaben, in % des BIP	<b>10,3</b>	10,4	10,4	10,9	11,0	11,1	11,1	11,2
Ambulante Gesundheitsversorgung (Staat inkl. SV)	<b>4.326</b>	4.718	5.218	5.527	5.676	6.373	6.617	6.922

**Tabelle 9 - Gesundheitsausgaben in Österreich.** Quelle: Statistik Austria (2016) – eigene Darstellung

Von den öffentlichen laufenden Gesundheitsausgaben für das Jahr 2012 entfiel mit 48,2% der größte Anteil auf Leistungen der stationären Versorgung und 23,5% auf ambulante Leistungen. Im Zeitraum von 1990 – 2012 stiegen die öffentlichen laufenden Ausgaben von 7,863 Millionen Euro auf 24.670 Millionen Euro. Die Berechnung der Gesundheitsausgaben (GA) erfolgt seit 2006 nach dem OECD- Konzept. Österreich hat die fünfthöchste Quote in der EU und sogar die zweithöchsten Pro –

Kopf – Ausgaben. Das österreichische Gesundheitswesen ist nicht nur von gesamtgesellschaftlicher und sozialer Bedeutung, sondern auch ein wichtiger Wirtschaftsfaktor. Im Jahr 2006 erzielten die Gesundheitsausgaben einen Wertschöpfungseffekt von 22,5 Milliarden Euro, was einem Anteil von 9,7% der gesamtösterreichischen Wertschöpfung oder umgerechnet 445.000 Vollarbeitsplätzen entspricht. Die laufenden Gesundheitsausgaben machten im Jahr 2011 30,7 Milliarden Euro aus, das sind 94,7% der gesamten Gesundheitsausgaben von 32,4 Milliarden Euro. Alljährlich wird der größte Teil der laufenden Gesundheitsausgaben für Krankenanstalten aufgewendet. Im Jahr 2011 waren dies 11,9 Milliarden Euro, was einem Ausgabenvolumen von 38,9% der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben entspricht (Pöttler, 2014, S. 319f).

Eine Studie von *Hoffmann et al. (2013)* richtet den Blick auf Gesundheitssysteme die keine „Gatekeeper- Funktion“ haben. Die Ergebnisse zeigten, dass in Österreich 76,1% zuerst den Hausarzt bzw. die Hausärztin aufsuchen und dass dieser Wert mit anderen wesentlichen europäischen Werten zu vergleichen ist. Jedoch zeigt diese Studie auch, dass viele Österreicherinnen und Österreicher als Zugang zur Primärversorgung einen Spezialisten bzw. eine Spezialistin wählen (67,4%). Diese erhöhten Werte bedeuteten auch höhere Kosten für das Gesundheitssystem, wo Österreich mit rund 10,4% des BIP im oberen Drittel anzutreffen ist (siehe Abb. 10).



**Abbildung 10 - Gesundheitsausgaben in % des BIP.** Quelle: OECD (2008)

Die Gesundheitsausgaben pro Kopf beliefen sich mit 3.766 Euro über dem EU-Durchschnitt von 3.201 Euro. Im Zeitraum von 2000 bis 2010 verzeichnete Österreich einen Anstieg der Pro- Kopf- Gesundheitsausgaben von 2% (Bundesministerium für Gesundheit, 2012, S. 102).

### 8.1.1 Entwicklung in Österreich

Nach Pilotprojekten in den einzelnen Bundesländern soll bis 2016 mindestens ein Prozent der Bevölkerung in Einrichtungen der Primärversorgung betreut werden. Geplant ist künftig, dass Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen gemeinsam mit diplomierten Pflegekräften und Ordinationsassistenten bzw. Ordinationsassistentinnen das Kernteam einer PV bilden. Diese Struktur führte zu einem sehr großen Protest der Ärztekammer, die kritisiert, dass der Hausarzt bzw. die Hausärztin in diesem Konzept nicht mehr vorkommt, dass Planstellen für Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen nur mehr in Primärversorgungseinrichtungen zur Vergabe kommen und damit die hausärztliche Versorgung zerstört werden könnte (Pöttler, 2014, S. 431).

Durch die Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit wird auch der Abschluss eines Bundes – Zielsteuerungsvertrags bzw. der Landes– Zielsteuerungsübereinkommen geregelt. In diesen wurden Ziele zur Stärkung der PV und deren Implementierung bis zum Jahr 2021 festgelegt. Bis 2021 sollen demnach 75 Primärversorgungseinheiten in Österreich umgesetzt und die in PVE versorgte Bevölkerung gesteigert werden. Eine der wesentlichsten Maßnahmen zur Stärkung der Primärversorgung wurde von der Politik durch das Primärversorgungsgesetz (PrimVG) am 03. August 2017 beschlossen. Dieses Gesetz soll die Entwicklung der Primärversorgung vorantreiben (siehe Tab. 10) (Hauptverband der Sozialversicherung, 2018, S. 28f).

§ 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.

**Tabelle 10 - Kurzfassung Primärversorgungsgesetz 2017.** Quelle: Hauptverband der Sozialversicherungen (2018)

In Tabelle 11 werden nach dem Bericht des *Hauptverbandes der Sozialversicherungen (2018)* die bisherigen Adaptierungen der „neuen Primärversorgung“ anhand der drei Ziele des Gesundheitssystems kritisch bewertet und dargestellt:

1. Wird die Gesundheit verbessert und ist die Verteilung fair?
2. Sind Menschen gegen finanzielle Risiken im Krankheitsfall abgesichert und ist die Finanzierung fair?
3. Bietet das System die richtigen Antworten auf den Bedarf und die Bedürfnisse der Menschen?

	Steigerung	k. Veränderung	Reduktion	Kritische Punkte
<b>Abdeckung</b>				
Universalität		X		Neue PV bring keine Änderungen am Kreis der Anspruchsberechtigten mit sich
Leistungsabdeckung	X			Lt. ÖSG umfasst der Versorgungsauftrag mehr Leistungen und Aufgaben
Priv. Zuzahlungen			X	Lt. ÖSG 2017 werden sich die Zuzahlungen reduzieren (z.B. Impfen)
Zugang zur Pflege	X			Hier könnte aufgrund von längeren Öffnungszeiten der stärkeren Gesundheits-orientierung eine Verbesserung erzielt werden
<b>Eigenkapital</b>				
Finanzierung		X		PV ändert nichts am Finanzierungssystem
Leistungserbringung & Inanspruchnahme	X			Durch die gestärkte PV werden sich im Bereich der Fairness bei Leistungserbringung und Inanspruchnahme Verbesserungen einstellen
Regionalität	X			Einzelne Indikatoren könnten die regionalen Versorgungsunterschiede verringern (z.B. Diabetes)
Sozioökonomisch	X			Sozioökonomische Unterschiede könnten sich in den Outcomes verringern
<b>Effektivität</b>				
Weniger Kosten / gleiche Resultate			X	Kosten für PV werden vorrausichtlich steigen, jedoch langfristig gesehen könnten die Kosten des Gesamtsystems gesenkt werden
Vorteile / gleichen Kosten	X			Durch umfangreichere Versorgungsaufträge könnten auch die Kosten steigen, jedoch erwartet man sich einen Rückgang der ambulanten und akutstationären Versorgung
neue Arbeitsmodelle	X			Neue Formen der Zusammenarbeit können in Netzwerken leichter verwirklicht werden
Effizienz der eingesetzten Mittel		X		Neue PV ändert nichts am Beitragsrecht und an der Beitragserhebung
<b>Pflegequalität</b>				
Ressourcen (menschlich)	X			Das Image der Allgemeinmedizin soll sich verbessern und auch andere Gesundheitsberufe werden durch PV gestärkt
Ressourcen (finanziell)	X			200 Millionen Euro wurden für die PV und neue ambulante Versorgungsmodelle zweckgewidmet
Steuerliche Auswirkungen			X	PV wird im Sinne einer Investition in die Gesundheit der Bevölkerung zunächst mehr Geld kosten

**Tabelle 11 - Bewertung der Primärversorgung.** Quelle: Hauptverband der Sozialversicherungen (2018) – eigene Darstellung

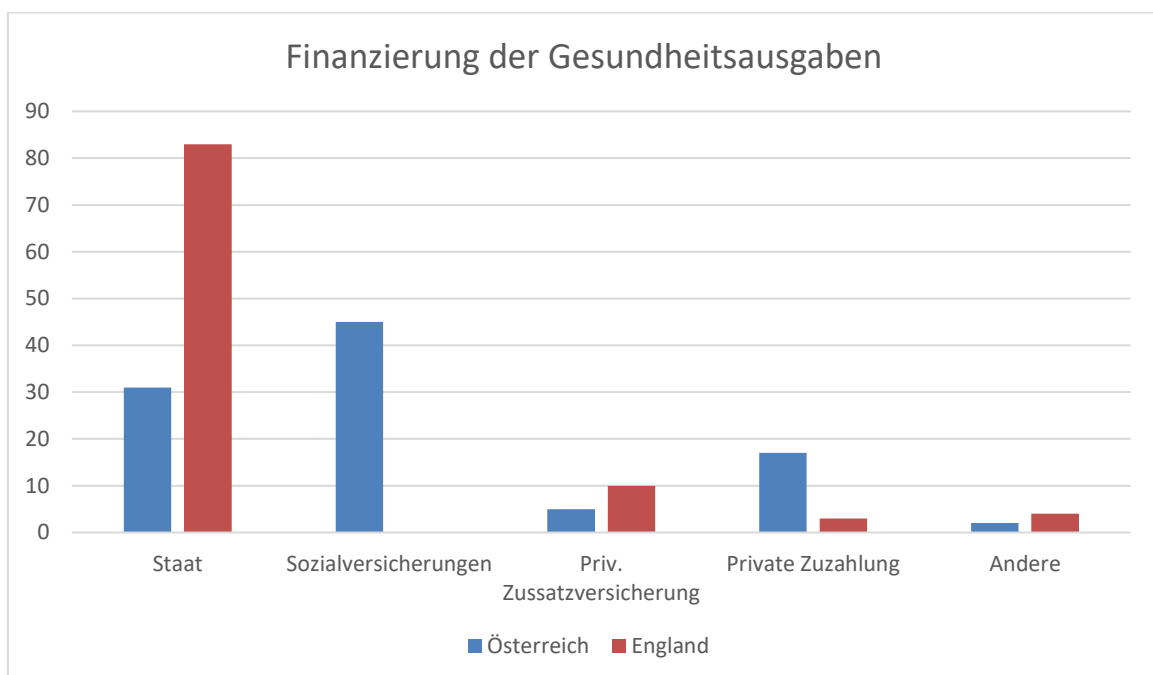
## 8.2 England

England gab 2011 für die Gesundheitsversorgung rund 9,4% des BIP für die Gesundheitsversorgung aus. Rund 76% der NHS Finanzierung kommt von der nationalen Versicherung. Die meisten privaten Ausgaben sind für rezeptfreie Medikamente und andere medizinische Produkte. Die meisten privaten Krankenhausbehandlungen, hauptsächlich Wahlbehandlungen, werden durch freiwillige Maßnahmen finanziert. Etwa 11% der britischen Bevölkerung haben eine freiwillige Zusatzversicherung, die Mehrzahl ist jedoch arbeitsbezogen versichert. Private Anbieterinnen und Anbieter müssen bei der CQC und bei Monitor (eine wirtschaftliche Regulierungsbehörde von öffentlichen und privaten Anbietern) registriert werden. Die Gebühren sind nicht von der Regierung vorgegeben und es gibt keine öffentliche Subvention für eine freiwillige Versicherung oder Bereitstellung von privater Pflege (Lafond et al. 2014, S.22f).

Die Primärversorgung ist fast ausschließlich durch „general practitioners“ (gp) abgedeckt. Im Jahr 2012 gab es 40.265 dieser Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner „gp“ in 8.088 Praxen mit einem Durchschnitt von 6.891 Patientinnen und Patienten pro Praxis und 1.562 Patientinnen und Patienten pro Allgemeinmedizinerin bzw. Allgemeinmediziner. Diese sind normalerweise der erste Ansprechpartner bzw. die erste Ansprechpartnerin der Betroffenen, welche sich auch bei einem lokalen Arzt bzw. Ärztin registrieren lassen müssen. Eine Ausnahme bilden die „walk-in-centers“ wo keine Registrierung notwendig ist. Die meisten Hausarztpraxen beschäftigen andere Fachkräfte wie DGKP's, die Überwachungsmessungen durchführen (wie z.B. Blutdruckkontrolle oder kleinere Behandlungen wie Wundbrand). Private Anbieterinnen und Anbieter von Hausarztdiensten bestimmen ihre Tarifgebühren selbst (Thomson, 2013, S. 38f).

Land	Österreich	England
Gesundheitsausgaben am BIP in %	10,1	8,5
Jährliche durchschnittliche Wachstumsrate Gesundheitsausgaben / Kopf	+1,0 %	-0,1 %
Gesundheitsausgaben / Kopf	4553 USD (3870 EURO)	3235 USD (2750 EURO)

**Tabelle 12 - Gesundheitsstatistik.** Quelle: OECD (2015) – eigene Darstellung



**Abbildung 11 - Finanzierung der Gesundheitsausgaben.** Quelle: OECD (2015) - eigene Darstellung

Die Ausgaben für die Primärversorgung in England sank von 24 Prozent im Jahr 2011/2012 auf 23 Prozent im Jahr 2013/2014. Hauptkomponenten in der Primärversorgung in England sind die Dienstleistungen der Hausärztinnen und Hausärzte und die Kosten für die Rezepte. Die Finanzierung der Allgemeinmedizin ist seither kontinuierlich zurückgegangen. Die Kosten für die Leistungen der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner haben sich im Jahr 2012/2013 auf 7840 Millionen Pfund belaufen (Lafond et al. 2014, S.22f).

Das Jahr 2012/2013 war eine Phase der relativen Stabilität für die Finanzen des NHS, mit bescheidenen Wachstum in Bereichen der Finanzierung und der Kostenentwicklung. Die Analyse deutet darauf hin, dass der NHS immer schlechter in der Lage sein wird, die steigenden Auswirkungen zu bewältigen. Es gibt 5 wichtige Trends in der Finanzlage des NHS, die daraufhin deuten, dass es für das System immer schwieriger wird, innerhalb des vorgegebenen Budgets zu bleiben:

- schwache und sinkende Finanzkraft in den Krankenhäusern
- zunehmende Abhängigkeit von einmaligen oder vorübergehenden Einsparungen
- weiterhin steigende Nachfrage von Krankenhausdienstleistungen bei der Grundversorgung
- Kostendruck auf Personal und Krankenhausarzneimittel
- Verlagerung von NHS zu einer unabhängigen und freiwilligen Sektorversorgung (Lafond et al. 2014, S.29f).

## 9 Diskussion und Schlussfolgerung

Jede Leistung im Gesundheitssystem soll dort erbracht werden, wo sie optimal angesiedelt ist. Die Stärkung der Primärversorgung ist ein zentrales Thema der Gesundheitsreform. Im europäischen Vergleich zeigt sich, dass gerade in finanziell angespannten Zeiten der Wirtschaftskrise, ein stabiles und effizientes System von Ärztinnen und Ärzten der Primärversorgung wichtig ist. Nur so haben die Patientinnen und Patienten einen geeigneten Ansprechpartner bzw. eine geeignete Ansprechpartnerin, die sie sicher durch eine rasch sich verändernde Versorgungslandschaft leiten können. Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner müssen in der Umsetzung der Gesundheitsreform eine zentrale Rolle spielen, denn sie haben den entscheidenden Vorteil, ihre Patientinnen und Patienten oft über viele Jahre zu kennen und zu betreuen, und können daher auch viele Gesundheitsprobleme lösen, ohne dass weitere Überweisungen nötig wären. 2 Faktoren sind hier ausschlaggebend:

- Sie müssen für diese Tätigkeit ausreichend remuneriert werden und
- es muss noch mehr Wert auf eine gute und fundierte Ausbildung

gelegt werden. In sehr vielen Ländern der EU geht der Anteil der Gesundheitsausgaben gemessen am BIP tendenziell zurück. Mit dem allgegenwärtigen Kostendruck und den wachsenden Versorgungserfordernissen, bleibt keine andere Option, als die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme zu verbessern. Die Erwartungen und Aufgaben für die Primärversorgung haben sich massiv verändert und ausgeweitet, denn die Hausärztinnen und Hausärzte rücken immer mehr ins Zentrum der Gesundheitssysteme. Entweder man weitet die Rolle der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner horizontal aus, macht sie also im Wesentlichen zu Koordinatoren, die ihre Patientinnen und Patienten durch die verschiedensten Gesundheitsleistungen lotsen oder es kommt zur vertikalen Ausweitung ihrer Rolle und sie sind durch vermehrte Spezialisierungen in der Lage z.B. chronische Krankheiten zu behandeln, ohne sie an Spezialistinnen und Spezialisten weiterzuleiten. In England, wo die Rolle der Primärversorgung auf unterschiedlichste Weise gezielt gestärkt worden sei, seien auch durchaus bessere Ergebnisse bei bestimmten Indikatoren zu beobachten (Medizin Aspekte, 2013).

Mehr als 80% der Österreicherinnen und Österreicher halten unser Gesundheitssystem für eines der besten in Europa. Jedoch wird durchaus auch daran Kritik geübt, denn eine sehr große Zahl von 86% stuft Doppeluntersuchungen in die Kategorie „Kostentreiber“ und nicht mehr unter „Sicherheit für den Patienten bzw. die Patientin“ ein. Im Rahmen der Gesundheitsreform wurden viele dieser wichtigen Entscheidungspunkte angesprochen. Die Ärztekammer fordert seit Jahren, dass diese Berufsgruppe der Lotse der zu behandelnden Personen durch das Gesundheitssystem wird und sieht Einsparungen von mehr als 300 Millionen Euro, die jedoch seitens der Sozialversicherung bezweifelt werden und von strukturellen Änderungen abhängen. Es ist eine komplexe Aufgabe für die Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger im Gesundheitssystem, die sehr vielfältige und oft auch widersprüchliche Rolle der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner neu zu ordnen und zu definieren. Hier wird es eine der Hauptaufgaben sein, dass Sozialversicherungen wie auch Vertreter bzw. Vertreterinnen der Ärztekammer des niedergelassenen Bereiches aufeinander zugehen und danach trachten, zum Wohle der Patientinnen und Patienten eine bestmögliche Versorgung zu garantieren (Pöttler, 2014, S. 434).

Zusammenfassend kann man sagen, dass man noch keine klare Aussage über die Entwicklung der Primärversorgung in den nächsten Jahren machen kann. Auch in wieweit sich Einsparungspotenziale ergeben, lässt sich nur erahnen. Laut dem Bericht der *Sozialversicherungen (2018)* geht man davon aus, dass langfristig ein positiver Return on Investment in der Primärversorgung festzustellen sein wird. Durch die neuen Strukturen ergeben sich durchaus Vorteile, wie z.B. bessere Vernetzung, besserer Zugang durch die Gruppenpraxen, verstärkte regionale Anbindung oder auch die längeren Öffnungszeiten. Es bleibt abzuwarten, in wieweit die Primärversorgung langfristig Kosten senken kann.

Die Erfahrungen anderer Gesundheitswesen zeigen, dass eine Umstellungsphase einige Zeit in Anspruch nehmen wird, auch wenn die Akzeptanz in vielen Bereichen bereits jetzt groß ist (Hauptverband der Sozialversicherung, 2018, S. 32).

Unabhängig von den umstrittenen „Primary Health Care“ Plänen gibt es in Österreich Projekte, die bereits nachweislich zu einer Verbesserung der Primärversorgung geführt haben. Allen voran das steirische Ärztenetzwerk Styriamed. Schon jetzt versorgt Styriamed 61% der steirischen Bevölkerung (rund 740.000 Menschen). Derzeit kooperieren 30% - 40% der regionalen Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen sowie Fachärzte und Fachärztinnen. Dazu käme mindestens ein Spital pro Bezirk. Styriamed ist beispielsweise ohne politische Unterstützung entstanden, was wiederum einen hohen organisatorischen Aufwand nach sich zieht. Die Ärztinnen und Ärzte nahmen freiwillig an den regionalen Verbänden teil und unterstützten einander unentgeltlich (Österreichische Ärztekammer, 2015).

An Projekten wie diesen sieht man, dass es durchaus möglich ist die Primärversorgung zu verbessern, jedoch braucht es den Aufbau eines Gesundheitsnetzwerkes. Erst durch das Zusammenspiel der verschiedenen Berufsgruppen, einem gut organisierten Arbeitsablauf und der Bereitschaft eine Verbesserung erzielen zu wollen, kann meiner Meinung nach eine Veränderung erreicht werden.

Laut OECD gehört Österreich zu jenen Ländern in Europa, welche am meisten für die Gesundheitsversorgung aufwenden. Es ist daher wichtig, dass die Mittel zielgerichtet und verantwortungsvoll eingesetzt werden (Statistik Austria, 2018).

Dass dies jedoch einfacher gesagt als getan ist, durfte ich persönlich bei einem Vortrag im SMZ Liebenau mit dem Titel „Die Rolle des Hausarztes“ erleben. Vertreterinnen und Vertreter der Ärztekammer, der Versicherungen, aus dem ambulanten Sektor sowie zahlreiche Vorstände diskutierten vor allem darüber, wie der Staat dieses neue Konzept finanzieren will. Betrachtet man die Lage in Österreich kommt man zu der Erkenntnis, dass wir ein Land mit schwacher Ausprägung der Primärversorgung sind. Wie in dieser Arbeit beschrieben, sieht man auch, dass sehr viele Länder einfache medizinische Routineaufgaben an nicht-ärztliches Personal delegieren. Meiner Meinung nach muss bei der Planung und Umsetzung von Primärversorgungszentren ein Umdenken und eine Neuorientierung stattfinden, da sehr viele Berufsgruppen involviert sind. Bis 2021/2022 soll es laut dem Vortrag vom SMZ Liebenau 75 Primärversorgungseinrichtungen geben, jedoch frage ich mich wie die Vergütung der einzelnen Berufsgruppen aussehen soll bzw. wie der Organisationsaufwand (Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen) organisiert wird.

Ob die Ärzteschaft und die Vertreter bzw. Vertreterinnen anderer Gesundheits- und Sozialberufe überhaupt auf diesen neuen Zug der Primärversorgung aufsteigen wollen, ist eine Frage der Organisation, des Honorars und der Zusammenarbeit der einzelnen Berufsgruppen. Der Vorteil könnte sein, dass junge Ärztinnen und Ärzte eher teamorientiert sind und somit ein Umschwung zur richtigen Zeit stattfinden könnte.

Ich denke, dass die Hausärztin bzw. der Hausarzt in Zukunft eine zentrale Rolle in unserem Gesundheitssystem einnehmen wird. Vor allem als erste Anlaufstelle, an die man sich mit allen neuen Gesundheitsbeschwerden wenden kann. Die verbesserte Vernetzung der Ärztinnen und Ärzte mit anderen Berufsgruppen ermöglicht auch einen engen Austausch über die Bedürfnisse der einzelnen Patientinnen und Patienten.

## 10 Literaturverzeichnis

### Bücher / Berichte:

Bergmair, T. (2015): Primärversorgung in Österreich, in: *Zeitschrift für Gesundheitspolitik*, 04(15), S.89-109.

Boyle, S. (2011): *United Kingdom (England). Health system review. Health system in Transition*, 13(1), S. 1-486.

Bundesministerium für Gesundheit (2012): *Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich*, Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

Bundesministerium für Gesundheit (2013): *Das österreichische Gesundheitssystem. Zahlen - Daten – Fakten*, Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

Bundesministerium für Gesundheit (2014): *Das Team rund um den Hausarzt. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich*, Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

Czypionka, T., & Ulinski, S. (2014): *Primärversorgung*, Wien: Institut für höhere Studien (IHS).

Domenek-Thurner, C., & Höberl, R. (2012): *Das Gesundheitszentrum in Österreich als alternative Versorgungseinrichtung*, Graz.

Hoffmann, K., Stein, K., & Dorner, T. (2014): Differences in access points to the ambulatory health care system across Austrian federal states, in: *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 7-8(14), S. 152-159.

Hofmarcher, M. M., & Rack, H. M. (2006): *Gesundheitssysteme im Wandel*, Berlin: MWV mbH & Co.KG.

Huter, S. (2014): *Die Rolle der AllgemeinmedizinerInnen als erste Anlaufstelle im österreichischen Gesundheitswesen*, Wien.

IAMEV (2015): *Primary Health Care (PHC): Erstellung eines Master Evaluationskatalogs für österreichische PHC- Einrichtungen*, Graz.

Lafond, S., Arora, S., Charlesworth, A., & McKean, A. (2014): Into the red? The state of the NHS´finances, in: *Nuffieldtrust*, S. 1-44.

Natanzon, I., Szecsenyi, J., Götz, K., & Joos, S. (2009): Das Image der hausärztlichen Profession in einer sich wandelnden Gesellschaft: Eine qualitative Befragung von Hausärzten, in: *Medizinische Klinik* (8), S. 601-607.

Pöttler, G. (2014): *Gesundheitswesen in Österreich - Organisationen, Leistungen, Finanzierung und Reformen übersichtlich dargestellt*, Wien: Goldegg Verlag GmbH.

Schölkopf, M., & Pressel, H. (2014): *Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich*, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Wendt, C. (2013): *Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung. Gesundheitssysteme im Vergleich*, 3 Auflage, Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Zentner, A., Velasco, M., & Busse, R. (2009): *Macht der Hausarzt als Lotse die Gesundheitsversorgung besser und billiger? Ein Systematischer Review zum Konzept Gatekeeping. Do Primary Care Physicians Acting as Gatekeepers really Improve Health Outcomes and Decrease Costs? A Systematic Review. Fachgebiet Management im Gesundheitswesen*, Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

#### **Internet / Artikel:**

Bundesministerium für Gesundheit (2018): Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, [online] <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/primarversorgung-oesterreich> [22.09.2018].

Hajen, L. (2012): Englischer National Health Service vor größter Reform seit 60 Jahren. Polarisierte Diskussion über Reform des NHS, [online] [https://www.gus.nomos.de/fileadmin/gus/doc/Aufsatz\\_GuS\\_12\\_03.pdf](https://www.gus.nomos.de/fileadmin/gus/doc/Aufsatz_GuS_12_03.pdf) [23.09.2018].

Hauptverband der Sozialversicherung (2015): Gesundheitsreform- der menschliche Faktor, [online] <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.619032&version=1430135608> [22.09.2018].

Hauptverband der Sozialversicherung (2018): Die Stärkung der Primärversorgung in Österreich - ein erster Zwischenstand, [online]  
<http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.782536&viewmode=content> [22.09.2018].

Medizin Aspekte (2013): Primärversorgung. Erstanlaufstelle im Gesundheitssystem stärken, [online]  
[https://medizin-aspekte.de/30557-primaerversorgung-erstanlaufstelle-im-gesundheitssystem-staerken\\_39366/](https://medizin-aspekte.de/30557-primaerversorgung-erstanlaufstelle-im-gesundheitssystem-staerken_39366/) [23.09.2018].

National Health Service (2018): About the NHS, [online]  
<https://www.nhs.uk/using-the-nhs/about-the-nhs/the-nhs/> [22.09.2018].

NHS Digital (2018): Quality and Outcomes Framework, [online]  
<https://qof.digital.nhs.uk/> [22.09.2018].

OECD (2015): Health at a glance, [online]  
<http://www.oecd.org/health/health-systems/46727982.pdf> [26.09.2018].

ÖGAM (2018): Primärversorgung im Netzwerk, [online]  
[http://oegam.at/system/files/aek\\_10\\_oegam\\_0.pdf](http://oegam.at/system/files/aek_10_oegam_0.pdf) [26.09.2018].

Österreichische Ärztekammer (2015): So kann Primärversorgung funktionieren, [online]  
[http://www.aerztekammer.at/presseaussendungen/asset\\_publisher/gR8t/content/id/10784963](http://www.aerztekammer.at/presseaussendungen/asset_publisher/gR8t/content/id/10784963) [03.10.2018].

Sozialministerium (2017): *Mehr Gesundheit durch eine gestärkte Primärversorgung*, [online]  
[https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Mehr\\_Gesundheit\\_durch\\_eine\\_gestaerkte\\_Primaerversorgung](https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Mehr_Gesundheit_durch_eine_gestaerkte_Primaerversorgung) [02.10.2018].

Spalek, M. (2009): Das Hausarztssystem im internationalen Vergleich, [online]  
[https://www.patientenanwalt.com/download/Expertenletter/Gesundheitswesen/Das\\_Hausarztssystem\\_im\\_internationalen\\_Vergleich\\_Michael\\_Spalek\\_Expertenletter\\_Gesundheitswesen\\_01.pdf](https://www.patientenanwalt.com/download/Expertenletter/Gesundheitswesen/Das_Hausarztssystem_im_internationalen_Vergleich_Michael_Spalek_Expertenletter_Gesundheitswesen_01.pdf) [02.10.2018].

Statistik Austria (2018): Gesundheitsausgaben in Österreich, [online]  
[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html) [27.09.2018].

Thomson, S. (2013): International Profiles of Health Care Systems, [online]  
[https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/media\\_files/publications\\_fund\\_report\\_2013\\_nov\\_1717\\_thomson\\_intl\\_profiles\\_hlt\\_care\\_sys\\_2013\\_v2.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/media_files/publications_fund_report_2013_nov_1717_thomson_intl_profiles_hlt_care_sys_2013_v2.pdf) [21.08.2018]

World Health Organization (2008): The World Health Report 2008 – primary Health Care (Now More Than Ever), [online]  
<https://www.who.int/whr/2008/en/> [11.09.2018]