

**Masterarbeit**

**Gemischter Satz im Primärversorgungsausbau**

**Regionale Unterschiede bei der Finanzierung und Honorierung von  
Primärversorgungseinheiten in Österreich**

eingereicht von:

**Mag. Stefan Baumgartner**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Public Health (MPH)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt im Rahmen des

**Universitätslehrgangs Public Health 2016-2018**

unter der Anleitung von **Dr. med. univ. Martin Sprenger MPH**

Graz, August 2019

## 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.

Salzburg, am 30.8.2019

Mag. Stefan Baumgartner eh

## Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung.....	2
Abkürzungen.....	4
Abbildungsverzeichnis.....	5
Tabellenverzeichnis.....	6
Zusammenfassung.....	7
Abstract.....	8
1. Einleitung.....	9
2. Fragestellung.....	13
2.1. Methode.....	13
3. Ausgangslage.....	15
4. Primärversorgung in Österreich.....	26
4.1. Was versteht man unter einer Primärversorgungseinheit (PVE)?.....	30
4.1.1. Kernteam.....	32
4.1.2. Erweitertes Team.....	33
4.1.3. Versorgungskonzept.....	34
4.1.4. Rechtspersönlichkeit.....	34
4.1.5. Primärversorgungszentrum (PVZ).....	35
4.1.6. Primärversorgungsnetzwerk (PVN).....	36
4.1.7. Abbildung im RSG.....	36
4.1.8. Anforderungen an die Primärversorgungseinheit.....	37
4.1.9. Primärversorgungsvertrag.....	38
5. Finanzierung und Honorierung in der Primärversorgung.....	39
5.1. Honorierung der ärztlichen Leistungen im niedergelassenen Bereich.....	44
5.2. Honorierung in der Primärversorgung.....	46
6. Erhebung.....	52
7. Ergebnisse der Befragung.....	55
7.1. Anschubfinanzierung für PVE.....	57
7.2. Honorierung der ärztlichen Leistungen in PVE.....	59
7.2.1. Honorierung mit neu entwickelten Modellen.....	62
7.3. Finanzierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe in PVE.....	67
8. Resumee.....	69
Literaturverzeichnis.....	72

## Abkürzungen

ASVG	-> Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BMASGK	-> Bundesministerium für Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BGKK	-> Burgenländische Gebietskrankenkasse
EU	-> Europäische Union
GÖG	-> Gesundheit Österreich GmbH
GRUG	-> Gesundheitsreformumsetzungsgesetz
GTelG2012	-> Gesundheitstelematikgesetz
GZ	-> Gesundheitszentrum
G-ZG	-> Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz
KAKuG	-> Krankenanstalten- und Kuranstalten-Gesetz
KGKK	-> Kärntner Gebietskrankenkasse
Kj	-> Kalenderjahr
KVT	-> Krankenversicherungsträger
NÖ	-> Niederösterreich
OECD	-> Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OÖ	-> Oberösterreich
OÖGKK	-> Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
p4p	-> pay for performance
PrimVG	-> Primärversorgungsgesetz
PVE	-> Primärversorgungseinheit
PVN	-> Primärversorgungsnetzwerk
PVZ	-> Primärversorgungszentrum
RSG	-> Regionaler Strukturplan Gesundheit
TGKK	-> Tiroler Gebietskrankenkasse
VZÄ	-> Vollzeitäquivalent

## Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: Anteil der Personen ab 16 Jahren, die ungedeckten Bedarf an medizinischer Versorgung melden	S. 14
ABBILDUNG 2: Länder mit starker, mittlerer und schwacher Primärversorgung	S. 17
ABBILDUNG 3: Diabetes bezogene Krankenhaus-Aufnahmen pro 1000 Patientinnen und Patienten mit Diabetes	S. 18
ABBILDUNG 4: Krankenhausentlassungen im akutstationären Bereich je 100 Einwohnerinnen und Einwohner (Krankenhaushäufigkeit).	S. 20
ABBILDUNG 5: Entwicklung der 0-Tagesaufenthalte in landes- gesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten	S. 22
ABBILDUNG 6: Entwicklung der stationären Aufenthalte im Kalenderjahr in Österreich je 100 Einwohnerinnen und Einwohner	S. 23
ABBILDUNG 7: Entwicklung ausgewählter Kennzahlen landes- gesundheitsfondsfinanzierter Krankenanstalten, 2004-2013	S. 24
ABBILDUNG 8: Entwicklung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, 2005-2015	S. 27
ABBILDUNG 9: Das Team rund um den Patienten	S. 33
ABBILDUNG 10: Formen von Primärversorgungseinheiten	S. 35
ABBILDUNG 11: Zielbild Honorarformen in der Primärversorgung	S. 47
ABBILDUNG 12: Das Honorierungshaus der Primärversorgung	S. 50
ABBILDUNG 13: Österreichkarte Anschubfinanzierung für PVE	S. 58
ABBILDUNG 14: Österreichkarte Honorierung der ärztlichen Leistungen in PVE nach Finanzierungsaufteilung	S. 61
ABBILDUNG 15: Österreichkarte Honorierung der Arztleistungen in PVE	S. 61
ABBILDUNG 16: Österreichkarte Finanzierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe	S. 67

## Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: Länderübersicht Anschubfinanzierung für PVE	S. 57
TABELLE 2: Länderübersicht Honorierung Arztleistungen in PVE	S. 60
TABELLE 3: Länderübersicht Finanzierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe	S. 66

## Zusammenfassung

**Einleitung:** Das österreichische Gesundheitssystem gewährleistet einen guten allgemeinen Zugang zu den Gesundheitsleistungen. In der österreichischen Bevölkerung gibt es die geringsten unbefriedigten Bedürfnisse bei medizinischer Versorgung in der Europäischen Union (EU). Auf der anderen Seite hat das österreichische Gesundheitssystem eine hohe Rate an Krankenhausaufnahmen und eine im internationalen Vergleich schwache Primärversorgung. In der laufenden Gesundheitsreform ist im Zeitraum von 2017 bis 2021 geplant dieses Ungleichgewicht durch den Aufbau von zumindest 75 multidisziplinären Primärversorgungseinheiten zu korrigieren. Der Ausbau der Primärversorgung wurde gesetzlich und in 15a Vereinbarungen zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung festgelegt. Darin enthalten sind auch Vereinbarungen zur Finanzierung der Primärversorgungseinheiten.

**Ziel:** Das Ziel dieser Arbeit ist es, den Stand der Umsetzung des Ausbaus der Primärversorgung zu erheben und die unterschiedlichen Formen der Finanzierung und Honorierung von Primärversorgungseinheiten zu analysieren.

**Methode:** Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden eine unsystematische Literaturrecherche sowie Experteninterviews herangezogen.

**Ergebnisse:** Die Gegenüberstellung der bisher getroffenen Finanzierungs- und Honorierungsvereinbarungen auf Landesebene hat gezeigt, dass trotz einheitlicher Regelungen und Vereinbarungen zum Ausbau der primären Versorgung auf Bundesebene, die Umsetzung in den Bundesländern sehr unterschiedlich erfolgt.

**Schlussfolgerung:** Derzeit stehen nicht alle relevanten Systempartner hinter dem in verschiedenen Vereinbarungen festgelegten Ausbau der Primärversorgung. Die quantitativen Ziele des Ausbaus der Primärversorgung bis 2021 sind durch die unterschiedliche Umsetzungsweise in den Bundesländern bedroht. Eine Senkung der hohen Krankenhaushäufigkeit in Österreich ist ohne einen effektiven Ausbau der Primärversorgung unrealistisch. Für eine einheitliche Umsetzung braucht es eine zentrale Förderstrategie, das Commitment aller Systempartner und ein klares Leadership der Gesundheitspolitik. Darüber hinaus braucht es eine konsequente Umsetzung der 15a Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des

## Abstract

**Introduction:** The Austrian health system provides good access to health care services. Austria's population report the lowest levels of unmet needs for medical care across the European Union (EU). On the other side, the Austrian health system has a high rate of hospital admissions and relatively weak primary care in comparison to international standards. The ongoing health reforms try to correct this imbalance and strengthen primary care by the implementation of at least 75 multidisciplinary primary health care units between 2017 and 2021. The expansion of primary care was decided by law and in the 15a agreements between the federal government, the federal states and the social security system. These agreements include the financing of both the future primary care and primary care units.

**Objective:** The aim of this master thesis is to assess the current state of the primary care reform, and to analyse the different forms of financing and remuneration of primary care units.

**Method:** Non-systematic literature review and expert interviews

**Results:** A comparison of the existing financing and remuneration agreements at level of the nine federal states of Austria show a great heterogeneity regarding financing and remuneration of primary care units. Despite several national laws and regulations to guide the expansion of primary care at state level, the implementation is happening in very different ways.

**Conclusion:** Currently, not all relevant system partners are fully committed to a strengthen primary care. Therefore, the national targets for the expansion of primary care until 2021 are threatened by different regional approaches in the federal states. A reduction of the costly high frequency of hospital admissions in Austria seems to be unrealistic without an effective strengthening of primary care. A uniform and successful implementation requires a clear funding strategy, the commitment of all system partners, a strong leadership of policy makers and the implementation of the Agreement for Organisation and Financing of Health Care from 2017.

## 1. Einleitung

Wir können stolz sein auf das Gesundheitssystem in Österreich. Eine der wichtigsten zivilisatorischen Errungenschaften ist in unserem Land besonders gut umgesetzt: die Versorgung der Menschen im Krankheitsfall. In Österreich funktioniert das Sozialversicherungssystem nach dem Bismarck-Modell mit Pflichtversicherung. Hier werden aufgrund der Zahlung von Beiträgen in das System Ansprüche erworben. Versichert ist man automatisch bei einem der verschiedenen Versicherungsträger, ohne Wissen und Willen, je nach Bereich des versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses. Für Angehörige und Kinder ist großteils eine kostenfreie Mitversicherung vorgesehen.

Getragen wird das Sozialversicherungssystem von einer vom Staat unabhängigen Selbstverwaltung der Versicherten. Die Vertreter in den Gremien der Selbstverwaltung der Versicherten werden nach demokratischen Regeln von den sozialpartnerschaftlichen Institutionen Arbeiterkammer und Wirtschaftskammer entsandt. Die Selbstverwaltung organisiert die Sozialversicherung und im Speziellen auch die Krankenversicherung. Die Versicherungsbeiträge werden eigenständig eingehoben und verwaltet. Mit dem eingesammelten Geld wird pauschal ein Teil des Betriebs der öffentlichen Krankenhäuser finanziert. Außerdem werden mit den Beiträgen die Medikamente für die Versicherten, die Leistungen der Medizinerinnen und Mediziner und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe im niedergelassenen Bereich außerhalb der stationären Versorgungsstrukturen gedeckt. Die selbstverwaltete Krankenversicherung agiert gegenüber den Medizinerinnen und Mediziner und anderen Gesundheitsberufen als Einkaufsgemeinschaft der Versicherten, mit dem Auftrag mittels Verträgen, möglichst gute Gesundheitsleistungen zu einem guten Preis einzukaufen. Für den niedergelassenen Bereich außerhalb der stationären Versorgungsstrukturen hat die Krankenversicherung den Auftrag, Gesamtverträge mit den Interessenvertretungen der Ärztinnen und Ärzte und der anderen Gesundheitsberufe sowie Einzelverträge mit den Leistungserbringern

abzuschließen.

Ein wichtiger und großer Teil des Gesundheitssystems, die öffentlichen Krankenhäuser, werden zwar von der Krankenversicherung mitfinanziert, unterliegen jedoch nicht der Selbstverwaltung der Versicherten. Hier sind die Bundesländer von der Bundesverfassung mit der Gesetzgebung und Verwaltung betraut. Diese geteilte Verantwortung und Finanzierung im Gesundheitssystem birgt Konfliktlinien und Probleme.

Die Arbeit versucht aufzuzeigen, wo die aktuellen Problemlagen im österreichischen Gesundheitssystem liegen, die eventuell aus der zwischen Selbstverwaltung und Bundesländern aufgeteilten Verantwortung und Finanzierung herrühren. Es wird gezeigt wo es Verbesserungspotential in der Organisation des Gesundheitssystems gibt und welche Weiterentwicklungen in der Versorgung der Versicherten angezeigt sind. Die Argumentation basiert dabei vor allem auf Empfehlungen von internationalen wie nationalen Organisationen wie der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) oder der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). Vorrangig ist somit die Frage, welche Veränderungen es im österreichischen Gesundheitssystem braucht, um eine möglichst gute Versorgung für alle Bevölkerungsschichten zu gewährleisten.

Eine der notwendigen Verbesserungsmaßnahmen betrifft die Primärversorgung, die in den letzten Jahrzehnten vor allem durch den Ausbau der fachärztlichen Sekundärversorgung im niedergelassenen Bereich, der Öffnung des Marktes für Wahlärzte und einer Vernachlässigung der allgemeinmedizinischen Ausbildung immer mehr geschwächt wurde. Wenn man die Diskussion rund um die Primärversorgung in Österreich aktuell und in den letzten Jahren beobachtet kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass die Primärversorgung in Österreich inhaltlich schon so geschwächt ist, dass viele Stakeholder gar keine genaue Vorstellung mehr davon haben was Primärversorgung eigentlich bedeutet. Deshalb soll am Beginn der Arbeit eine internationale Definition bzw. Sichtweise von Primärversorgung (Primary Health Care) stehen. Anschließend wird gezeigt welches Bild einer Primärversorgungseinheit (PVE) sich in den bisherigen Regelungen in Österreich durchgesetzt hat. Zentrale Vereinbarungen sind hier das Konzept „Team um den Hausarzt“ aus dem Jahr 2014 und das

Primärversorgungsgesetz aus dem Jahr 2017. Hier zeigen sich am besten die Erwartungen, die an den Ausbau der Primärversorgung in Österreich geknüpft wurden. Es werden die gesetzlichen Grundlagen aufgezeigt, welche grundlegenden Organisationsformen möglich sind und welche Anforderungen an die PVE gestellt werden.

Bei einer Weiterentwicklung und Verbesserung ist es notwendig auch über deren Finanzierung zu sprechen. Ohne Absprache über die Finanzierung fehlt der Diskussion die notwendige Ernsthaftigkeit und es besteht die Gefahr, dass es bei Sonntagsreden ohne Folge bleibt. 2017 wurde in der 15a Vereinbarung Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (Art 15a B-VG Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2017) vereinbart, die Primärversorgung auszubauen. Dabei wurde ein Investitionspaket von 200 Millionen Euro vereinbart. In dieser Vereinbarung sind auch drei Finanzierungsfelder definiert, in die das vereinbarte Geld fließen kann. Diese drei Finanzierungsfelder sind die Anschubfinanzierung für PVE, die Honorierung der Ärztinnen und Ärzte in den PVE und die Finanzierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe in den PVE.

In PVE sollen, damit die in sie gestellten Erwartungen auch erfüllt werden können, mehrere Berufsgruppen gemeinsam arbeiten. Neben Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner und eventuell Kinderärzten jeweils mit Vertragsverhältnis zur selbstverwalteten Krankenversicherung sollen auch andere Gesundheitsberufe, Pflegekräfte und Sozialarbeiterinnen und -arbeiter eingebunden sein. Alle diese in den PVE tätigen Personen müssen, damit Sie ihren für unsere Gesellschaft wichtigen Job gut machen können, einen guten Arbeitsplatz vorfinden mit einer gerechten Entlohnung bzw. Honorierung.

Nachdem die PVE primär bei der selbstverwalteten Krankenversicherung angesiedelt sind wird aufgezeigt, wie derzeit die Honorierung der niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und -Mediziner in den Ordinationen mit Kassenvertrag ausgestaltet ist. Aufgrund der wiederkehrenden Diskussionen rund um zu geringe Honorarhöhen für Einzelpositionen und Forderungen zu stärkerer pauschaler Bezahlformen, wird analysiert wie stark die pauschalen Honorarteile wie Fallpauschalen und Kontaktpauschalen derzeit schon den

Umsatz der Allgemeinmediziner bestimmen. Darüber hinaus wird gezeigt, welche Vereinbarungen in Verhandlungen im Hauptverband der Sozialversicherungsträger zwischen den Krankenversicherungsträgern hinsichtlich der Honorierung bei PVE getroffen wurden. Derzeit gibt es noch keine validen empirischen Daten über den Stand der Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben, Vereinbarungen und Übereinkünfte in den drei Finanzierungsfeldern: Anschubfinanzierung von PVE, Honorierung der Ärztinnen und Ärzte in den PVE und Finanzierung der nicht-ärztlichen Berufe in den PVE.

Für die Erreichung der quantitativen und qualitativen Ziele des Ausbaus der Primärversorgung scheint ein einheitliches Vorgehen wichtig, da gewonnene Routinen die Umsetzung einer größeren Anzahl an Einheiten, geplant sind zumindest 75 PVE bis 2021, sicherlich erleichtern. Andererseits ist eine Pionierphase auch dafür geeignet unterschiedliche Modelle auszuprobieren, die man später in der Fläche ausrollen kann. In der 15a Vereinbarung wurde erkannt, dass es eine möglichst bundesweit einheitliche Vorgehensweise braucht, damit die vereinbarten 200 Millionen Euro effektiv die Zielsetzungen beim Ausbau der Primärversorgung unterstützen. Die vorgesehene Richtlinie zur Verwendung der 200 Mio. Euro, die ein einheitliches Vorgehen unterstützt hätte, wurde jedoch nie von der Bundeszielsteuerungskommission erlassen.

In dieser Masterarbeit ist es nicht möglich eine tiefgehende Analyse der Honorierungsformen für die Ärztinnen und Ärzte in den PVE zu leisten und die etwaigen Auswirkungen was die Steuerung anbelangt. Ebenfalls ausgeklammert bleiben Fragen zur Qualität in der Primärversorgung, da dies den Rahmen einer Masterarbeit sprengen würde.

## 2. Fragestellung

In den letzten Jahren, seit dem Beschluss des Konzeptes „Team um den Hausarzt“ am 30. Juni 2014 in der Bundes-Zielsteuerungskommission, war es bereits möglich, auch vor dem Abschluss eines österreichweiten Gesamtvertrages für PVE, Pilotprojekte für PVE zu initiieren. In einigen Bundesländern wurde diese Chance auch genutzt. Die primäre Fragestellung der Masterarbeit lautet deshalb:

**Wie wurde die Finanzierung und Honorierung von PVE, die zwischen Juli 2014 und Februar 2019 errichtet wurden, in den einzelnen Bundesländern vereinbart und umgesetzt?**

Es geht vor allem darum zu analysieren, ob die Absprachen aus der 15a Vereinbarung Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens hinsichtlich Finanzierung eingehalten und ob die Übereinkommen aus dem Hauptverband über die Honorierung der ärztlichen Leistungen in Primärversorgungseinheiten in den Pilotprojekten umgesetzt wurden. Die Masterarbeit fokussiert dabei auf die drei wichtigsten Teilbereiche, die in der 15a Vereinbarung definiert wurden: Anschubfinanzierung von PVE, Honorierung der Ärztinnen und Ärzte in PVE und Finanzierung der im PVE eingebundenen nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe.

### 2.1. Methode

Zur Beantwortung der primären Forschungsfrage wurden eine unsystematische Literaturrecherche sowie Experteninterviews verwendet. Diese Methoden sind deshalb geeignet, da sich die Rahmenbedingungen für den Ausbau der Primärversorgung die in Österreich vereinbart wurden, zu einem Großteil in Gesetzestexten, Berichten der Ministerien oder des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger finden. Nachdem es bis dato keine detaillierten und vergleichbaren empirischen Erhebungen zum aktuellen Stand der unterschiedlichen Umsetzungen von PVE gibt, können die für die Masterarbeit

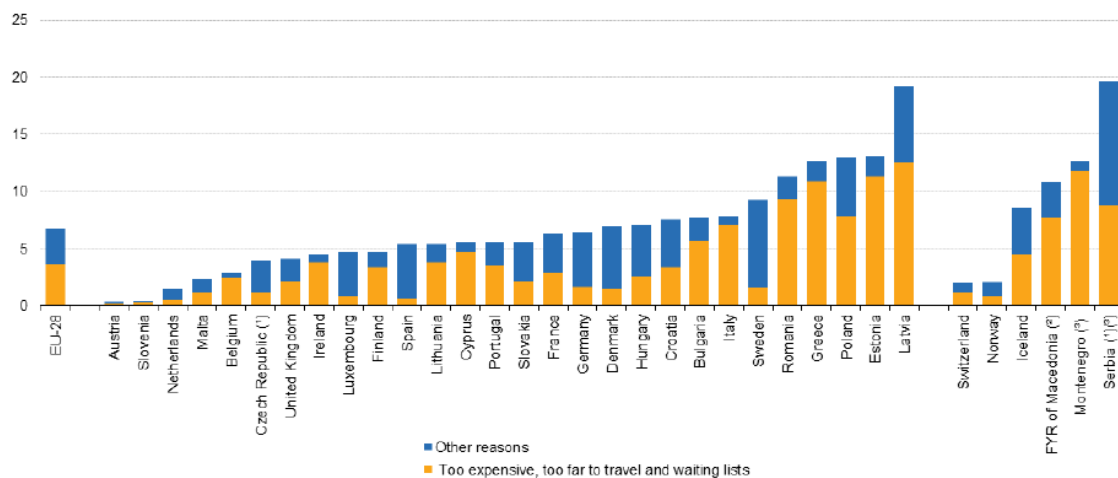
erforderlichen Daten nur durch direkte Abfrage bei den mit dem Ausbau direkt betrauten Organisationen erfolgen. Das sind die regional zuständigen Gebietskrankenkassen, die für die Finanzierung und Organisation der niedergelassenen Gesundheitsversorgung zuständig sind. Diese Organisationen sollten auch beantworten können, welche Umsetzungsvereinbarungen auf Landesebene mit den Systempartnern Land und regional zuständiger Ärztekammer hinsichtlich Finanzierung und Honorierung getroffen wurden. Der Stand hinsichtlich Ausformung der Überlegungen, Verhandlungszwischenstände und Pilotprojekte der Primärversorgung in den einzelnen Bundesländern wurde im Zeitraum Jänner/Februar 2019 bei den Gebietskrankenkassen abgefragt, also noch vor dem Abschluss des Gesamtvertrags auf Österreich-Ebene, der Anfang April 2019 erfolgte.

Die Abfrage erfolgte mittels eines Telefoninterviews mit Fragen zu den drei untersuchten Finanzierungsfeldern Anschubfinanzierung, Honorierung der Ärztinnen und Ärzte und Finanzierung der eingebundenen nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe. Die Fragen wurden von den zuständigen Fachabteilungen in den neun regional zuständigen Gebietskrankenkassen beantwortet. In Kapitel 7 wurden die Ergebnisse der Erhebung nach Finanzierungsfeld aufbereitet. Hier findet sich eine Übersicht über die erhobenen Daten und die unterschiedlichen Herangehensweisen in den einzelnen Bundesländern in den ausgewählten Finanzierungsfeldern. Es gibt je Finanzierungsfeld eine Übersichtstabelle und eine Österreichkarte.

Am Ende der Masterarbeit stehen ein Resumee über die Erkenntnisse und ein Ausblick über die weiteren notwendigen Schritte, die für einen qualitativ hochwertigen Ausbau der Primärversorgung notwendig sind.

### 3. Ausgangslage

Eine sehr aussagekräftige Tabelle des Statistischen Amtes der Europäischen Union (EUROSTAT) zeigt, dass es in unserem Land außerordentlich wenige Personen gibt, die im Krankheitsfall keine Versorgung bekommen. Hier bewegen wir uns auf einem Niveau, das kaum mehr zu verbessern ist.



(\*) Data with low reliability.  
 (\*) 2012  
 (\*) 2013

Abbildung 1: Anteil der Personen ab 16 Jahren, die ungedeckten Bedarf an medizinischer Versorgung melden. Quelle: Eurostat 2016: 2

Nach den Zahlen der EUROSTAT nehmen nur 0,1% der Menschen in Österreich, eine benötigte medizinische Leistung nicht in Anspruch, weil sie zu teuer ist. (Eurostat 2016: 3)

Österreich liegt mit 0,3 Prozent der Bevölkerung mit unerfülltem Behandlungsbedarf deutlich unter dem europäischen Durchschnitt von 3,4 Prozent (EU-15-Durchschnitt: 2,3 %). Bei diesem Indikator geht in Österreich die Schere zwischen Arm und Reich weniger weit auseinander als in vergleichbaren EU-Mitgliedstaaten. Dadurch zeigt sich, dass es derzeit einen ausgewogenen Zugang aller gesellschaftlichen Schichten zum Gesundheitssystem gibt. (GÖG 2015: 55) Die Behandlungswünsche werden somit in Österreich bezüglich Entfernung, Leistbarkeit und Wartezeit gut erfüllt.

Neben dem ausgewogenen Zugang für alle Bevölkerungsschichten ist auch die Wirtschaftlichkeit ein Ziel im Gesundheitssystem. Wenn es um die Verbesserung des Gesundheitssystems geht, ist der erste Gedanke oft, dass nur mit mehr Geld Verbesserungen umgesetzt werden könnten. Im OECD Bericht „Tackling Wasteful Spending on Health (OECD 2017) wird bei der Diskussion um Verbesserungen im Gesundheitssystem ein anderer Fokus gewählt. Die Qualität in der Versorgung soll durch eine Reduktion von Verschwendung erreicht werden. Der Auslöser für diesen Schwerpunkt im Bericht sind laut Bericht Ergebnisse mehrerer Studien aus den letzten Jahren, wonach bis zu einem Fünftel der Ausgaben in den unterschiedlichen Gesundheitssystemen besser eingesetzt werden könnten.

Laut diesen Studien ist vor allem in folgenden Bereichen Verbesserungsbedarf gegeben:

- Tests und Behandlungen
- Arzneimittel
- Krankenhauseinweisungen

Verschwendung bei Tests und Behandlungen entsteht, wenn Patientinnen und Patienten unnötigen Tests unterzogen werden und nicht notwendige Behandlungen erhalten, oder wenn die Versorgung mit geringeren Mitteln hätte erfolgen können. Bei den Arzneimitteln tritt Verschwendung auf, wenn zu hohe Preise für Medikamente gezahlt werden oder die Versorgungsmöglichkeiten mit Generika nicht ausgeschöpft werden. Mit einem besseren Management von chronischen Krankheiten könnten viele Krankenhauseinweisungen verhindert werden. Beispielsweise verbrauchen vermeidbare Aufnahmen für Erkrankungen wie Asthma und Diabetes EU-weit jährlich über 37 Millionen Bett-Tage. (OECD 2018: 12)

Hier kann eingespart werden ohne die Versorgungsqualität zu beeinträchtigen. Mehr noch, durch freiwerdende Ressourcen können Verbesserungen umgesetzt und steigende Qualität im System erreicht werden. Außerdem werden Patientinnen und Patienten nicht durch unnötige Behandlungen oder Krankenhausaufnahmen überversorgt.

Aus österreichischer Sicht gilt es besonders die möglicherweise zu hohen Gesundheitsausgaben für zu häufige Krankenhausaufnahmen im Fokus zu haben. Diese Problemlage soll kurz aufgezeigt und zum Anlass der Betrachtung des Ausbaus der Primärversorgung gemacht werden. Es gibt Anzeichen dafür, dass in Österreich ein Missverhältnis zwischen der Primärversorgung und der stationären Versorgung herrscht. Ein solches Missverhältnis würde laut OECD Bericht für eine Mittelverschwendung sprechen, da die Versorgung der Patientinnen und Patienten im stationären Bereich teurer ist als im niedergelassenen Bereich (Bachner et al 2018: 154), besonders in der Primärversorgung. Belege für dieses Missverhältnis und damit die Notwendigkeit, die Primärversorgung stark auszubauen liefern die nächsten Seiten mit Auswertungen aus unterschiedlichen Berichten.

Folgende Grafik in der Publikation „The strength of primary care in Europe“ von Dionne Kringos löste 2012 eine umfangreiche Diskussion über die Qualität der Primärversorgung aus und war nach Meinung des Autors ein wichtiger Impuls für die Reform der Primärversorgung in Österreich.

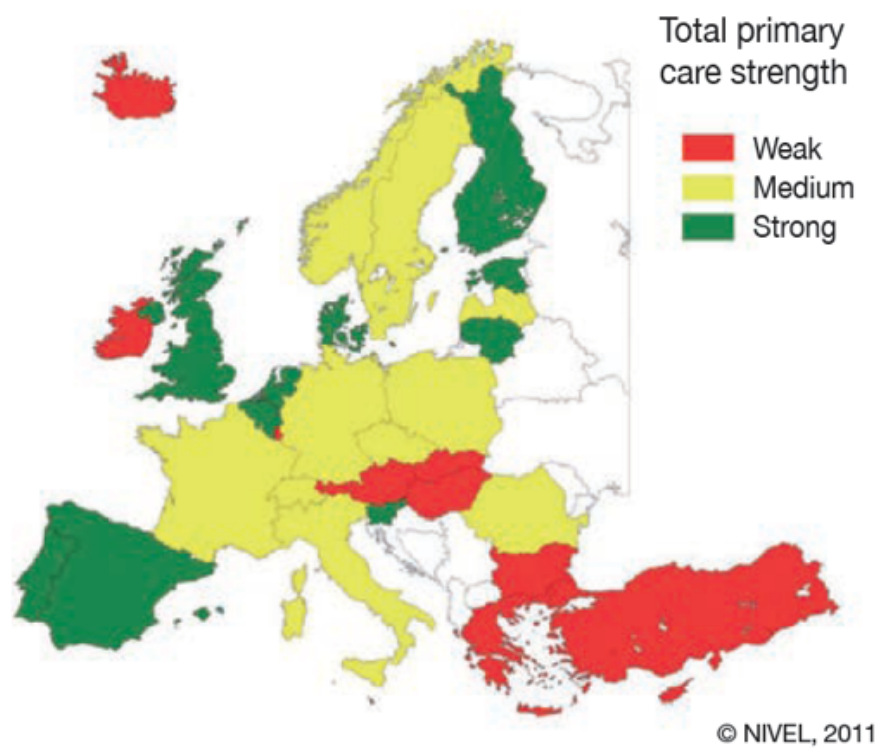
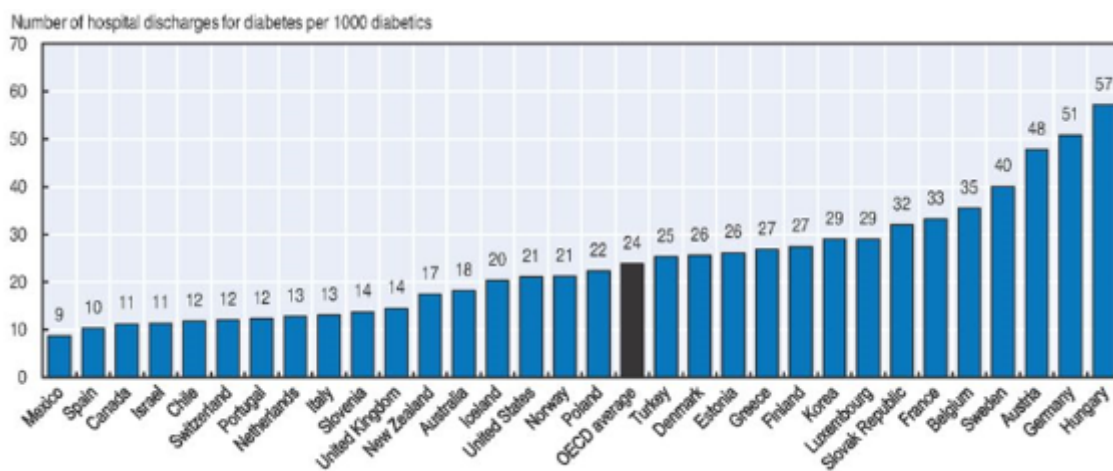


Abbildung 2: Länder mit starker, mittlerer und schwacher Primärversorgung. Quelle: Fischer 2018: 22

Hier wird dargestellt, dass in Österreich die Primärversorgung besonders schwach ausgeprägt ist. In einem Umfeld, in dem man gewohnt ist bei internationalen Vergleichen eher im besten Drittel zu stehen, gibt das Anlass für größere Diskussionen. So war dieses Studienergebnis der Anstoß, dass in der damals beginnenden Gesundheitsreform die Primärversorgung einen wichtigen Rang erhielt.

Was die Krankenhaushäufigkeiten anbelangt sprechen mehrere Hinweise dafür, dass Handlungsbedarf besteht. Die Aufnahmen in ein Krankenhaus z.B. in Zusammenhang mit Diabetes sind in Österreich besonders hoch.



Note: The OECD average includes 31 countries.

Abbildung 3: Diabetes bezogene Krankenhaus-Aufnahmen pro 1000 Patientinnen und Patienten mit Diabetes. Quelle: OECD 2017: 37

Wie die obige Darstellung zeigt ist die Häufigkeit der Krankenhausaufnahmen aufgrund einer Diabeteskrankheit in Österreich im Vergleich zum OECD Schnitt besonders hoch. Der österreichische Wert liegt mit 48 Aufnahmen je 1000 Diabetikerinnen und Diabetikern um 24 Punkte über dem OECD Durchschnitt von 24 Aufnahmen je 1000 Diabetes Kranken. Der österreichische Wert liegt also bei der doppelten Aufnahmerate wie der OECD Schnitt.

Wie im OECD Bericht angezeigt, können gerade diese Krankenhausaufnahmen durch ein besseres Management der chronischen Krankheit und durch eine frühe und passende Behandlung auf der Ebene der Primärversorgung reduziert werden. Wie gut ein Gesundheitssystem das Management von chronischen Krankheiten beherrscht, zeigen beispielsweise die Häufigkeiten bei der Krankenhausaufnahme

von chronisch kranken Personen mit Diabetes, Herzinsuffizienz, COPD und Asthma. (OECD 2017: 36f)

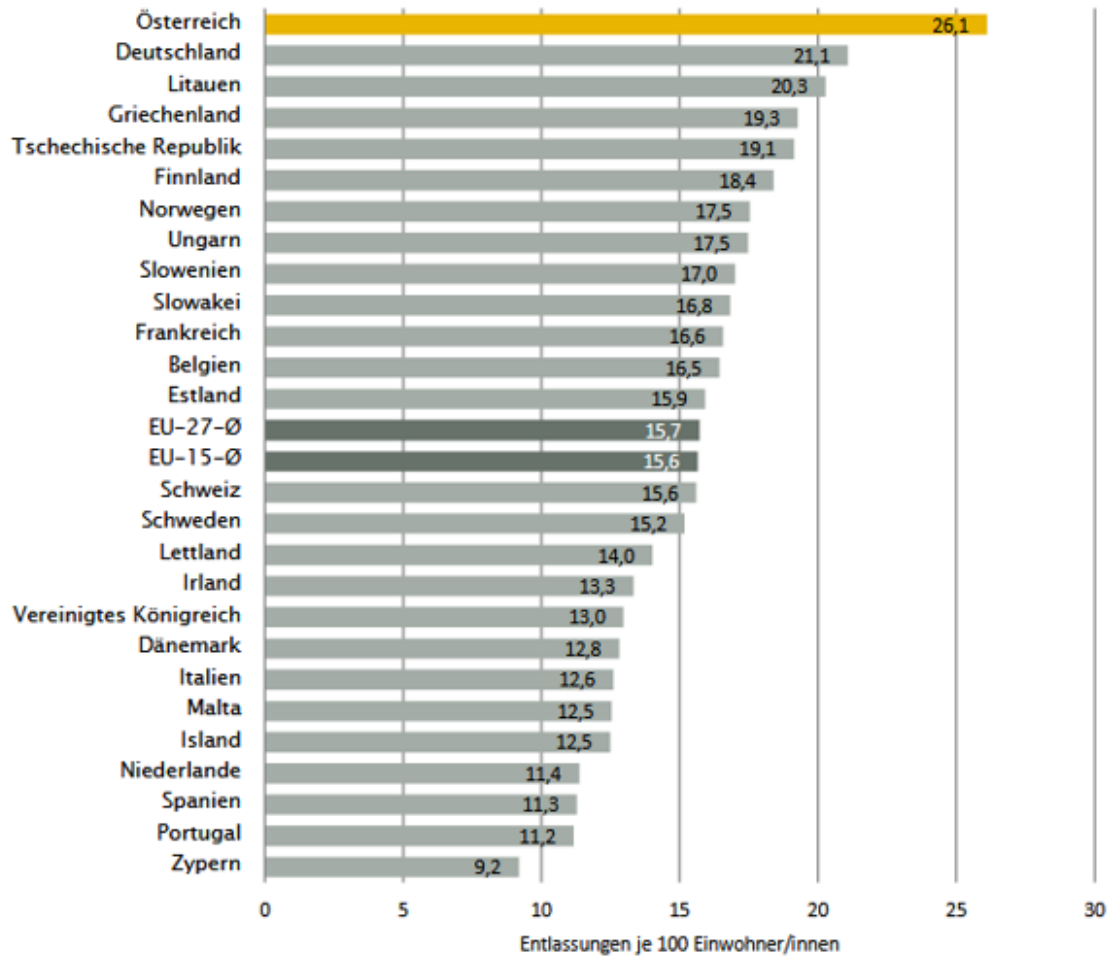
Diese Ausprägung ist ein Hinweis darauf, dass chronische Krankheiten in Österreich nicht optimal gemanagt werden. Die OECD empfiehlt in diesem Fall chronisch kranke Personen bereits in der Primärversorgung besser zu betreuen. Eine bessere Versorgung auf Ebene der Primärversorgung sorgt bewiesenermaßen für eine sinkende Aufnahme in den Krankenhäusern. (OECD 2017: 36f)

Ein Ausbau der Primärversorgung bewirkt, dass

„Hausärzte ihre Patienten umfassend kennen und nur spezielle Untersuchungen und Leistungen von Fachärzten durchgeführt bzw. erbracht werden. Der Hausarzt behält die Kontrolle über die Behandlung des Patienten und kann diese auch mit anderen notwendigen Versorgungsleistungen koordinieren. Daraus folgt eine höhere Kontinuität in der Betreuung eines Patienten, insbesondere bei der Behandlung im chronischen Bereich.“  
(Czypionka et al 2011: 13)

Über die allgemeine Krankenhaushäufigkeit, unabhängig von chronischen Krankheiten, wurde in Österreich auch wiederholt berichtet. Sie soll in Österreich 60 Prozent über dem EU-Schnitt liegen. (Baltaci 2018; Willim et al. 2019)

Wie die folgende Darstellung zeigt, ist die Kennzahl der Krankenhaushäufigkeit in Österreich nicht nur im Spezialbereich der chronischen Krankheiten besonders hoch.



Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: EL, PT, SE (2007); BE, CY (2008); CH, DE, ES, FR, NL, IE, IS, IT (2009)  
 Exkl. 0-Tagesaufenthalte, inkl. ausländische Gastpatienten/-patientinnen

Abbildung 4: Krankenhausentlassungen im akutstationären Bereich je 100 Einwohnerinnen und Einwohner (Krankenhaushäufigkeit). Quelle: GÖG 2013: 63

Österreich liegt an der europäischen Spitze, was Krankenhausaufenthalte und -entlassungen betrifft. Der EU Durchschnitt bei den Krankenhausentlassungen liegt bei nicht ganz 16 Entlassungen je 100 Einwohnerinnen und Einwohner. Der österreichische Wert liegt hier 10 Punkte darüber. Österreich liegt damit im Vergleich zu andern Ländern weit vorne. Das Land mit den zweithäufigsten Entlassungen – Deutschland – liegt 5 Punkte hinter Österreich.

Auch der Bericht der GÖG kommt im internationalen Vergleich der Kennzahlen zu dem Schluss, dass die Ausgaben und Vorhaltungen in Österreich besonders im stationären Krankenhaus-Bereich

„unübertroffen hoch sind. Die überproportionale Dichte an vorgehaltenen Akutbetten und der überdurchschnittlich hohe Einsatz an hochqualifiziertem Gesundheitspersonal lassen gesundheitsökonomisch auf Effizienzpotenziale schließen.“ (GÖG 2015: 3)

Auch die aktuellsten Zahlen zeigen weiterhin eine sehr hohe Krankenhaushäufigkeit bei durchschnittlich 206 Aufenthalten je 1000 Einwohnerinnen und Einwohnern im Jahr 2018. Zuletzt konnten die gesteckten Ziele, die Krankenhaushäufigkeit pro Jahr um 2% zu senken nicht realisiert werden. (BMASGK 2019: 18ff)

„Österreich weist im internationalen Vergleich eine der höchsten Krankenhaushäufigkeiten auf. Die Wahrscheinlichkeit, mit einem gesundheitlichen Problem hospitalisiert zu werden, ist doppelt bis dreimal so hoch wie in anderen Ländern. Dies ist nicht nur aus ökonomischer Sicht problematisch, sondern verursacht auch für die Patientinnen/Patienten unnötige Transaktionskosten und Risiken.“ (BMASGK 2019: 20)

Als Lösung für das Problem schlägt die OECD (2017: 36) vor, die Krankenhäuser auf ihre Mission zu fokussieren, hochtechnische Services effizient anzubieten. Das kann mit zwei begleitenden Maßnahmen umgesetzt werden:

1. Ausbau der Eintages-Aufenthalte oder 0-Tagesaufenthalte in den Krankenhäusern. Es wird argumentiert, dass die Versorgung mit Eintages-Aufenthalten oder 0-Tagesaufenthalten durch den technischen Fortschritt mittlerweile stark ausgebaut werden kann. Durch diese Maßnahme sinken die Belegstage in den Krankenhäusern.
2. Ausbau der Primärversorgung. Wenn insgesamt die Krankenhaushäufigkeit sinken soll, müssen die Krankenhäuser durch eine effektive Behandlung auf der Ebene der Primärversorgung entlastet werden. Die Krankenhäuser sollten nicht mehr wie bisher als Auffangbecken für alle Patientinnen und Patienten fungieren, die den direkten Weg in das Krankenhaus genommen haben, obwohl ihr Anliegen genauso gut in der Primärversorgung bedient hätte werden können.

Der Ausbau der 0-Tagesaufenthalte in den Krankenhäusern wurde bereits forciert wie folgende Darstellung des Ministeriums zeigt. In der österreichischen Zielsteuerung Gesundheit gibt es definierte Zielsetzungen, die laufend von einem Monitoring begleitet werden. (BMASGK 2019)

## Entwicklung der 0-Tagesaufenthalte in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten

Bundesministerium  
Arbeit, Soziales, Gesundheit  
und Konsumentenschutz

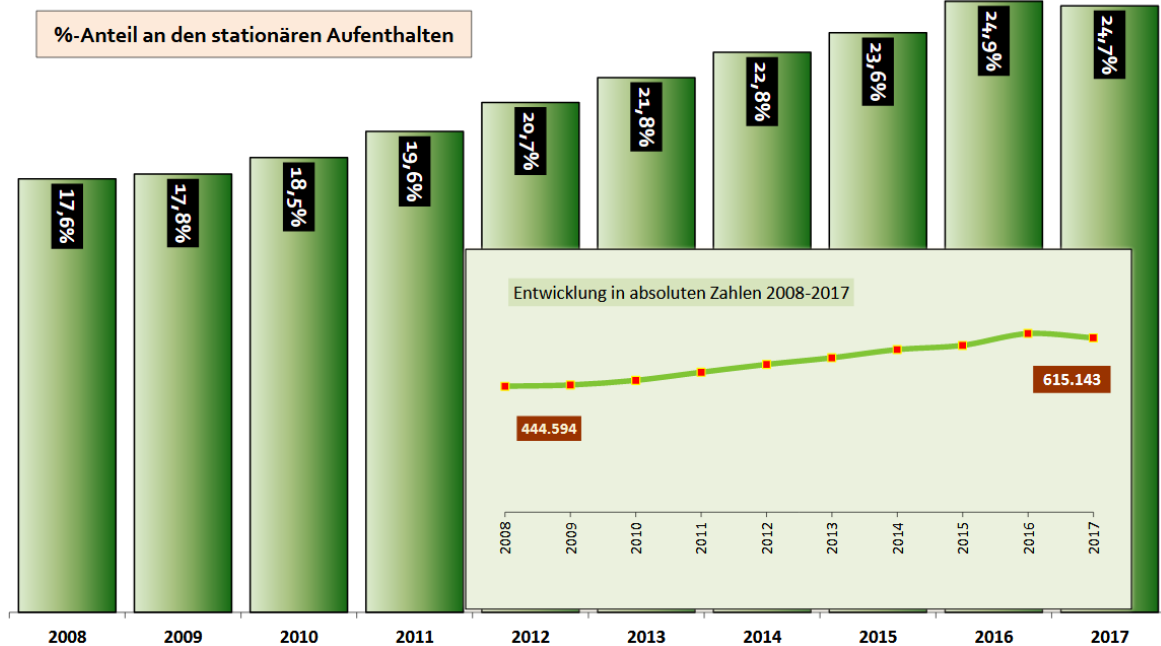


Abbildung 5: Entwicklung der 0-Tagesaufenthalte in landesgesundheitsfonds-finanzierten Krankenanstalten. Quelle: BMASGK 2019a

Der Anteil der 0-Tagesaufenthalte in den Krankenhäusern konnte seit 2008 bis 2017 von 17,6% auf 24,7% angehoben werden. Mittlerweile sind in den österreichischen Krankenhäusern ein Viertel der stationären Aufenthalte 0-Tagesaufenthalte. Im letzten Monitoringbericht des Ministeriums zeigt sich ein Anstieg von 7% bei den definierten Tagesklinik-Leistungsbündeln (BMASGK 2019: 18)

Die Entwicklung der stationären Aufenthalte konnte in den letzten Jahren, in der Entwicklung seit 2008, ebenfalls leicht abgesenkt werden.

## Entwicklung der stationären Aufenthalte (KJ) in Österreich je 100 Einwohner/innen

Bundesministerium  
Arbeit, Soziales, Gesundheit  
und Konsumentenschutz

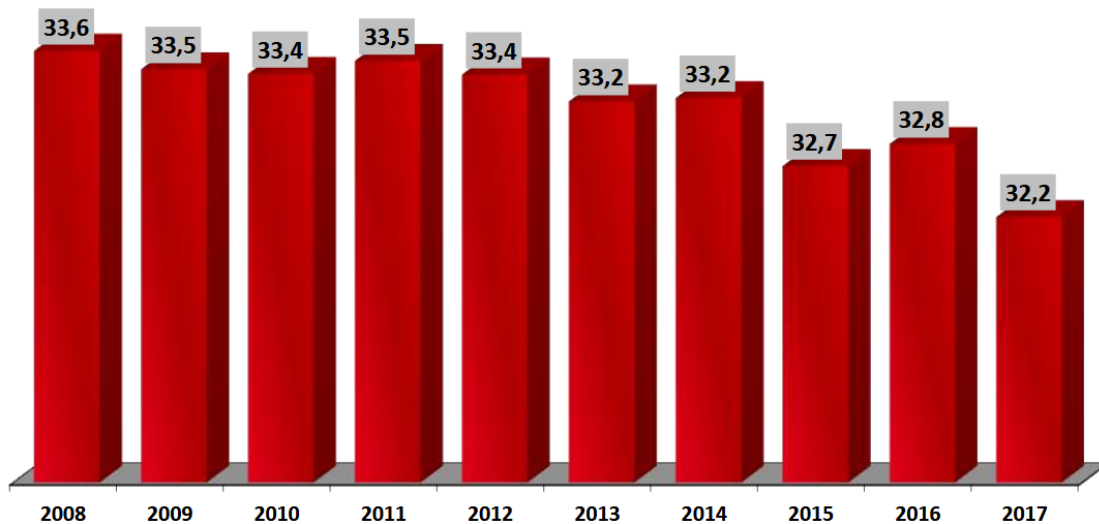
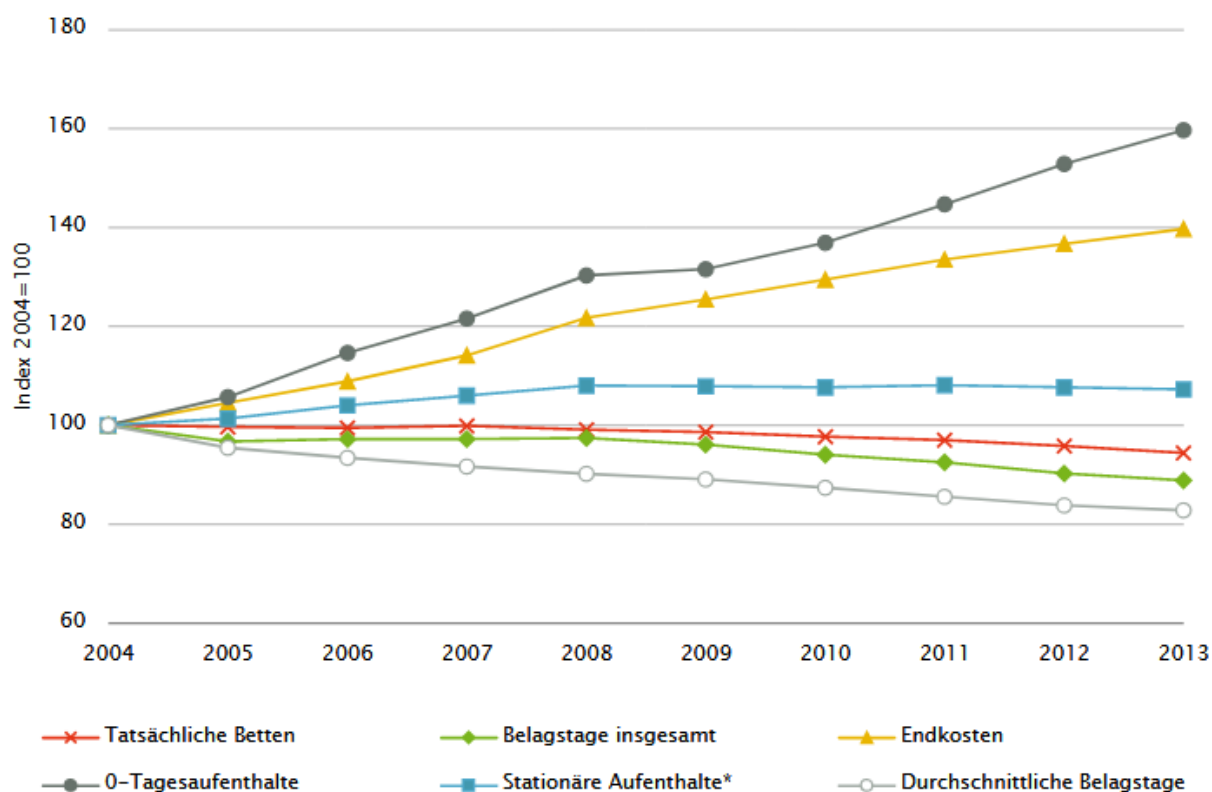


Abbildung 6: Entwicklung der stationären Aufenthalte im Kalenderjahr in Österreich je 100 Einwohnerinnen und Einwohner. Quelle: BMASGK 2019b

Von 33,6 stationären Aufenthalten je 100 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2008 konnte eine Senkung auf 32,2 stationäre Aufenthalte im Jahr 2017 erreicht werden. Im internationalen Vergleich ist das immer noch sehr hoch, wenn man bedenkt, dass der EU Schnitt der Krankenhaushäufigkeit bei 15,7 je 100 Einwohnerinnen und Einwohner liegt.

Die GÖG hat die Entwicklung der wichtigsten Kennzahlen rund um die Krankenhaus-Aufnahmen in einer Darstellung mit einem Verlauf seit 2004 bis 2013 zusammengefasst.

## Österreich: Entwicklung ausgewählter Kennzahlen landesgesundheitsfondsfinanzierter Krankenanstalten, 2004–2013



\* Inkl. 0-Tagesaufenthalte  
Index: 2004 = 100, Aufenthalte, inkl. ausländischer Gastpatienten/-patientinnen

Abbildung 7: Entwicklung ausgewählter Kennzahlen landesgesundheitsfondsfinanzierter Krankenanstalten, 2004-2013. Quelle: GÖG 2015: 16

Hier ist ersichtlich, dass von 2004 bis 2013 die Behandlungen mit 0-Tagesaufenthalten um ca. 60% gesteigert werden konnten. Insgesamt blieben damit die stationären Aufenthalte seit 2004 inkl. 0-Tagesaufenthalten stabil. Damit konnte die außergewöhnlich hohe Krankenhaushäufigkeit nicht gesenkt werden, sondern wurde weiter gehalten. Lediglich die Betten und Belagstage wurden mit dieser Umschichtung leicht gesenkt. Die Endkosten steigen bei dieser Entwicklung beinahe ungebremst weiter.

Insgesamt kann man sagen, in Österreich haben wir ein Problem mit einer zu hohen Krankenhaushäufigkeit und einer zu schwach ausgeprägten Primärversorgung. Mit dem Ausbau der 0-Tagesaufenthalte konnten zwar in eingeschränktem Maße die Belagstage reduziert und Betten abgebaut werden, aber die grundsätzliche Krankenhaushäufigkeit wurde von diesen Maßnahmen

nicht berührt. Die Krankenhäuser fungieren weiter als Auffangbecken für Patientinnen und Patienten, die zu einem großen Teil auch in der Primärversorgung versorgt werden könnten.

Dieser Zustand kann mit den Kriterien des OECD Berichtes aus 2017, der sich mit Verschwendung im Gesundheitssystem auseinandersetzt, durchaus als gesundheitspolitisch falsche Schwerpunktsetzung, die behoben werden muss, interpretiert werden.

Die zweite Empfehlung der OECD ist wie beschrieben der Ausbau der Primärversorgung. Wie der Ausbau der Primärversorgung in Österreich vorankommt und ob es sich dabei um eine gut abgestimmte, konzertierte Vorgangsweise handelt, dem ist der Hauptteil der Masterarbeit gewidmet und wird auf den kommenden Seiten genauer beleuchtet.

## 4. Primärversorgung in Österreich

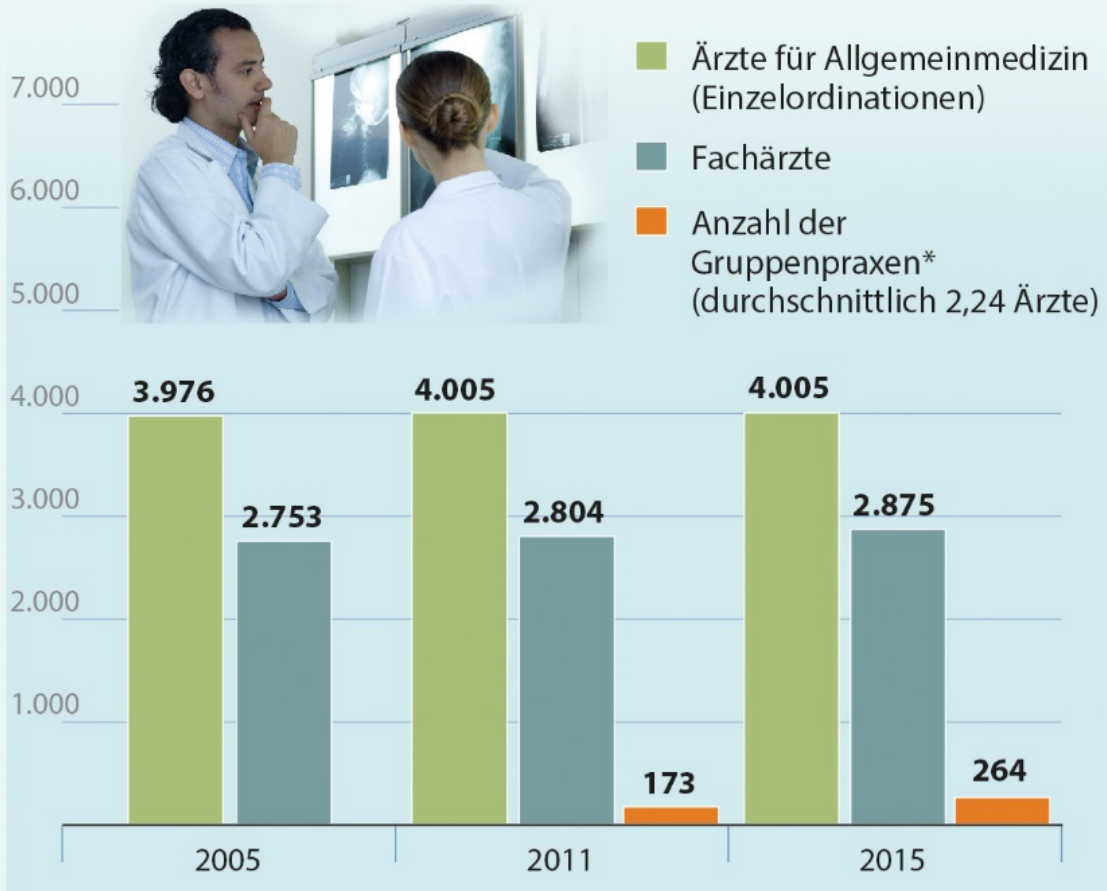
Die OECD empfiehlt allen Ländern mit einer überdurchschnittlich hohen Zahl an Krankenhausaufenthalten einen Ausbau und eine Verbesserung der Primärversorgung. Dadurch soll sowohl das Management von chronischen Krankheiten verbessert, aber auch die Patientenströme weg von den hochtechnischen Krankenhäusern hin zu kleineren, wohnortnahen Primärversorgungseinheiten umgeleitet werden.

Wie in anderen Ländern gab es in den letzten Jahren auch in Österreich viele Diskussionen über die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems, um dieses fit für die Herausforderungen des 21. Jahrhunderts zu machen. Grundsätzliche Problemstellungen im österreichischen Gesundheitssystem sind wie schon in dem vorangegangenen Kapitel gezeigt, steigende Kosten, hohe Krankenhausedichte und eine schwache Primärversorgung.

Die Fehlentwicklungen in der Primärversorgung zeigen sich an den Zahlen der Vertragspartner der Gebietskrankenkassen. Die Anzahl der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner mit Krankenkassenvertrag hat sich seit 1960 kaum verändert, (Medizinische Universität Graz 2017: 9) obwohl die Bevölkerung seither von 7,047 Mio. auf rund 8,8 Mio. Einwohnerinnen und Einwohner angestiegen ist. (Statistik Austria 2019)

Ein Ausbau erfolgte jedoch im Bereich der Vertragspartner im Bereich der Sekundärversorgung mit Fachärztinnen und Fachärzten im niedergelassenen Bereich. Hier steigt bei den Krankenkassen auch in den letzten Jahren die Anzahl der Vertragspartnerinnen und Vertragspartner stärker als bei den Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern.

## Entwicklung der Vertragsärzte



\* bis 2005 gab es keine Gruppenpraxen

Auftraggeber, Quelle: Hauptverband, Foto: picturedesk.com

APA-AUFTRAGSGRAFIK

Abbildung 8: Entwicklung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, 2005-2015. Quelle: Hauptverband der Sozialversicherungsträger 2019

Die Anzahl der Vertragspartner in der Allgemeinmedizin ist von 2005 bis 2015 um 29 angestiegen, die Anzahl der Vertragspartner aus den Fächern stieg im gleichen Zeitraum um 122.

Seit Ende der 1990er Jahre ist auch die Anzahl bei den Wahlärztinnen und Wahlärzten, die ohne Vertrag mit der Krankenversicherung im niedergelassenen Bereich in eigenen Ordinationen Leistungen anbieten, stark gestiegen. Die Anzahl der Wahlärztinnen und Wahlärzte hat sich seit 1999 mehr als verdoppelt und liegt bei 10.099 Wahlärztinnen und Wahlärzten. (Privatpatient 2019). Die anfallenden Behandlungskosten müssen die Versicherten in diesem Fall selber übernehmen

und können sich nach §131 ASVG 80% des Vertragspartner-Tarifes von der Krankenversicherung erstatten lassen.

Diese Entwicklungen zeigen die Schwächung der Primärversorgung in Österreich. Bei steigender Bevölkerungsanzahl wurde die Anzahl der Vertragspartner in der Allgemeinmedizin stabil gehalten, während die Sekundärversorgung mit Fachärztinnen und Fachärzten im niedergelassenen Bereich ausgebaut wurde.

In Österreich wurde auf die Empfehlung der OECD, diesen Trend umzukehren, sehr wohl reagiert. Nur geht es mit der Umsetzung der Strategie recht langsam voran. Die politischen Zielsetzungen, was die Errichtung von PVE und die Versorgungswirksamkeit dieser Einheiten anbelangt mussten mehrmals nach hinten revidiert oder abgeschwächt werden. Eigentlich war gemäß Landeszielsteuerungsverträgen geplant, dass bis Ende 2016 in jedem Bundesland ein Prozent der Bevölkerung durch PVE versorgt werden sollte. (Nedelko 2018: 31 ) Dieses Ziel wurde bis 2018 nur in einzelnen Bundesländern (Oberösterreich, Steiermark und Wien) geschafft. (BMASGK 2019: 22) Die schleppende Umsetzung ist vermutlich auch der Grund dafür, dass in den letzten Monitoringberichten des Ministeriums gezeigt wird, dass die Zielsetzungen bei der Senkung der Krankenhaushäufigkeit nicht erreicht werden konnten. (BMASGK 2019: 23)

Im Jahr 2013 wurde die Primärversorgung als strategisches Ziel im Bundes-Zielsteuerungsvertrag zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung festgelegt. (BMASGK, 2019d: 10) In der Folge wurde ein Konzept erstellt. Dieses Konzept, genannt „Das Team um den Hausarzt“, wurde 2014 in der Bundes-Zielsteuerungskommission einstimmig beschlossen. (B-ZK 2014)

In der Folge begannen die ersten Pilotprojekte zu laufen. Das erste PVE-Pilotprojekt startete am 1. April 2015 in Wien Mariahilf. (Österreichische Ärztekammer 2019: 2)

2017 gelang es dann in der 15a Vereinbarung Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens eine eindeutige Zielsetzung für die zu errichtende Anzahl an PVE und eine Finanzierungsbasis zu vereinbaren, die zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung abgestimmt war. Es wurde vereinbart, dass bis 2021 eine

Anzahl von 75 PVE in Österreich entstehen sollte.

Im August 2017 ist das Primärversorgungsgesetz (PrimVG) in Kraft getreten. Dieses zielt auf die Stärkung der Primärversorgung in Österreich durch Etablierung der PVE ab.

Die gesetzlichen Grundlagen für die Gründung einer PVE ergeben sich aus diesem Gesetz in Verbindung mit anderen Gesetzen (ASVG, G-ZG, KAKuG, GTelG2012). Alle diese Gesetze wurden im Rahmen des Gesundheitsreformumsetzungsgesetzes (GRUG 2017) angepasst.

Die Erwartungen der Politik an die PVE sind im Primärversorgungsgesetz in einen Versorgungsauftrag verpackt. So wird im §3 des PrimVG formuliert, dass durch die PVE ein wichtiges öffentliches Interesse zu erfüllen ist. Darüber hinaus werden einige Qualitätskriterien definiert:

- „1.eine bessere zeitliche Verfügbarkeit und Erreichbarkeit für die Patientinnen und Patienten,
- 2.ein erweitertes Angebot an Leistungen der Primärversorgung, pflegerischer und sozialer Leistungen sowie an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention,
- 3.die Sicherstellung einer umfassenden Kontinuität und Koordination durch eine verbindliche integrierte Versorgung,
- 4.die Unterstützung der sachgerechten Versorgung von Patientinnen und Patienten im Hinblick auf den richtigen Zeitpunkt, den richtigen Ort, die optimale medizinische und pflegerische Qualität und die gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstige Erbringung der Leistungen,
- 5.ein Beitrag zur Sicherstellung der öffentlichen Versorgung und der Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit.“ (PrimVG §3)

Durch all diese Bestimmungen hat der Gesetzgeber den vertragspartnerrechtlichen Rahmen für die neuen PVE geregelt. So ist eine genaue Skizze entstanden wie eine PVE in Österreich auszusehen hat und wie sie rechtlich geregelt ist.

## 4.1. Was versteht man unter einer Primärversorgungseinheit (PVE)?

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO 1979) beschloss im Jahr 1978 bei der internationalen Konferenz für primäre Gesundheitsversorgung die Alma-Ata Erklärung. Demnach ist die primäre Gesundheitsversorgung (Primary Health Care) der Schlüssel für soziale Gerechtigkeit, Gesundheit, Wirtschaftlichkeit und Wohlstand in einem Land.

Die Primary Health Care ist der Erstkontakt und Ausgangspunkt der Gesundheitsversorgung in einem nationalen Gesundheitssystem und sollte eine personenzentrierte, angemessene und gerechte Versorgung aus Sicht der Bevölkerung bieten. Ziel ist es, die Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung zu befriedigen, Erstversorgung in Akutfällen sowie Langzeitversorgung bei chronischen Leiden zu leisten, rehabilitative und palliative Ansätze miteinzubeziehen, und Prävention und Gesundheitsförderung einzubinden. Die Primary Health Care deckt die Grundversorgung in allen Lebenslagen und Altersstufen der einzelnen Personen. (EXPH 2017: 8)

Die einzelne PVE ist dann ein Organisations-Teil aus der Gesamtheit der Primary Health Care, die in einer Organisationseinheit die übergeordneten Ziele verfolgt. Die Gründung einer PVE wäre in Österreich bereits mit bestehendem Recht möglich gewesen. Trotzdem wurde ein eigenes Primärversorgungsgesetz im Nationalrat beschlossen. (Resch 2019: 4)

Im Primärversorgungsgesetz (PrimVG) §2 ist festgelegt, was unter einer PVE nach österreichischer Ausprägung zu verstehen ist.

„§ 2. (1) Eine Primärversorgungseinheit nach diesem Bundesgesetz ist eine durch verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit gemäß dem Versorgungskonzept (§ 6) nach außen, vor allem gegenüber der Bevölkerung im Einzugsgebiet, als Einheit auftretende Erstanlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem und hat als solche Angebote zur Förderung von Gesundheit und Prävention vor Krankheiten und für eine umfassende Behandlung von Akuterkrankungen und chronischen Erkrankungen zur Verfügung zu stellen sowie die für eine gesamtheitliche und kontinuierliche Gesundheitsvorsorge und Krankenversorgung erforderlichen Maßnahmen zu koordinieren.

(2) Die Primärversorgungseinheit hat jedenfalls aus einem Kernteam, das sich aus Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin und Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zusammensetzt, zu bestehen. Orts- und bedarfsabhängig sollen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde Teil des Kernteams sein.

(3) Orts- und bedarfsabhängig sind weitere Angehörige von und Einrichtungen, in denen solche Personen beschäftigt werden, von der Primärversorgungseinheit verbindlich und strukturiert einzubinden. Als solche kommen insbesondere Hebammen, Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflege, die im Medizinische Assistenzberufe-Gesetz und im Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz geregelten Berufe und die gehobenen medizinisch-technischen Dienste in Betracht sowie gegebenenfalls die Kooperation mit öffentlichen Apotheken.

(4) Eine Primärversorgungseinheit nach diesem Bundesgesetz hat mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestattet zu sein. Sie muss im jeweiligen Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) abgebildet sein und über einen auf dem Sachleistungsprinzip beruhenden Primärversorgungsvertrag (§ 8) mit den in Betracht kommenden Krankenversicherungsträgern verfügen, wobei jedenfalls die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse Vertragspartner der Primärversorgungseinheit sein muss.

(5) Eine Primärversorgungseinheit kann entsprechend den örtlichen Verhältnissen an einem Standort oder als Netzwerk an mehreren Standorten eingerichtet sein ( Primärversorgungstypus). Sie kann nach Maßgabe der Z 1 und 2 in jeder zulässigen Organisationsform in der jeweils zulässigen Rechtsform geführt werden.

1. Eine an einem Standort eingerichtete Primärversorgungseinheit kann nur in der Organisationsform

a) einer Gruppenpraxis (§ 52a des Ärztegesetzes 1998 (ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998) oder

b) eines selbständigen Ambulatoriums (§ 2 Abs. 1 Z 5 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten- und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957) geführt werden.

2. Wird eine Primärversorgungseinheit als Netzwerk, zB in Form eines Vereins, geführt, so kann diese nur aus freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzten, Gruppenpraxen sowie anderen nichtärztlichen Angehörigen von Gesundheits- und Sozialberufen oder deren Trägerorganisationen gebildet werden.“ (PrimVG §2)

Die österreichische Definition folgt mit dieser gesetzlichen Festlegung den internationalen Definitionen. In dieser Festlegung im Primärversorgungsgesetz

finden sich einige Neuerungen für die Gesundheitsversorgung im niedergelassenen Bereich, die bisher vorrangig in Form von Einzelordinationen organisiert ist. Außerdem sind im PrimVG die Möglichkeiten bezüglich Organisations- und Rechtsform definiert. Die wichtigsten grundlegenden Aspekte werden in den nächsten Absätzen klargestellt.

Eine PVE nach dem Primärversorgungsgesetz (PrimVG §2) ist eine nach einem Versorgungskonzept arbeitende Einheit, die als Erstanlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem fungiert. Diese Einheit hat für ein bestimmtes Einzugsgebiet alle Maßnahmen zu koordinieren, die für die Behandlung von akuten und chronischen Erkrankungen, als auch die gesamtheitliche und kontinuierliche Gesundheitsvorsorge sowie Krankenversorgung notwendig sind. Darüber hinaus muss eine PVE Angebote zur Förderung von Gesundheit und Prävention vor Krankheiten machen.

Der genaue Leistungsumfang ist in §5 PrimVG aufgezählt. Jedenfalls müssen sowohl eine möglichst abschließende Akutbehandlung als auch Langzeittherapien bei chronischen Erkrankungen gewährleistet werden. Es müssen diagnostische, therapeutische und pflegerische Kompetenzen gegeben sein, sowie Zusatzkompetenzen in den Bereichen:

- Versorgung von Kindern und Jugendlichen
- Versorgung älterer Personen
- Versorgung von chronisch kranken und multimorbiden Patientinnen und Patienten
- psychosoziale Versorgung
- Arzneimittelmanagement
- Gesundheitsförderung und Prävention

#### **4.1.1. Kernteam**

Zur Erledigung der Koordinationsfunktion der Leistungen und der Abdeckung der geforderten Kompetenzen gibt ein Kernteam, das jedenfalls aus mehreren Ärztinnen bzw. Ärzten und Pflegekräften bestehen muss. Bei Bedarf kann das Kernteam mit Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde ergänzt werden.

### 4.1.2. Erweitertes Team

Je nach Bedarf im definierten Einzugsgebiet sind zusätzlich andere Gesundheits- und Sozialberufe für die Erledigung der Aufgaben in die PVE verbindlich und strukturiert einzubinden. Neben Einzelpersonen können auch Einrichtungen verbindlich und strukturiert eingebunden werden, in denen Gesundheits- und Sozialberufe beschäftigt sind.

Laut Gesetz kommen für dieses erweiterte Team insbesondere folgende Berufsgruppen in Frage:



Abbildung 9: Das Team rund um den Patienten. Quelle: Hauptverband der Sozialversicherungsträger 2017: 2

Insgesamt kann mit dieser Zusammensetzung ein umfangreiches Team zusammenkommen, das ausgerichtet und organisiert werden muss. So werden zum Beispiel beim PVZ Böheimkirchen zusätzlich zum Kernteam Kolleginnen und

Kollegen aus der Physiotherapie, Diätologie, Psychotherapie und Sozialarbeit eingebunden. Im PVZ St. Pölten wird beim erweiterten Team ein Mix aus Physiotherapie, Diätologie, Psychotherapie, Sozialarbeit, Case Management, Wundmanagement zusammengestellt.

Bei den bisher bestehenden Einzelorganisationen war das relativ überschaubar, da es sich meist nur um kleine Organisationseinheiten gehandelt hat. Für den Betrieb einer PVE hat der Gesetzgeber festgelegt, dass im Vorfeld vom Primärversorgungs-Kernteam ein Versorgungskonzept erstellt werden muss.

#### **4.1.3. Versorgungskonzept**

Ein schriftliches Versorgungskonzept ist eine notwendige und wesentliche Grundlage für den Betrieb jeder PVE. Ohne Versorgungskonzept kann es keine PVE geben. Das geforderte Versorgungskonzept muss eine verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit gewährleisten und zumindest die Versorgungsziele, eine Beschreibung des verbindlich zu erbringenden Leistungsspektrums sowie Regelungen zur Sicherstellung der Kontinuität der Betreuung von chronisch kranken oder multimorbiden Patientinnen und Patienten beinhalten. (BMASGK 2018)

Andererseits muss ein Versorgungskonzept auch Regelungen zur Organisation einer PVE, insbesondere zur Aufbau- und Ablauforganisation und zur Arbeits- und Aufgabenverteilung im Primärversorgungsteam, zur Verfügbarkeit sowie zum gemeinsamen Außenauftritt, enthalten. (§6 PrimVG)

#### **4.1.4. Rechtspersönlichkeit**

Die PVE muss mit einer eigenen Rechtspersönlichkeit ausgestattet sein. Grundsätzlich kann bei der Errichtung einer PVE zwischen zwei möglichen Formen unterschieden werden (§2 Abs. 5 PrimVG):

Primärversorgungszentrum an einem Standort („PVZ“) und

Primärversorgungsnetzwerk an mehreren Standorten („PVN“).

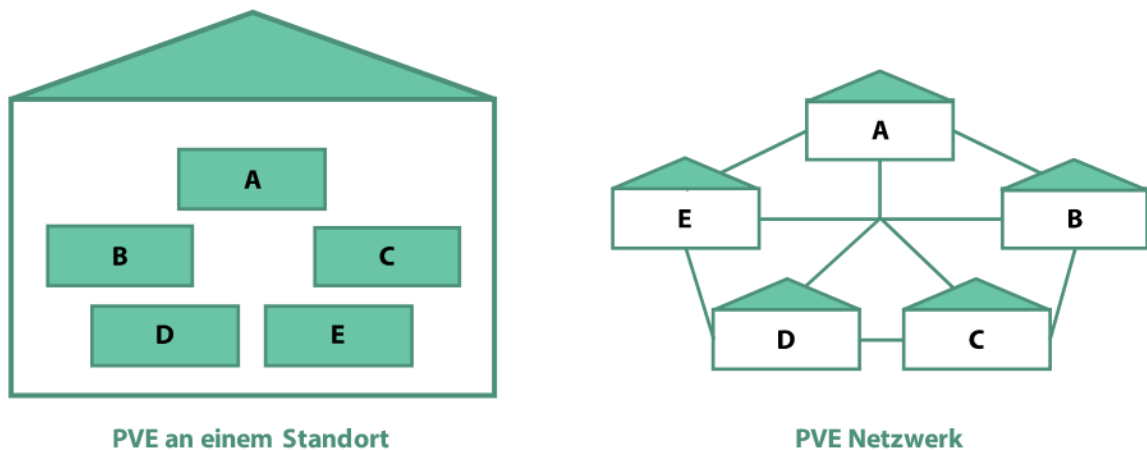


Abbildung 10: Formen von Primärversorgungseinheiten. Quelle: BMASGK 2019c

Der Unterschied zwischen dem PVZ und dem PVN besteht darin, dass bei der Zentrumslösung das Kernteam und das erweiterte Team der Primärversorgung an einem gemeinsamen Standort unter einem Dach arbeiten, während beim Primärversorgungsnetzwerk das Kernteam und das erweiterte Team ihren Beruf an verschiedenen Standorten ausüben. Diese Standorte müssen über eine Trägerorganisation miteinander verbunden oder unterschiedliche Betriebsstätten einer Gesellschaft sein. Jede dieser Formen kann in unterschiedlichen Rechtsformen betrieben werden.

#### 4.1.5. Primärversorgungszentrum (PVZ)

Für die Führung einer PVE in der Form eines Primärversorgungszentrums kann aus folgenden Rechtsformen gewählt werden:

- Gruppenpraxis als Gesellschaft mit beschränkter Haftung („GmbH“),
- Gruppenpraxis als Offene Gesellschaft („OG“) oder
- selbständiges Ambulatorium.

Eine Besonderheit stellt dar, dass ganz klar definiert ist, wer bei welcher Rechtsform als Gesellschafter auftreten darf. Als Gesellschafter einer Gruppenpraxis können ausschließlich Ärztinnen und Ärzte auftreten (§52a Abs.3 Z1 und Z2 ÄrzteG 1998). Als Gesellschafter von PVE in Form von selbständigen Ambulatorien kommen laut § 10 Z 4 PrimVG nur in Frage:

- gemeinnützige Anbieter gesundheitlicher und sozialer Dienste,

- gesetzliche Krankenversicherungsträger,
- Gebietskörperschaften und
- von Gebietskörperschaften eingerichtete Körperschaften und Fonds.

#### **4.1.6. Primärversorgungsnetzwerk (PVN)**

Bei der Gründung eines Primärversorgungsnetzwerks bestehen grundsätzlich keine Beschränkungen der Rechtsform. Allerdings ist beim Betrieb einer PVE in der Form eines Primärversorgungsnetzwerkes zu beachten, dass nur ein Zusammenschluss aus:

- freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzten
- Gruppenpraxen
- anderen nichtärztlichen Angehörigen von Gesundheits- und Sozialberufen oder deren Trägerorganisationen (z.B. Caritas, Volkshilfe, Hilfswerk etc.)

gebildet werden kann (§2 Abs. 5 Z 2 PrimVG).

Daraus ergibt sich, dass für ein Primärversorgungsnetzwerk nachstehende Rechtsformen in Frage kommen:

Gruppenpraxis als GmbH,

Gruppenpraxis als OG,

Verein,

Genossenschaft.

(BMASGK 2019c)

#### **4.1.7. Abbildung im RSG**

Wo eine PVE entstehen kann wird auf Bundeslandebene in den Planungsvorgaben des Regionalen Strukturplan Gesundheit bzw. im Stellenplan festgelegt. Es ist also eine grundlegende Voraussetzung für die Errichtung einer PVE, dass eine Abbildung im jeweiligen Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) gegeben ist (§2 Abs. 4 PrimVG). Wenn kein neuer RSG vorliegt, kann der Bedarf an der Errichtung einer PVE durch Beschluss der Landes-Zielsteuerungskommission festgestellt werden (§21 Abs. 8 G-ZG).

#### 4.1.8. Anforderungen an die Primärversorgungseinheit

In § 4 des PrimVG wird auch noch genau aufgezeigt, welche Mindestanforderungen der Gesetzgeber an die PVE hat, damit das Ziel eines für die Patientinnen und Patienten optimierter Diagnose- und Behandlungsprozess erreicht werden kann:

- „1. wohnortnahe Versorgung, gute verkehrsmäßige Erreichbarkeit,
2. bedarfsgerechte Öffnungszeiten mit ärztlicher Anwesenheit jedenfalls von Montag bis Freitag, einschließlich der Tagesrandzeiten,
3. Organisation der Erreichbarkeit für Akutfälle außerhalb der Öffnungszeiten in Absprache und Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitseinrichtungen und gegebenenfalls unter Einbindung von Bereitschaftsdiensten,
4. Einbindung von vorhandenen telemedizinischen, telefon- und internetbasierten Diensten in das Erreichbarkeitskonzept,
5. Gewährleistung von Hausbesuchen,
6. Sicherstellung der Kontinuität
  - a) in der Behandlung und Betreuung insbesondere von chronisch kranken und multimorbiden Patientinnen und Patienten sowie Palliativpatientinnen und -patienten,
  - b) der Behandlungsabläufe zwischen den Versorgungsstufen und
  - c) in der Betreuung in anderen Versorgungsbereichen,insbesondere durch Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsbereichen
7. barrierefreier Zugang und bedarfsgerechte Sprachdienstleistungen,
8. Vorhandensein der notwendigen (medizinisch-)technischen und apparativen Ausstattung,
9. Teilnahme an nationalen Vorsorge- und Screeningprogrammen und an integrierten Versorgungsprogrammen.“ (§4 PrimVG)

Bei diesen Anforderungen sind die langen Öffnungszeiten und die Versorgung der chronisch Kranken von großem Wert für die Erreichung eines Status um die Krankenhaushäufigkeit zu senken.

#### 4.1.9. Primärversorgungsvertrag

Damit die PVE schließlich in Betrieb gehen kann, muss sie über einen auf dem Sachleistungsprinzip beruhenden Primärversorgungsvertrag verfügen. Die von der PVE erbrachten Leistungen sollten ja nicht als Privatleistungen den Patientinnen und Patienten angeboten werden, sondern innerhalb der sozialen Krankenversicherung für alle Bevölkerungsschichten zugänglich sein.

Das Leistungsspektrum wird somit zur Gänze über die normalen Regelungen der sozialen Krankenversicherung angeboten. Dieses Angebot stellt in der Übersicht bezüglich der Anforderungen und des Leistungsspektrums, die auf den letzten Seiten geschildert wurden, jedenfalls eine Weiterentwicklung gegenüber dem derzeitigen Stand der Primärversorgung in Österreich dar. Die Einzelpraxen arbeiten derzeit ohne zugesichertes Leistungsspektrum und größere Einheiten können die Erwartungen der Patientinnen und Patienten, wie beispielsweise längere Öffnungszeiten oder kontinuierliche und koordinierte Betreuung gerade durch die strukturierte Einbindung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe leichter erfüllen. Außerdem sind die ebendiese Erwartungen der Patientinnen und Patienten bei der Ausgestaltung der gesetzlichen Regelungen mitbedacht worden und für die Umsetzung fixiert.

## 5. Finanzierung und Honorierung in der Primärversorgung

Die Bestimmungen zur Primärversorgung und dem daraus ermöglichten Strukturwandel in der extramuralen Versorgung werfen einige Fragen zur Finanzierung auf. Außerdem muss die Honorierung bzw. Entlohnung der Ärztinnen und Ärzte als auch der beteiligten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe wie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Pflegekräfte, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Hebammen, Logopädinnen und Logopäden, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern usw. geklärt werden. In der Primärversorgung müssen alle diese Gesundheitsberufe innerhalb einer juristischen Person zusammenarbeiten. Somit muss hier auch die Finanzierung geregelt werden.

Grundsätzlich werden die niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte einer Gebietskrankenkasse über einen Honorarkatalog bezahlt. Die Ärztinnen und Ärzte erbringen Leistungen, die im Honorarkatalog enthalten sind und verrechnen dafür Honorar. Über die Honorarkataloge sind unterschiedliche Leistungen als Einzelleistungen oder als Pauschalen mit dem Krankenversicherungsträger verrechenbar. Die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe haben in den Bundesländern teils sehr unterschiedliche Vertragsbedingungen mit den Krankenversicherungsträgern und sind als Vertragspartner meist selbständig tätig. Sozialarbeiter sind nicht als Vertragspartner der Krankenversicherung tätig und deren Leistungen werden meist von den Bundesländern finanziert. Auch die Pflege liegt im Kompetenzbereich der Bundesländer und wird mit Ausnahme der Medizinischen Hauskrankenpflege ebenfalls von den Bundesländern finanziert.

Czypionka empfiehlt (Hauptverband 2014: 1) in der Phase der Pilotprojekte bei PVE besondere Anreize in Form einer Anschubfinanzierung. Wenn die Primärversorgung mittelfristig als erfolgreiches und praktikables Modell eingeführt ist, soll dieser Baustein wieder wegfallen. Es sollte vor allem für Infrastruktur vorgesehen werden, von regionalen Rahmenbedingungen abhängig und daher

variabel sein. Cypionka empfiehlt folgende Posten für die Anschubfinanzierung:

- erhöhte Mietpreise
- IT Systeme

Eine Mitfinanzierung bei den Anschubkosten durch das Land oder die Gemeinde wird bei diesem Budget angestrebt bzw. ist unerlässlich, weil die Länder von der Entlastung der Krankenhäuser finanziell profitieren. Dieses Budget ist nicht Bestandteil der Honorierung im engeren Sinn, sondern stellt eine optionale, außertourliche und zeitlich begrenzte Strukturfinanzierung für die Pilotprojekte dar.

Im Jahr 2017 wurde in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens vereinbart, dass bis 2021 österreichweit 75 PVE zu errichten sind. In dieser Vereinbarung wurde zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung darüber abgesprochen wie die Finanzierung auszusehen hat. Diese Vereinbarung liefert einige Antworten auf die bis dahin offenen Fragen wie der Strukturwandel und die Eingliederung der anderen Berufsgruppen finanziert werden sollte.

In Artikel 31 Abs. 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens steht geschrieben:

„(1) Die Vertragspartner kommen überein, finanzielle Mittel gemäß den nachstehenden Bestimmungen zur Finanzierung von sektorenübergreifenden Vorhaben zweckzuwidmen, die auf eine Stärkung der ambulanten Versorgung, insbesondere den Aufbau der Primärversorgung, die primär in die Zuständigkeit der Sozialversicherung fällt, sowie den Aufbau von multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten in der ambulanten Fachversorgung, abstellen. Es wird angestrebt, über die Laufzeit dieser Vereinbarung bis 2020 für diese Zwecke insgesamt 200 Millionen Euro zweckzuwidmen. Die Vorhaben erfolgen entsprechend der Planungsentscheidungen im RSG ( projektbezogen) und haben zur Verbesserung der Versorgung und zur Spitalsentlastung beizutragen. Im Bereich der Primärversorgung wird als Ziel die Realisierung von zumindest 75 Primärversorgungseinheiten bis zum Ende der Laufzeit dieser Vereinbarung angestrebt.“ (Art 15a B-VG Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2017)

Also hier wurde ein 200 Millionen Euro Paket geschnürt, das die Finanzierung der Errichtung der geplanten mindestens 75 PVE bis 2021 sichern sollte. Die Vertragspartner wurden aufgerufen diese Summe zweckzuwidmen.

Abs. 2 in Artikel 31 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens regelt dann noch genauer was mit dem Geld zu passieren hat:

„(2) Die Mittel dienen bei diesen Vorhaben ausschließlich zur Abdeckung des Finanzierungsbedarfs für folgende Finanzierungsinhalte:

1. Zuzahlung zur Anschubfinanzierung bei neuen Vorhaben (z. B. einmalige Investitionskosten zur Schaffung notwendiger Infrastruktur)
2. Zuzahlung zur Finanzierung des Mehraufwands gegenüber dem Status Quo (z. B. dauerhafte Finanzierungsregelung für Primärversorgungseinheiten zur Abdeckung des erweiterten Leistungsangebots durch Integration weiterer Berufsgruppen)“ (Art 15a B-VG Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2017)

Das Geld sollte also für die Anschubfinanzierung neuer PVE herangezogen werden. Außerdem sollte aus diesem Pool die Finanzierung der nicht-ärztlichen Berufsgruppen erfolgen. In der Formulierung ist ebenso enthalten, dass eine geteilte Finanzierung des Mehraufwands gegenüber dem Status Quo erfolgen sollte. Hier kann man darauf schließen, dass auch die Mehraufwände bei der Honorierung der Ärztinnen und Ärzte durch diese Gelder gestützt werden können.

„(3) Die Krankenversicherungsträger verpflichten sich auf Landesebene Mittel für die in den RSG gemeinsam festgelegten Vorhaben gem. Abs. 1 nachhaltig sicherzustellen. Dabei ist zu gewährleisten, dass in allen Bundesländern und von allen Krankenversicherungsträgern im Rahmen der vorhandenen Honorarvolumina für ärztliche Hilfe (dazu zählen auch Gesamtausgabenbegrenzungen, Gesamtvergütungen u.ä.) entsprechende Mittel für diese Vorhaben zur Verfügung gestellt werden können.

(4) Die Länder verpflichten sich, auf Landesebene Mittel zur Kofinanzierung von in den RSG gemeinsam festgelegten Vorhaben gem. Abs. 1 nachhaltig sicherzustellen. Mehraufwendungen für Leistungen, die in die Zuständigkeit der Länder fallen, werden jedenfalls durch die Länder bedeckt.“ (Art 15a B-VG Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2017)

In Abs. 3 und Abs. 4 Artikel 31 wird von den Systempartnern Land und Sozialversicherung eingefordert genügend Mittel zur Verfügung zu stellen und für die Kosten, die den eigenen Zuständigkeitsbereich betreffen, vorzuhalten und zur Verfügung zu stellen. Es wird hier genau darauf hingewiesen, dass damit gemeinsam im Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) festgelegte PVE

finanziert werden können. Das gemeinsame Planungsinstrument RSG hat hier eine zentrale Rolle, weil es anzeigt, dass für bestimmte Einheiten auf Landesebene eine gemeinsame Notwendigkeit gesehen wird.

„(5) Die Festlegung der konkreten Vorhaben (gemäß RSG) sowie die Entscheidung über die Finanzierungsaufteilung erfolgt individuell projektbezogen und einvernehmlich in der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission und hat die Verbesserung der Versorgung und die Spitalsentlastung zu berücksichtigen.“ (Art 15a B-VG Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2017)

Mit dieser 15a Vereinbarung und der Übereinkunft wurde festgelegt bis 2021 österreichweit 75 PVE zu schaffen, war es möglich auch schon vor dem Abschluss eines österreichweiten Gesamtvertrags PVE als Pilotprojekte auf Landesebene im Regionalen Strukturplan einzutragen und umzusetzen.

Mit dieser Vereinbarung wurde klargestellt, dass es eine Finanzierungsaufteilung zwischen den Systempartnern geben muss auch wenn primär die Krankenversicherung zuständig ist. Grundsätzlich wurden drei Finanzierungsfelder identifiziert:

- Anschubfinanzierung in PVE
- Honorierung der ärztlichen Leistungen in PVE
- Finanzierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe in PVE

Wie die Anschubfinanzierung und die Finanzierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe in der Primärversorgung erfolgen sollte wurde in der 15a Vereinbarung getroffen. Für diesen Teil wurde ein Finanzierungspaket von 200 Millionen Euro in Aussicht gestellt. Teilweise können aus diesem Topf auch die Mehrkosten bei den Ärztinnen und Ärzten mitfinanziert werden.

Eine bundesweit einheitliche Vorgehensweise sollte durch den Artikel 31, Abs 6 gewährleistet werden:

„(6) Zur Sicherstellung einer möglichst bundesweit einheitlichen Vorgehensweise legt die Bundes-Zielsteuerungskommission Richtlinien über die wesentlichen Eckpunkte für die Verwendung der Mittel gemäß Abs. 1 fest.“ (Art 15a B-VG Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2017)

Um eine möglichst bundesweit einheitliche Vorgehensweise beim Ausbau der Primärversorgung sicherzustellen sieht die 15a Vereinbarung im Artikel 31, Absatz 6 eine Festlegung von Richtlinien über wesentliche Eckpunkte für die Verwendung der Mittel vor. Die Richtlinie über die Verwendung der 200 Millionen, die für den Ausbau der Primärversorgung vorgesehen sind, sollte in der Bundes-Zielsteuerungskommission erfolgen.

Das Problem ist jedoch, dass die Bundes-Zielsteuerungskommission diese Richtlinie, die die einheitliche Vorgehensweise gewährleisten sollte, bis heute nicht erlassen hat. Dieses Fehlen lässt unterschiedliche Herangehensweisen offen, es ist auch unverständlich warum diese Richtlinie nicht erlassen wurde, obwohl sie vereinbart wurde.

Für die Umsetzung der Investitionen ist auch ein Monitoring vorgesehen. In Artikel 31 Abs. 8 steht:

„(8) Im Rahmen des Monitoring gemäß Art. 18 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit erfolgt regelmäßig ein Bericht über den Stand der Umsetzung der Vorhaben gemäß Abs. 1.“ (Art 15a B-VG Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2017)

Damit wird festgelegt, dass der Stand der Umsetzung der Investitionen des 200 Millionen Euro Pakets im Monitoring Bericht der Zielsteuerung Gesundheit angezeigt werden muss. Auch diese Bestimmung wird nicht umgesetzt. Im letzten Monitoringbericht finden sich zwar Angaben über die Anzahl der derzeit bestehenden PVE, aber kein Bericht über die eingesetzten Finanzmittel. Angaben über die Verwendung der 200 Millionen konnten nirgendwo erhoben werden, hier ist keine Transparenz gegeben obwohl sie gesetzlich vorgesehen ist.

## 5.1. Honorierung der ärztlichen Leistungen im niedergelassenen Bereich

Bereitet man sich auf die Diskussion der Honorierung der ärztlichen Dienstleistungen in einem PVE vor, ist es notwendig, sich zu vergegenwärtigen, welche Mechanismen der Honorierung derzeit im Gesundheitssystem der selbstverwalteten Krankenversicherungen gelebt werden. Die Einführung der PVE bietet die Chance auf eine Weiterentwicklung der Honorierung. Bereits 2011 zeigt Cypionka et al, dass die in anderen Ländern gemischte Vergütungsstrukturen verwendet werden. Für die Grundversorgung der Patientinnen und Patienten existieren meist gewisse Pauschalen, wobei das Honorarsystem in bestimmten Bereichen stets Einzelleistungen vergütet. Mit Gesetzesänderungen im Jahr 2010 wurden auch in Österreich pauschale Vergütungssysteme im vertragsärztlichen Bereich als gleichwertig zur Einzelleistungshonorierung verankert. (Cypionka et al 2011: 1ff)

Im österreichischen Sozialversicherungssystem rechnen Ärztinnen und Ärzte mit Vertragsverhältnis zu einer selbstverwalteten Krankenversicherung über Honorarkataloge ab und werden so für ihre erbrachten Leistungen bezahlt. In den Honorarkatalogen gibt es heute Honorarordnungspositionen für Einzelleistungen und welche für pauschale Abgeltungen. Auf den ersten Blick ist eine hohe Anzahl verrechenbarer Einzelleistungen ersichtlich und eine kleinere Anzahl an Pauschalen. Ein direkter Rückschluss über die Bedeutung der Einzelpositionen und Pauschalen für den Umsatz der Ärztinnen und Ärzte ist rein aus der Menge der Positionen in den Honorarkatalogen nicht möglich.

Neben den Positionen für Einzelleistungen ist eine geringere Anzahl an Pauschalen in den Honorarkatalogen enthalten. Von diesen pauschalen Positionen sind nicht alle direkt als Pauschalen bezeichnet, so gibt es Positionen, die als Pauschalen einzustufen sind, aber nicht sofort als solche zu erkennen sind. Diese nennen sich beispielsweise „Grundvergütung“, „Grundbetrag“ oder „Grundleistungsvergütung“. Dabei handelt es sich um Fallpauschalen, die pro anspruchsberechtigter Person und bestimmtem Zeitraum einmal (z.B. im

Abrechnungsquartal) anfallen, unabhängig davon, wie oft es Kontakt zwischen der Person und dem Arzt/der Ärztin gibt. Neben den Fallpauschalen finden sich auch Kontaktpauschalen meist mit dem Positionsnamen „Ordinationen“ oder „Visiten“. In diesen Positionen werden kleinere ärztliche Leistungen, für die es keine eigene Position gibt, pauschal abgegolten. Diese Pauschalen können bei jedem Kontakt, den es zwischen der Person und dem Arzt/der Ärztin gibt, gegenüber der Krankenversicherung verrechnet werden. (Jung 2016: 3)

In der Diskussion zur Finanzierung der ärztlichen Leistungen im niedergelassenen Bereich des österreichischen Gesundheitssystems wird meist über die Höhe der Honorierung von Einzelleistungen diskutiert. Oft wird eingebracht, dass diese oder jene Honorarhöhe einer Einzelleistung die wirklichen Erbringungsaufwände nicht oder kaum deckt. Das wird als Argumentation der regionalen Ärztekammern vorgebracht um die Honorare für die einzelnen Leistungen in den Honorarkatalogen nach oben zu verhandeln. Durch diese vordergründigen Argumente entsteht der Eindruck, dass es sich im niedergelassenen Bereich und speziell bei den Kassen-Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern um ein reines Einzelleistungs-Vergütungssystem (fee-for-service system) handelt. Wie oben gezeigt, handelt es sich bei der Honorierung der Kassen Ärzte jedoch um ein Mischsystem mit anteiligen Pauschalvergütungen neben den Einzelleistungen, die verrechnet werden können.

Bei dem Mischsystem ist besonders wichtig zu beachten, welche Bedeutung die einzelnen Honorarformen in Bezug auf den Umsatz der ärztlichen Vertragspartner der Allgemeinmedizin haben.

Reinhard Jung untersucht in seinem Bericht „Anteil pauschaler Vergütungen in der Allgemeinmedizin“ das Verhältnis des Umsatzes zwischen den Honorarformen. Seine Untersuchung zeigt ein relativ klares Ergebnis. Der Anteil der pauschalen Vergütungsformen (Fall- und Kontaktpauschalen) am Gesamtumsatz der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner mit Vertragsverhältnis zur Krankenversicherung ist mit rund 70% des Gesamtumsatzes zu beziffern. (Jung 2016: 6) Mit dieser Auswertung lässt sich das Bild der alles dominierenden Einzelleistungen nicht aufrechterhalten. Die Kritik an der zu starken Fokussierung auf die Einzelleistungen geht damit ins Leere und kann entkräftet werden.

## 5.2. Honorierung in der Primärversorgung

Im Konzept „Team um den Hausarzt“ (B-ZK 2014) ist die Honorierung in PVE wie folgt eingegrenzt:

„Für die Honorierung der neuen Primärversorgungsstrukturen kommen grundsätzlich verschiedene „Honorierungsformen in Betracht, die unterschiedliche Anreiz- und Steuerungswirkungen entfalten. Die konkrete Honorierung ist zwischen dem Rechtsträger der Primärversorgungsstruktur und den zuständigen Krankenversicherungsträgern zu vereinbaren. Die vereinbarte Honorierung muss vor allem die Zielsetzungen einer Primärversorgungs-Einrichtung widerspiegeln und Anreize setzen, damit die festgelegten Aufgaben und Funktionen der Primärversorgungsstrukturen bestmöglich erfüllt werden.“ (B-ZK 2014)

Es sollen bei der Honorierung also die Zielsetzungen der PVE unterstützt und Anreize gesetzt werden, die Aufgaben und Funktionen bestmöglich zu erfüllen.

Für die Honorierung der Ärztinnen und Ärzte hat sich die Sozialversicherung in der 15a Vereinbarung 2017 verpflichtet, die notwendigen Mittel zur Verfügung zu stellen. Wie die gesetzlichen Vorgaben und Vereinbarungen innerhalb der Sozialversicherung bezüglich Honorierung der Ärztinnen und Ärzte in den PVE aussehen, wird in den kommenden Absätzen beschrieben. Anhand der Erkenntnisse wird schließlich bewertet ob die Honorierung in den Pilotprojekten nach diesen Vorgaben umgesetzt wird.

Die grundsätzlichen Bestimmungen zur Honorierung in der Primärversorgung aus dem § 342b, Abs. 3 ASVG lauten:

„Das Honorierungssystem bezüglich der Leistungen der Primärversorgungseinheit hat dazu beizutragen, dass die dem Primärversorgungsgesetz (§§ 4 bis 6) zu Grunde liegenden Ziele erreicht und die an diese Versorgungsform gestellten Anforderungen sicher erfüllt werden. Die Honorierung hat sich aus Grund- und Fallpauschalen, Einzelleistungsvergütungen sowie gegebenenfalls aus Bonuszahlungen für die Erreichung definierter Ziele zusammensetzen und ist in Grundzügen im Gesamtvertrag zu vereinbaren. Art und Umfang der Abrechnung der Tätigkeit sind auf Grundlage einer einheitlichen elektronischen Diagnosen- und Leistungsdokumentation zu vereinbaren. Die sich aus einzelnen Elementen zusammensetzende Grundpauschale dient, unabhängig vom Patientenkontakt zur Abgeltung der zur Verfügung gestellten Infrastruktur, der

personellen, technischen und apparativen Ausstattung sowie der mit diesen erbrachten Leistungen. Mit Fallpauschalen soll der Behandlungsaufwand pro Patient/in abgebildet werden, wobei nach Indikations- oder Anspruchsgruppen differenziert werden kann. Für Leistungen mit besonderem Betreuungs- und Behandlungsaufwand sind Einzelleistungsvergütungen zu vereinbaren. Bonuszahlungen können für spezielle vereinbarte Versorgungsziele, insbesondere in Umsetzung der im Versorgungskonzept festgelegten Versorgungsziele vereinbart werden.“ (ASVG § 342b, Abs. 3)

Auch hier ist festgelegt, dass die Honorierung die Erreichung der Ziele und Anforderungen der PVE, unterstützen soll. Mit dieser Bestimmung wird festgelegt, dass die Honorierung in der Primärversorgung auf mehreren Elementen aufbauen sollte. Dabei handelt es sich um folgende Honorarformen:

- Grundpauschalen
- Fallpauschalen
- Einzelleistungen
- Optional: Bonuszahlungen für erreichte Ziele

In der Arbeitsgruppe Honorierung im Hauptverband der Sozialversicherung wurde im August 2014 als Zielbild eine Relation der Honorarformen in der Primärversorgung formuliert, wie sie in der folgenden Abbildung zu sehen ist.

- Pay-for-Performance: ~ 5% des Honorarvolumens
- Einzelleistungen: ~ 15-25% des Honorarvolumens
- Fallpauschalen: ~ 50-60% des Honorarvolumens
- Grundpauschale: ~ 20% des Honorarvolumens  
(10% Gesundheitsförderung und 10% Koordination und Kooperation – Lotsenfunktion)



Abbildung 11: Zielbild Honorarformen in der Primärversorgung. Quelle: Hauptverband 2014: 12

Mit dem eingeplanten Anteil von ca. 70%-80% an pauschalen Honorarformen wird versucht den derzeitigen Anteil weiter anzuheben. Hier zeigt sich auch die Bereitschaft der Sozialversicherung neue Wege in der Honorierung zu gehen. Die Sozialversicherung plant laut dieser Aufstellung einen 5% Anteil an pay for performance (p4p) Elementen ein. Die Grundidee bei der p4p Honorierung ist, bei der Erreichung von Zielen, steigender Qualität oder verbesserter Kosten--Effektivität von Verschreibungen eine Zusatzfinanzierung zu gewähren. (Czypionka 2015: 23f) Mit aktuell ca. 70% pauschalem Anteil ist die Honorierung der ärztlichen Leistungen bei den Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern auch jetzt schon nahe an dem definierten Zielbild. Einen p4p Anteil gibt es in der österreichischen Honorierungslandschaft derzeit noch nicht.

Ein Problem bei der derzeitigen Honorierung ist jedoch, dass der Anteil der pauschalen Vergütungsanteile nicht über alle Gebietskrankenkassen hinweg gleich hoch ist. Der Anteil schwankt bei den unterschiedlichen Gebietskrankenkassen zwischen 82 Prozent und 59 Prozent. (Hauptverband 2016: 6) Es ist hier kein einheitliches Vorgehen seitens der Gebietskrankenkassen gegeben.

Grundsätzlich empfiehlt Czypionka, die Struktur der Honorarverhandlungen zu reformieren. Er empfiehlt zentrale Rahmenvertragsverhandlungen zwischen Trägern und Ärztekammer für eine allgemeine Honorarordnung. Außerdem sollte bei den Überlegungen nicht die Versorgungsstrukturen im Zentrum stehen, sondern es sollte viel mehr in Versorgungsbündeln gedacht werden und in Versorgungsvorgängen. So könnte die Leistungserbringung viel stärker von der Versorgungsstruktur unabhängig gedacht werden. (Czypionka 2011: 15)

Die Empfehlung geht also dahin, die Honorierung von Arztleistungen weiter zu differenzieren, stärker von der Ausgestaltung des Leistungserbringers zu emanzipieren und mehr zentrale Steuerung und Verhandlung vorzunehmen um eine einheitliche Vorgehensweise zu gewährleisten.

Im Hauptverband der Sozialversicherungsträger wurde 2015 in der AG Honorierung eine grundsätzliche Absprache über die Honorierung in der Primärversorgung getroffen. So soll sich das Budget zur Vergütung einer PVE aus mehreren Honorarformen zusammensetzen. Den unterschiedlichen

Honorarformen können im Modell unterschiedliche Größenanteile am Gesamtbudget zugewiesen werden.

Es soll eine Grundpauschale geben. Gemeint ist eine medizinische Grundpauschale pro Patient und Abrechnungszeitraum, für übergreifende Aufgaben. Darunter können zB die Durchführung von Gesundheitsförderung und Prävention, Beratung und Information, Koordination & Kooperation von/mit unterschiedlichen Berufsgruppen, Erfüllung von Qualitätsaspekten, Aus-, Fort- und Weiterbildung subsummiert werden.

Darüber hinaus sollte es jedenfalls zwei Arten von Fallpauschalen geben. Eine quartalsweise kontaktabhängige Fallpauschale 1 („Akutfallpauschale“), welche die ambulante Grundversorgung aller Bürger bei akuten Fällen abdeckt. Eine zweite Fallpauschale für chronisch kranke Personen soll die die Versorgung chronisch Erkrankter, geriatrischer und multimorbider Patientinnen und Patienten abdecken. Diese Pauschale sollte von einer Diagnosecodierung abhängig sein.

Neben den Pauschalen sollte es weiterhin spezielle Leistungen geben, die als Einzelleistungen einzeln vergütet werden. Es sollten dabei auch Leistungen, die zwar schon in einer Pauschalierung enthalten sind aber besonders gefördert werden sollen, einzeln vergütet werden können.

Die p4p Honorarform soll genutzt werden um die Performance in bestimmten Bereichen zu fördern und gezielt Anreize zu setzen. Die Auszahlung dieser Honorierung wird durch die Erfüllung bestimmter Indikatoren ausgelöst, die angepasst und geändert werden können. (Hauptverband 2015: 8)

Das ergibt für die Honorarvereinbarungen auf Landesebene einen Aufbau der wie folgt aussieht:



## H o n o r i e r u n g

Abbildung 12: Das Honorierungshaus der Primärversorgung. Quelle: Hauptverband 2014: 4

Mit dem vereinbarten neuen Honorierungsmodell für PVE, würde eine stärkere Differenzierung bei den Honorarformen erreicht, als es bisher bei der Honorierung der Einzelordinationen der Fall ist. Außerdem geht der Fokus auf eine Problemlage in der österreichischen Gesundheitsversorgung ein. Die kontinuierliche Versorgung von chronisch Kranken sollte durch eine eigene Fallpauschale qualitativ gehoben werden.

Die Frage ist in der Folge, ob in der aktuellen Struktur des Gesundheitssystems eine Steuerung dergestalt gegeben ist, dass die in der 15a Vereinbarung vereinbarten Schritte und die erarbeiteten Modelle aus dem Hauptverband wirklich den Weg in die Realität finden und relativ einheitlich umgesetzt werden.

Wenn man die Grundlagen ansieht, könnte man annehmen, dass für die Ausgestaltung der Pilotprojekte in der Primärversorgung relativ klar zu erkennen ist, wie die Honorierung aufgebaut sein sollte. In allen relevanten Unterlagen ist eine einheitliche Linie zu erkennen. Fraglich ist nun, ob diese Vorarbeiten in der Umsetzung Beachtung finden.

Auf den folgenden Seiten wird dargestellt, welche Honorierungsformen bei den PVE, die als Pilotprojekte betrieben werden, im Einsatz sind. Schließlich wird bewertet ob die in den Bundesländern getroffenen Honorierungsvereinbarungen bei den PVE nahe an den vereinbarten Idealbildern sind, die im Hauptverband vereinbart wurden. Es wird auch bewertet wie einheitlich die Honorierung grundsätzlich ist. Dabei wird Bezug auf die Übereinkommen aus den 15a Vereinbarungen genommen.

In der Untersuchung der Finanzierung und Honorierung der PVE zum Zeitpunkt 1. Quartal 2019 werden drei Finanzierungsfelder in den Fokus genommen. In allen drei Finanzierungsbereichen wird bewertet, ob es mit den getroffenen Vereinbarungen gelungen ist, eine abgestimmte, einheitliche Vorgehensweise beim beschlossenen Ausbau der Primärversorgung zu gewährleisten.

Vereinbart ist eine geteilte Finanzierung zwischen den Systempartnern Land und Sozialversicherung bei den Anschubkosten und den Kosten des erweiterten Teams der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe in den PVE. Bei der Honorierung der Ärztinnen und Ärzte ist eine Beteiligung der Bundesländer an den Mehrkosten möglich. Grundsätzlich hat die Sozialversicherung die Finanzierung der Ärztinnen und Ärzte in den PVE zugesagt, wobei eine Weiterentwicklung der Honorierungsmodelle gesetzlich festgelegt und im Hauptverband gemeinsam diskutiert und vereinbart wurde.

## 6. Erhebung

In der Folge des Beschlusses des Konzeptes „Das Team um den Hausarzt“ und der 15a Vereinbarung zur Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wurden von einzelnen Krankenversicherungsträgern, ohne das Vorliegen einer gesamtvertraglichen Vereinbarung, Einzelverträge mit Projektbetreibern von PVE abgeschlossen, sogenannte Pilotprojekte mit befristeten Verträgen.

Der Abschluss von Vereinbarungen mit PVE durch die Krankenversicherungsträger war rechtlich bereits möglich, und wurde in der Form von zeitlich begrenzten Pilotprojekten umgesetzt. Auch im später vorliegenden Primärversorgungsgesetz wurde geregelt, dass jedenfalls ein Primärversorgungsvertrag abgeschlossen werden muss. So ein Primärversorgungsvertrag kann nur auf Basis eines Gesamtvertrages abgeschlossen werden. Jedoch wurde eine Ausnahmeregelung einbezogen, die besagt:

„Ist kein Gesamtvertrag nach § 342b ASVG anwendbar, so ist hinsichtlich der ärztlichen Hilfe (Z 1) ein nach § 342c Abs. 13 ASVG abgeschlossener Primärversorgungs-Sondervertrag Inhalt des Primärversorgungsvertrags.“ (§8 Abs. 3 PrimVG)

Das bedeutet, die Sozialversicherung bekam auch mit dem PrimVG die dezidierte Möglichkeit eingeräumt, Sonderverträge abzuschließen, solange keine gesamtvertragliche Vereinbarung vorliegt. In einigen Bundesländern wurde die Möglichkeit genutzt, ohne zentrale gesamtvertragliche Vereinbarung in ein Vertragsverhältnis mit einer PVE einzutreten. Diese Vertragsabschlüsse wurden mittels Primärversorgungs-Sondervertrag getätigt und waren jeweils als Projekt angelegt.

Im Folgenden wird nach Bundesländern aufgliedert gezeigt, wie in diesen Primärversorgungs-Sonderverträgen die Finanzierung und Honorierung vorgesehen wurde. Außerdem wird bewertet ob bei der Vereinbarung der Pilotprojekte die Vorüberlegungen und Vereinbarungen aus den 15a Vereinbarungen und den Regelungen zur Honorierung eingehalten wurden.

Abgefragt wurden die drei Finanzierungsfelder:

- Anschubfinanzierung in PVE
- Honorierung der ärztlichen Leistungen in PVE
- Finanzierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe in PVE

Erhoben wurden diese Informationen über die Finanzierung und Honorierung im Jänner und Februar 2019 mittels eines Telefonfragebogens, der bei den Fachabteilungen der neun regional zuständigen Gebietskrankenkassen abgefragt wurde. Es wurde mit folgender Fragestellung abgefragt wie die Anschubfinanzierung im jeweiligen Bundesland für die PVE Pilotprojekte vorgesehen ist:

1. Was wird unter einer Anschubfinanzierung für PVE verstanden?
2. Wer stellt das Geld für die Anschubfinanzierung von PVE zur Verfügung?
3. Gibt es eine Kostenaufteilung zwischen den Systempartnern Land und Sozialversicherung?

Das zweite Finanzierungsfeld, die Honorierung der ärztlichen Leistungen innerhalb der PVE wurde mit folgender Fragestellung abgefragt:

1. Wie werden die Ärztinnen und Ärzte in der PVE honoriert?
2. Wer stellt das Geld für die Ärztehonorierung zur Verfügung?
3. Gibt es eine Kostenaufteilung zwischen den Systempartnern Land und Sozialversicherung?

Das dritte abgefragte Finanzierungsfeld ist die Finanzierung der Leistungen der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe, die in den PVE arbeiten, die als Pilotprojekte betrieben werden. Hier wurde gefragt:

1. Wie werden die nicht-ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in einer PVE bezahlt?

2. Wer stellt das Geld für die Bezahlung der nicht-ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Primärversorgungseinheit zur Verfügung?
3. Gibt es eine Kostenaufteilung zwischen den Systempartnern Land und Sozialversicherung?

Mit diesen Fragestellungen wurde im Jänner bzw. Februar 2019 an die jeweils zuständige Fachabteilung in den neun österreichischen Gebietskrankenkassen herangetreten. Die Ergebnisse der Erhebung werden auf den folgenden Seiten zusammengefasst und bewertet.

Im Februar 2019 gibt es noch nicht in allen Bundesländern fix vereinbarte Kostenschlüssel, da aufgrund des fehlenden Gesamtvertrages in einigen Bundesländern noch auf den Abschluss dieses Vertrages gewartet wurde. In manchen Bundesländern sind zwar noch keine Pilotprojekte aktiv, die Abwicklung der Finanzierungsfelder wurde aber schon diskutiert und teilweise fixiert. In einigen Bundesländern gibt es schon fixe Vereinbarungen mit den Systempartnern . Im nächsten Kapitel werden bei der Präsentation der Erhebungsergebnisse die Vereinbarungen und die Lage in den einzelnen Bundesländern dargestellt.

## 7. Ergebnisse der Befragung

Die Ergebnisse der Befragung in den regional zuständigen Gebietskrankenkassen ergaben ein buntes Bild, das auf den folgenden Seiten von unterschiedlichen Perspektiven aufgearbeitet wird. Der Fokus bei der Betrachtung liegt wie beschrieben auf den drei zu finanzierenden Feldern:

1. Anschubfinanzierung für PVE
2. Honorierung der Arztleistungen in den PVE
3. Finanzierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe in den PVE

Für eine bessere Übersichtlichkeit werden die Ergebnisse nach individuellem Finanzierungsfeld aufgezeigt. In jedem Feld gibt eine tabellarische Übersicht und eine Darstellung der Ergebnisse mittels einer Österreichkarte.

Grundsätzlich kann man sagen, dass es in den österreichischen Bundesländern im Februar 2019 14 aktive Pilotprojekte für Primärversorgung gibt:

- Niederösterreich (NÖ): PVE Böheimkirchen, PVE St. Pölten und PVZ Schwechat
- Oberösterreich (OÖ): PVZ Enns, Primärversorgungsnetzwerk Sierning-Neuzeug, PVZ Marchtrenk, Primärversorgungszentrum Haslach
- Steiermark: MEDIUS – Zentrum für Gesundheit, Gesundheitszentrum (GZ) Joglland, GZ Weiz, GZ Eisenerz, GZ Mariazell
- Wien: Medizin Mariahilf, SMZ Ost

Darüber hinaus gibt es in weiteren Bundesländern Projekte, die in Planung sind oder Projekte die primärversorgungs-ähnlich sind. So zum Beispiel die Allgemeinmedizinische Erstaufnahmeeinheit im Universitätsklinikum Innsbruck in Tirol, das PVN Tennengau in Salzburg oder das PVN Raabtal im Burgenland. In der Auswertung der Befragung sind alle Überlegungen und Vereinbarungen zum

Zeitpunkt Februar 2019 eingeflossen und stellen eine Momentaufnahme dar. Der betrachtete Moment im Februar 2019 hat aber jedenfalls Aussagekraft da schon 14 Projekte aktiv waren und die Überlegungen in den restlichen Bundesländern zum Großteil schon sehr weit fortgeschritten waren. Es können jedoch nicht alle Finanzierungsfelder komplett in allen Bundesländern dargestellt werden, da nicht in allen Bundesländern konkrete Überlegungen vorhanden waren. Die Ergebnisse können also im Februar 2019 noch kein komplettes Bild über die Finanzierung und Honorierung bei den PVE liefern. Die weißen Flecken sind in den Darstellungen als ausgegraute Bundesländer ersichtlich. In den anderen Bundesländern wird gezeigt, wie der Stand im Februar 2019 war.

## 7.1. Anschubfinanzierung für PVE

Ein Gutteil des vereinbarten Investitionspaketes sollte in die Anschubfinanzierung von PVE investiert werden. In den Ergebnissen der Befragung sieht man wie im Februar 2019 die Umsetzung im Finanzierungsfeld Anschubfinanzierung für PVE in den einzelnen Bundesländern aussieht.

Anschubfinanzierung für PVE	
Burgenland	Finanzierung durch Burgenländische Gebietskrankenkasse (BGKK): Erstellung des Versorgungskonzepts durch die Medizinische Universität Graz, die Erstellung einer Homepage und die Infrastruktur im PVE
Kärnten	100% Land Kärnten. Grundsätzlich ist mit dem Land vereinbart, dass das Land die Anschubfinanzierung übernimmt. Für die Anschubfinanzierung muss ein Investitionskonzept eingebracht werden (Infrastruktur, EDV).
Niederösterreich	50/50 zw. Land und Krankenversicherungsträger (KVT) (Pool von 50.000 Euro zum Ausschöpfen für Übersiedlung, EDV, Renovierung)
Oberösterreich	Land OÖ: 75%, OÖGKK: 25% 90.000 Euro bei 4,5 VZÄ Gesellschafter (60.000 Euro EDV, 30.000 Euro Umzug, Gründungskosten)
Salzburg	keine konkreten Überlegungen
Steiermark	Pauschale, projektspezifische Anschubfinanzierung vom Gesundheitsfonds Steiermark
Tirol	keine konkreten Überlegungen
Vorarlberg	keine konkreten Überlegungen
Wien	50/50 Ko-Finanzierung zwischen den Projektpartnern Stadt Wien und Wiener Gebietskrankenkasse, Höhe projektabhängig (bisherige Projekte zw. jährlich 210.000 – 270.000 Euro), Finanzierung aus Strukturmitteln, Beitragsgeldern und Strukturmitteln für Ambulanzentlastung)

Tabelle 1: Länderübersicht Anschubfinanzierung für PVE. Quelle: eigene Darstellung

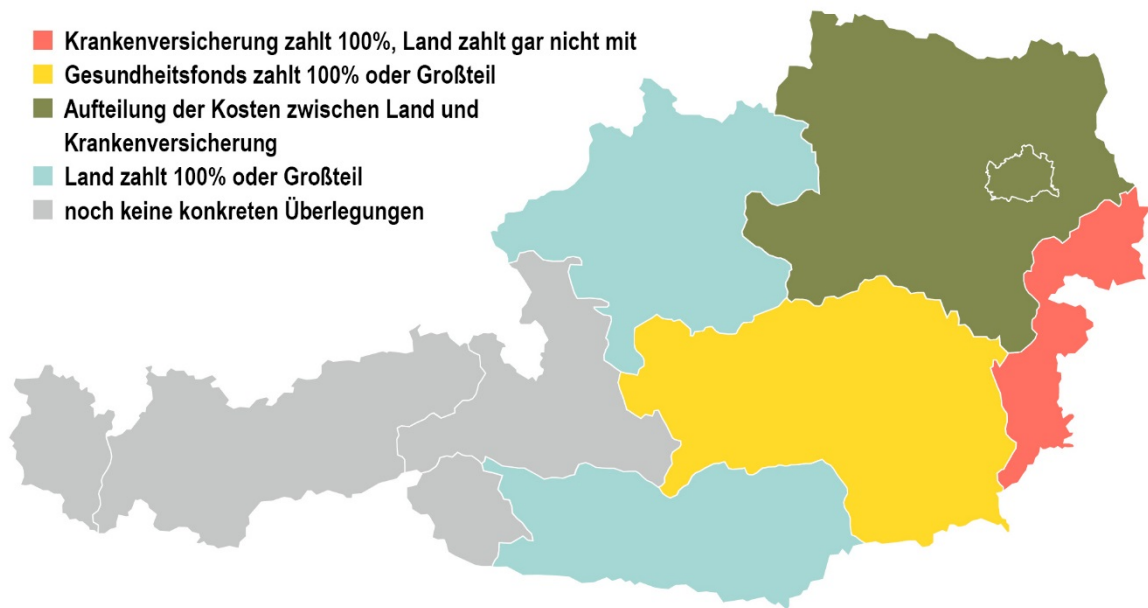


Abbildung 13: Österreichkarte Anschubfinanzierung für PVE. Quelle: eigene Darstellung

Betrachtet man die Ergebnisse der Befragung bei den Gebietskrankenkassen, was die Anschubfinanzierung der PVE anbelangt, dann zeigt sich, wie oben in der Darstellung ersichtlich, ein sehr buntes Bild.

In der Betrachtung der Pilotprojekte im Februar 2019 sind die Ausprägungen wie in die Anschubfinanzierung investiert wird, sehr unterschiedlich. In drei Bundesländern gibt es noch gar keine konkreten Überlegungen zur Anschubfinanzierung der PVE. Im Burgenland hält sich der Systempartner Land dezidiert nicht an die vereinbarte Beteiligung an der Anschubfinanzierung. In der Steiermark läuft die Finanzierung über den Gesundheitsfonds. In Wien und NÖ konnte man sich auf eine Aufteilung der Anschubkosten einigen. Nur in OÖ und Kärnten übernimmt der Systempartner Land den Großteil der Anschubkosten für PVE, wobei in Kärnten vereinbart wurde, dass das Land 100% der Anschubfinanzierung übernimmt. Finanziert werden unter dem Titel Anschubfinanzierung unterschiedliche Aspekte. Meist handelt es sich um einen Finanzierungspool für EDV, Infrastruktur im PVE und Gründungskosten. Aber es werden teilweise auch Übersiedlungskosten, Erstellung eines Versorgungskonzeptes und die Homepageerstellung übernommen.

## 7.2. Honorierung der ärztlichen Leistungen in PVE

Bei der Honorierung der ärztlichen Leistungen in PVE ist in der 15a Vereinbarung festgelegt, dass die Krankenversicherung die Gelder für die Finanzierung vorzuhalten hat. In der 15a Vereinbarung wird darüber hinaus abgesprochen, dass sich das Land auch bei entstandenen Mehrkosten der ärztlichen Leistungen in den PVE beteiligen kann. Die Begründung dafür ist, dass durch eine gestärkte Primärversorgung die Ambulanzen entlastet werden. Darüber hinaus wurde in Verhandlungen im Hauptverband der Sozialversicherungsträger ein Konzept für die Honorierung der Arztleistungen in der Primärversorgung erarbeitet, in dem eine Weiterentwicklung zu den bestehenden Vergütungen über die Honorarkataloge vorgesehen ist. Es wird damit ein höherer Anteil an unterschiedlichen pauschalen Honorarformen angestrebt, sowie die Etablierung von p4p Elementen neben den klassischen Einzelleistungen.

Honorierung der ärztlichen Leistungen in PVE	
Burgenland	Überlegung bezüglich der PVN sieht vor, dass alle Ärztinnen und Ärzte ihren bisherigen Einzelvertrag behalten und neben oder über den Einzelpraxen ein Verein agiert, der ebenfalls einen Primärversorgungsvertrag hat. Honorierung nach Honorarkatalog.
Kärnten	Honorierung der Ärztinnen und Ärzte laut Honorarkatalog und Gruppenpraxishonorierung
Niederösterreich	Grundpauschale (80.000 Euro pro VZÄ Gesellschafter, Land NÖ: 50% für erste 3 Jahre) + Kopfpauschale + Einzelleistungen
Oberösterreich	4 verschiedene Honorierungsmodelle für Betreiber zur Auswahl. Derzeit präferiert wird das Modell der Pauschalbezahlung (bisheriger Verdienst +5%) und die Verrechnung nach Honorarkatalog
Salzburg	Honorierung der Ärztinnen und Ärzte laut Honorarkatalog und Gruppenpraxishonorierung. Es gibt Überlegungen, in einem Primärversorgungs-Sondervertrag eine freiwillige Patientensteuerung sowie ein Bonus-Malus-System für die Vertragspartner vorzusehen.
Steiermark	In den Gruppenpraxen (Medius Graz und Weiz): Abrechnung nach Honorarordnung + Aufschlag In Mariazell (ehemaliges Krankenhaus): Gebietskrankenkasse zahlt Pauschale für ärztliche Leistungen In Eisenerz (ehemaliger Krankenhausstandort): niedergelassene Ärzte rechnen nach Honorarordnung ab Vorau/Joglland: Pauschale der Steirischen Gebietskrankenkasse (STGKK) für Arztleistungen + Pauschale für Gesundheitsberufe
Tirol	Allgemeinmedizinische Erstaufnahmeeinheit Universitätsklinikum Innsbruck: 1,5 VZÄ Allgemeinmediziner von Tiroler Gebietskrankenkasse pauschal finanziert
Vorarlberg	Noch keine konkreten Überlegungen
Wien	Abrechnung der ärztlichen Leistungen nach Honorarkatalog

Tabelle 2: Länderübersicht Honorierung der ärztlichen Leistungen in PVE. Quelle: eigene Darstellung

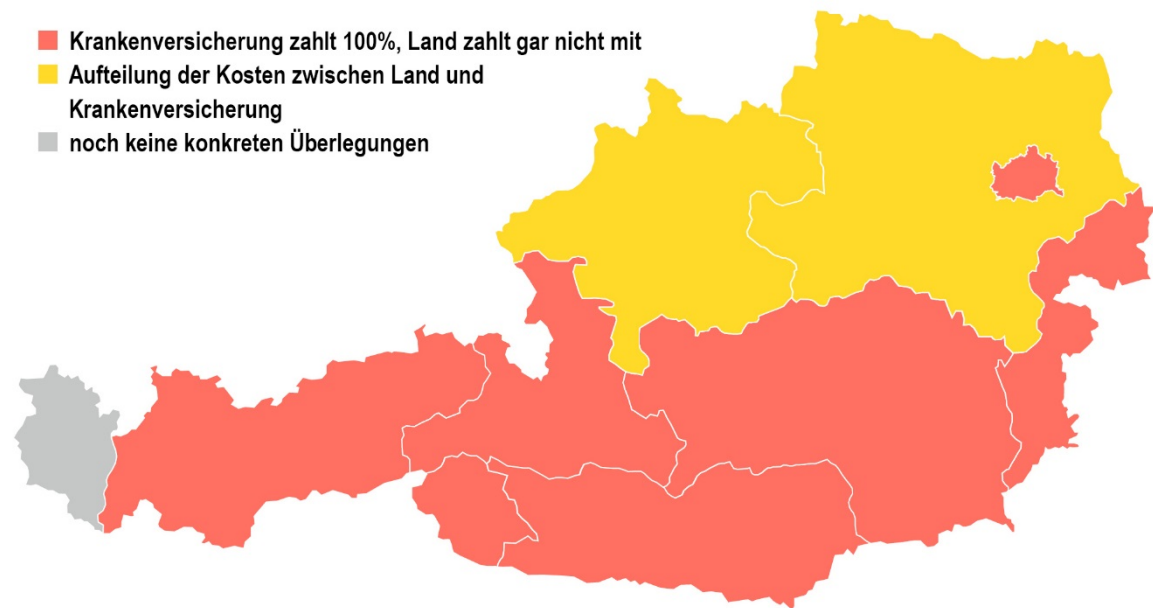


Abbildung 14: Österreichkarte Honorierung der ärztlichen Leistungen in PVE nach Finanzierungsaufteilung.  
 Quelle: eigene Darstellung

In dieser Darstellung sieht man, dass nur in OÖ und NÖ eine Kostenbeteiligung des Systempartners Land bei den ärztlichen Leistungen vereinbart wurde. In allen anderen Bundesländern trägt allein die Krankenversicherung die Arzt-Kosten.

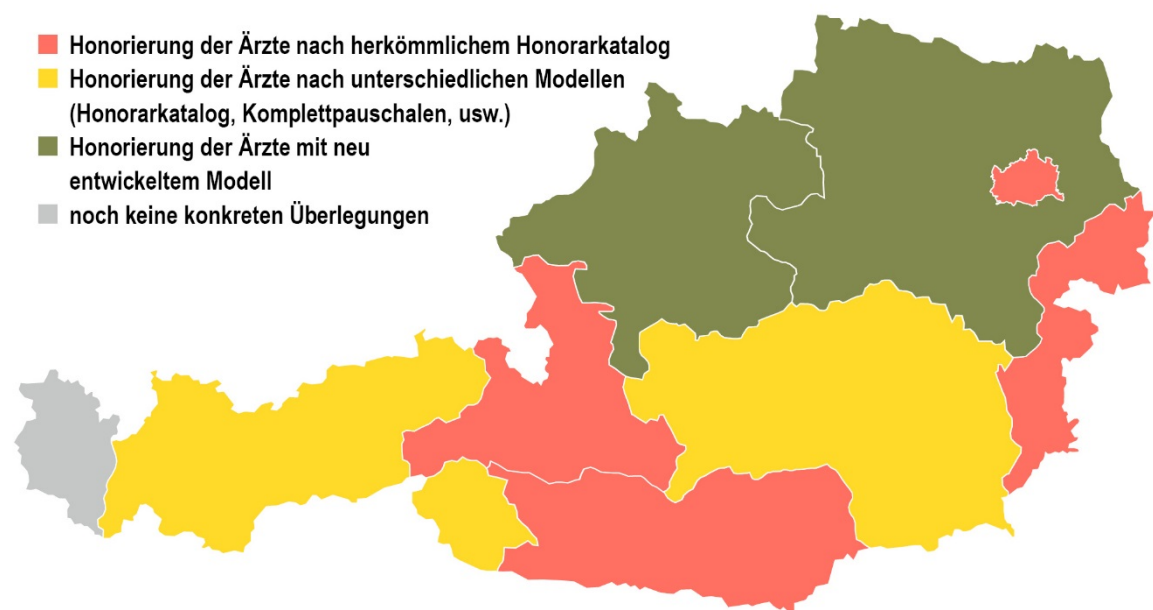


Abbildung 15: Österreichkarte Honorierung der ärztlichen Leistungen in PVE. Quelle: eigene Darstellung

Bei den Honorierungsformen zeigt sich ein noch bunteres Bild. Trotz anderer Vereinbarungen bleiben im größten Anteil der Bundesländer die Honorierungsformen dem herkömmlichen Honorarkatalog treu. In Tirol und in der Steiermark werden auch komplett pauschale Abgeltungen genutzt. Nur in NÖ und in OÖ wurden neu entwickelte Modelle eingesetzt. Diese beiden Bundesländer sind jedoch in der Ausprägung nicht miteinander vergleichbar. Deshalb wird im nächsten Kapitel gezeigt wie diese beiden Bundesländer die ärztliche Honorierung für die Pilotprojekte der Primärversorgung vorgesehen haben. Mit der genaueren Betrachtung kann dann auch bewertet werden, ob die Modelle den Vereinbarungen im Hauptverband folgen.

### **7.2.1. Honorierung mit neu entwickelten Modellen**

Zwei Bundesländer, NÖ und OÖ, haben bisher extra für die Primärversorgungs-Pilotprojekte eigene neue Honorierungsmodelle entwickelt. In allen anderen Bundesländern wird auch in den PVE nach dem herkömmlichen Honorarkatalog verrechnet oder mit Pauschalabgeltungen für angestellte Ärzte, die in Krankenhausnachfolgern oder Ambulanzen arbeiten.

#### **7.2.1.1. Niederösterreich**

In NÖ wurde für die Pilotprojekte der PVE in einem Basispapier (Niederösterreichische Gebietskrankenkasse 2018) ein neues Abrechnungsmodell zwischen der Gebietskrankenkasse und der Ärztekammer entwickelt, das die Honorierung in eine kontaktunabhängige Grundpauschale, eine nach Alterskohorten gegliederte Kopfpauschale sowie einzelne definierte Leistungspositionen gliedert.

Es gibt also drei Teile bei der Honorierung der Pilotprojekte:

- eine kontaktunabhängige Grundpauschale
- eine nach Alterskohorten gegliederte kontaktabhängige Kopfpauschale
- einzelne definierte Einzelleistungspositionen

Die kontaktunabhängige Grundvergütung wird zur Abgeltung PVE-spezifischer Personal- und Sachmehrkosten gezahlt. Sie steht in Zusammenhang mit folgenden Leistungen:

- Übergreifende Aufgaben und „Patientenservice“
- Zugänglichkeit – längere Öffnungszeiten
- administrative Aufgaben
- Unterstützung der Patienten beim Auffinden der richtigen Versorgungseinrichtung und Koordinierung des Versorgungsprozesses innerhalb und außerhalb der Primärversorgungsstruktur
- Qualitätsmanagement
- Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Gesundheitsförderung und Prävention
- mit übergreifenden Aufgaben verbundener administrativer Mehraufwand und Evaluierung

Kammer und Kasse haben eine Grundpauschale pro VZÄ-Gesellschafterin oder Gesellschafter (entspricht einer Verpflichtung zur nachweislichen Erbringung von mindestens 20 Wochenstunden für die PVE) in Höhe von € 80.000,- vereinbart. Gesellschafterinnen oder Gesellschafter mit geringerer Stundenanzahl werden aliquot honoriert.

Die nach Alterskohorten gegliederte Kopfpauschale stellt eine kontaktabhängige Vergütung pro Patientin oder Patient und Quartal für Leistungen des Kernteams laut definiertem Leistungsspektrum dar. Die Höhe der jeweiligen Kopfpauschale bildet ein durchschnittlicher Fallwert der Kassenvertragsallgemeinmedizinerinnen bzw. -mediziner exklusive definierter Positionen. Für die Kopfpauschalen nach Alterskohorten stehen Leistungspositionen zur Abrechnung zur Verfügung, die bei Kontakt abgerechnet werden können.

Eine ganze Reihe von Leistungspositionen können weiterhin zusätzlich zur Kopfpauschale als Einzelleistung gemäß Tarifen und Positionsnummern der geltenden Honorarordnung (des Gruppenpraxis-Gesamtvertrages) abgerechnet werden.

Hier enthalten sind auch: Bereitschaftsdienstpauschalen für den Samstags-, Sonntags- und Feiertagsdienst und Wegegebühren.

Außerdem können Leistungen, die über die vertraglichen Mindeststandards hinausgehen (zB längere Öffnungszeiten als 50 Wochenstunden), zusätzlich abgegolten werden.

Das niederösterreichische Modell ist schon sehr stark angelehnt an die im Hauptverband getroffenen Vereinbarungen für die Ausgestaltung der Honorierung der PVE. In den zusätzlichen Abgeltungsmöglichkeiten für Leistungen, die über das vertragliche Mindestmaß hinausgehen, ist auch das Prinzip des p4p angelegt. Was fehlt ist eine Fallpauschale 2, mit der die Betreuung von chronisch kranken oder multimorbiden Personen, abgegolten wird.

#### **7.2.1.2. Oberösterreich**

In OÖ wurde für die Pilotprojekte der PVE, die bis 2020 starten, eine ganze Palette von Honorierungsmodellen zur Auswahl entwickelt und wird den Interessentinnen und Interessenten angeboten. Die Modelle wurden gemeinsam mit den Systempartnern Ärztekammer und Land ausgearbeitet. (OÖGKK 2018 bzw. 2018a) Das Ziel dieser Vorgehensweise ist, Erkenntnisse über die Pilotprojekte zu gewinnen um nach einer Evaluierung eine fixe Honorierungsmodalität anzubieten. Die dann bestehenden PVE können nach Vertragsende freiwillig in ein dann entwickeltes neues Honorierungsmodell wechseln.

In OÖ werden vier verschiedene Honorierungsmodelle angeboten:

- Modell Einkommensabgeltung
- Modell Umsatzabgeltung
- Modell Fallpauschale
- Modell Honorarordnung

Im Modell Einkommensabgeltung werden die Ärztinnen und Ärzte mit einer Pauschale bezahlt. Sie bekommen für alle Leistungen, die sie in der PVE erbringen, das bisherige ärztliche Einkommen plus 5% garantiert. Im Vorfeld müssen die beteiligten Ärztinnen und Ärzte alle Einkünfte und Ausgaben offenlegen, damit eine reale Einschätzung des bisherigen Einkommens zum Tragen kommt. Im Modell Umsatzabgeltung kommt der bisherige Umsatz ohne Gruppenpraxis-Abschlag zur pauschalen Auszahlung. Steigen neue Ärztinnen oder Ärzte in dieses Modell ein, wird zur Berechnung der Durchschnittsumsatz der Allgemeinmedizinerinnen bzw. -mediziner im Bezirk herangezogen.

Das Modell Fallpauschale sieht eine Honorierung nach altersgestaffelten Fallpauschalen vor, im Modell Honorarordnung erfolgt die Honorierung gemäß geltender Honorarordnung ohne Gruppenpraxis Abschlag.

Bei allen Modellen ist es so geregelt, dass die Personalkosten gegen Nachweis ersetzt werden.

Zum Erhebungszeitpunkt im Februar 2019 waren nur die beiden Honorierungsmodelle Einkommensabgeltung und Honorarordnung im Einsatz. Die beiden anderen Modelle kamen zu diesem Zeitpunkt noch nicht zum Einsatz.

Grundsätzlich kann man feststellen, dass die in OÖ angebotenen Modelle nicht den Vorarbeiten folgen, die eine gemischte Honorierung aus unterschiedlichen Pauschalen und Einzelpositionen vorsehen. Eine Honorierungsform wie sie im Hauptverband erarbeitet wurde ist bei den Honorierungsmodellen der OÖGKK für die Pilotprojekte nicht verfügbar. In den Vereinbarungen zu den Pilotprojekten wurde aber eingetragen, dass nach der Pilotphase ein Umstieg auf eine andere Honorierungsform freiwillig möglich ist.

Zusammenfassend kann man sagen, dass nur in NÖ ein Honorierungsmodell für PVE gegeben ist, das den gemeinsamen Vereinbarungen aus dem Hauptverband folgt. Bei der Finanzierung haben NÖ und OÖ eine Kostenteilung der Mehrkosten bei den Honoraren mit dem Systempartner Land vereinbart.

### 7.3. Finanzierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe in PVE

In der 15a Vereinbarung 2017 (Art 15a B-VG Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2017) wurde festgelegt, dass neben der Anschubfinanzierung auch die Finanzierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe ein Finanzierungsfeld für das vereinbarte 200 Millionen Euro Paket darstellt.

Finanzierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe in PVE	
Burgenland	BGKK finanziert 100% das erweiterte Team angestellt und nach Kollektivvertrag), PVE-Manager wird befristet finanziert
Kärnten	Gesundheitsberufe sollten angestellt werden (100% Finanzierung Kärntner Gebietskrankenkasse). Anstellung Sozialarbeiter: Finanzierung durch Gesundheitsfonds
Niederösterreich	Land NÖ: 35%, KVT (nach Versichertenschlüssel): 65% Sozialarbeiter: 100% Land NÖ PVE Manager: KVT: 65%, Land NÖ: 35% (befristeter Vertrag 3 Jahre)
Oberösterreich	PVE extramural: Land OÖ: 35%, OÖGKK: 65% PVE in einem Krankenhaus: Land OÖ: 45%, OÖGKK: 55%
Salzburg	keine konkreten Überlegungen
Steiermark	In den Gruppenpraxen (Medius Graz und Weiz): 50:50 zw. KVT und Land Steiermark (PVE-Management auf 2 Jahre befristet), Sozialarbeit: 100% Stadt Graz, Bemessung der Personalkosten nach Kollektivvertrag In Mariazell (ehemaliges Krankenhaus): Land Steiermark: 100% Übernahme des Pflegepersonals und der spitalersetzenden Leistungen In Eisenerz (ehemaliger Krankenhaus Standort): Pauschale vom Land Steiermark für spitalersetzende Leistungen (Wundversorgung, Sozialbetreuung), 1 VZÄ Physiotherapie: 100% von STGKK Vorau/Joglland: Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds + nicht-ärztlicher Anteil aus der All-in Pauschale der STGKK
Tirol	Allgemeinmedizinische Erstaufnahmeeinheit im Universitätsklinikum Innsbruck: Gesundheitsberufe 100% Land
Vorarlberg	keine konkreten Überlegungen
Wien	100% Stadt Wien, (zwei angestellte Gesundheitsberufe)

Tabelle 3: Länderübersicht Finanzierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe in PVE. Quelle: eigene Darstellung

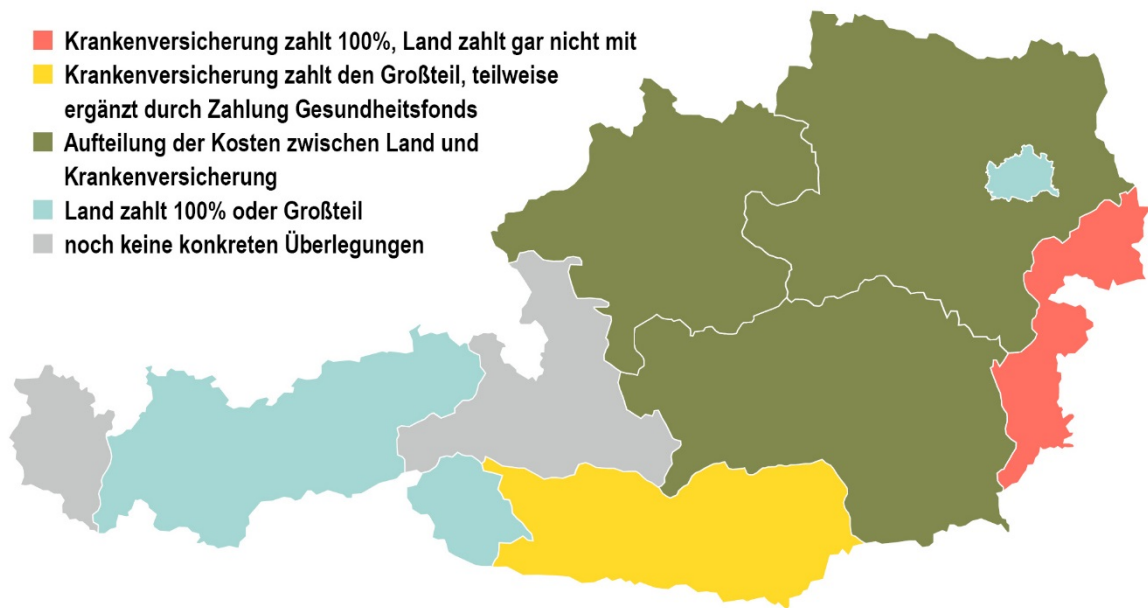


Abbildung 16: Österreichkarte Finanzierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe in PVE. Quelle: eigene Darstellung

Die Ergebnisse der Befragung zeigen auch in diesem Finanzierungsfeld ein sehr gemischtes Bild: in zwei Bundesländern gibt es im Februar 2019 noch keine Vereinbarungen und Pilotprojekte, die Aufschluss über die Finanzierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe in der Primärversorgung geben. In Tirol und Wien zahlt das Land jeweils 100% der Kosten der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe in den bestehenden Projekten. In OÖ, NÖ und Steiermark teilen sich die Krankenversicherung und das Land die anfallenden Kosten mit unterschiedlichen Modellen auf. Im Burgenland trägt allein die Krankenversicherung die Kosten. In Kärnten trägt die Krankenversicherung den Großteil der Kosten, ergänzt um eine teilweise Finanzierung über den Gesundheitsfonds. In einigen Bundesländern wird neben den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen auch ein PVE-Manager, zur organisatorischen Unterstützung der ärztlichen Gesellschafter, finanziert.

## 8. Resumee

Österreich hat einen sehr guten Zugang zum öffentlichen Gesundheitssystem. Im Bedarfsfall erhalten alle versicherten Personen alle notwendigen Behandlungen. Dafür gibt es bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten ein Ungleichgewicht in der Frage auf welcher Versorgungsebene ihre Bedürfnisse befriedigt werden. Österreich hat eine im internationalen Vergleich sehr hohe Krankenhaushäufigkeit. Mit ein Grund dafür ist eine im internationalen Vergleich relativ schwache Primärversorgung, die in den letzten Jahrzehnten wenig weiterentwickelt wurde. Im Gegensatz dazu wurde die Facharzt-Struktur ausgebaut und die Anzahl der Wahlärzte hat sich erhöht. Die Gesundheitsreform 2013 hat das Ziel diesen Trend umzukehren, die Krankenhaushäufigkeit zu senken und die Primärversorgung zu stärken. Es wurden konkrete Zielsetzungen beim Ausbau der Primärversorgung definiert. Bis 2021 sollten zumindest 75 Primärversorgungseinheiten in Österreich aktiv sein. Darüber hinaus wurden mehrere Gesetze und Vereinbarungen beschlossen, wie dieser Ausbau zu finanzieren sei und welche Art der Honorierung in der Primärversorgung vorzusehen ist.

Wenn die Stärkung der Primärversorgung die Krankenhaushäufigkeit senkt, dann profitieren im derzeitigen Finanzierungssystem vor allem die Bundesländer.

Deshalb ist eine Kostenbeteiligung notwendig und auch gut begründbar.

In der Untersuchung der drei Finanzierungsfelder Anschubfinanzierung der PVE, Honorierung der ärztlichen Leistungen in den PVE sowie Finanzierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe in den PVE zeigen sich jedoch gravierende Unterschiede in der regionalen Umsetzung. Nicht in allen Bundesländern beteiligt sich das jeweilige Bundesland an der Finanzierung der Anschubkosten und den zusätzlichen Kosten durch die Einbeziehung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe. Dies steht im Widerspruch zu den Bestimmungen der 15a Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Auch bei der Honorierung der ärztlichen Leistungen gibt es große Unterschiede zwischen den Ländern. Hier wurde im Vorfeld im Hauptverband der Sozialversicherungsträger ein Modell erarbeitet, das eine stärkere Fokussierung

auf unterschiedliche pauschale Vergütungsformen legt und auch leistungsorientierte („P4P“) Elemente ermöglicht. Nur in NÖ wurde in den bisherigen Pilotprojekten der Primärversorgung ein Honorierungsmodell eingesetzt, das der vereinbarten Vorlage nahekommt. Bei der Finanzierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe, die in die PVE eingebunden werden, gibt es genauso wie bei der Anschubfinanzierung gar vier unterschiedliche Regelungen in den Bundesländern, die hier schon Vereinbarungen getroffen haben.

Bei der Erreichung der gemeinsamen Zielsetzung zum Ausbau der Primärversorgung und Errichtung von 75 Einheiten bis ins Jahr 2021 sind aufgrund der Heterogenität große Probleme zu erwarten. Anstatt einheitlicher Vorgaben und Rahmenbedingungen schrecken die gravierenden Unterschiede potentielle Interessenten für die Errichtung von PVE eher ab. Es bräuchte neben dem klaren politischen Ziel, damit es innerhalb kurzer Zeit umgesetzt werden kann, verbindliche Rollenverteilungen und Pflichten für alle notwendigen Systempartner. Aktuell scheint es diese Voraussetzungen hinsichtlich des Ausbaus der Primärversorgung noch nicht zu geben. Nicht alle Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger bei den Ländern, Ärztekammern und Krankenversicherungen sind von einem Ausbau der Primärversorgung überzeugt bzw. fühlen sich an die getroffenen Vereinbarungen gebunden. Die vielen unterschiedlichen Interessen werden derzeit noch nicht ausreichend in eine einheitliche Richtung gelenkt. Hier bräuchte es ein stärkeres gesundheitspolitisches Leadership. Darüber hinaus wurden nicht alle in der 15a Vereinbarung Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens vereinbarten Punkte realisiert. So wurde gerade die Richtlinie, die für eine bundesweit einheitliche Vorgehensweise sorgen sollte, nie von der Bundes-Zielsteuerungskommission erlassen. Auch das vorgesehene Monitoring zu der Verwendung der angekündigten 200 Millionen wird nur in Ansätzen umgesetzt. Diese Versäumnisse müssen dringend behoben werden indem eine konsequente Umsetzung der Vereinbarungen erfolgt, denn sonst wird das Ziel der Senkung der kostspieligen Krankenhaushäufigkeit weiterhin nicht erreicht.

Der Organisationswandel in der Primärversorgung ist nicht nur wegen der zu hohen Krankenhaushäufigkeit in Österreich notwendig. Auch der zwischen 2020 und 2030 erfolgende Generationenwechsel bei den allgemeinmedizinischen Kassenärztinnen und Kassenärzten erhöht den Handlungsdruck. Mittlerweile

scheint der Pool an motivierten jungen Allgemeinmedizinerinnen und –Mediziner zu klein um die Pensionierungswelle abzufangen und für viele der ausgeschriebenen Kassenarztstellen finden sich keine Bewerberinnen und Bewerber mehr. Gleichzeitig steigt die Zahl der niedergelassenen Wahlärztinnen und –Ärzte, die sich vom öffentlichen Gesundheitssystem in Richtung der deregulierten, privaten Versorgung verabschieden. Dieses Verteilungsproblem der ärztlichen Ressourcen gilt es im öffentlichen Interesse und im Sinne der solidarischen Krankenversicherung zu lösen. Gerade wenn man bedenkt, dass die Medizinerinnen und Mediziner mit öffentlichen Mitteln ausgebildet werden, sollten Maßnahmen entwickelt und umgesetzt werden, dass die öffentliche Versorgung gesichert ist und genügend Ärztinnen und Ärzte mit guter Ausbildung als erste Ansprechpersonen bei Krankheit für die Bewohnerinnen und Bewohner unseres Landes zur Verfügung stehen. Gleiches gilt auch für alle anderen Gesundheits- und Sozialberufe die für das Funktionieren einer qualitativ hochwertigen Primärversorgung eine wichtige Rolle spielen.

Damit die PVE erfolgreich aufgebaut werden und im Alltag stabil funktionieren können, braucht es neben einer rechtlichen Beratung auch dringend eine organisationsentwicklerische Begleitung. Die organisatorische Ergänzung durch mittelgroße Gesundheitsbetriebe mit unterschiedlichsten Gesundheitsberufen in einem System, das derzeit fast ausschließlich aus Einzelordinationen oder kleineren Gruppenpraxen besteht, birgt viel Konfliktpotential (Bruckberger 2019, Ruhaltinger 2019).

Die geteilte Verantwortung zwischen den ärztlichen Gesellschaftern und die multiprofessionelle Zusammenarbeit stellen Herausforderungen dar, die es in den herkömmlichen Einzelordinationen in dieser Komplexität meist nicht gibt. Einige PVE haben mit Problemen zu kämpfen oder sind sogar schon gescheitert. In manchen Bundesländern wird zur Unterstützung der Ärztinnen und Ärzte ein PVE-Manager befristet finanziert. Diese Maßnahme sollte flächendeckend vorgesehen werden um einen erfolgreichen Strukturwandel zu gewährleisten, denn die meisten Ärztinnen und Ärzte haben keinerlei Erfahrung in der Führung eines mittleren Unternehmens. Hier sollte auch die Ärztekammer einhaken und entsprechende Weiterbildungen für ihre Mitglieder anbieten, denn derzeit können nur Ärztinnen und Ärzte als Gesellschafter einer PVE auftreten. Dieser Status wird wohl nur dann aufrechterhalten, wenn sich diese Lösung als erfolgreich erweist.

## Literaturverzeichnis

Bachner F, Bobek J, Habimana K, Ladurner J, Lepuschütz L, Ostermann H, Rainer L, Schmidt A E, Zuba M, Quentin W, Winkelmann J. (2018): Austria: Health system review. Health Systems in Transition, 2018; 20(3): 1 – 256

Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz  
BMASGK (2018): Informationsschreiben – Rahmenbedingungen der Gründung von PVE. Wien: 19.3.2018

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz  
BMASGK (2019): Monitoringbericht Zielsteuerung-Gesundheit. Monitoring nach Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und Zielsteuerungsvertrag. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien.

Bundes-Zielsteuerungskommission B-ZK (2014): "Das Team rund um den Hausarzt". Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Beschlossen in der Bundes-Zielsteuerungskommission am 30. Juni 2014. Bundesgesundheitsagentur, Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Czypionka, T.; Riedel, M.; Obradovits, M.; Sigl, C.; Leutgeb, J. (2011): Ambulante Vergütung im internationalen Vergleich: Perspektiven für Österreich, in: Health System Watch, Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit, 3/2011, Jg. 2011, Nr. 3

Czypionka, T.; Kraus, M.; Kronemann, F. (2015): Bezahlungssysteme in der Primärversorgung, Studie im Auftrag von Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Institut für Höhere Studien (IHS), Wien.

Fischer, T.; Schauppenlehner, M. (2018): Die Stärkung der Primärversorgung in Österreich – ein erster Zwischenstand, in: Soziale Sicherheit, Jg. 2018, Nr. 1, S. 22-32.

Gesundheit Österreich GmbH GÖG (2015): Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, 4.Ausgabe, Wien

Gesundheit Österreich GmbH GÖG (2013): Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, Ausgabe 2012, Wien.

Hauptverband der Sozialversicherungsträger (2014): Bericht: Honorierung in der Primärversorgung. Ergebnisse der AG Honorierung. Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Wien.

Hauptverband der Sozialversicherungsträger (2015): Handbuch zur Modellrechnung Primärversorgung. Aufbau, Inhalte und Implikationen. Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Wien.

Nedelko, M. (2018): Masterarbeit: Primärversorgung in Österreich –Vergleich mit dem Gesundheitssystem in England mit besonderer Berücksichtigung der Kosten- und Finanzierungsaspekte. Masterarbeit am Institut für Pflegewissenschaften an der Medizinischen Universität Graz.

Resch, R. (2019): Vertragspartnerrecht für Primärversorgungseinheiten, in: ZAS - Zeitschrift für Arbeits- und Sozialrecht, Jg. 2019, Nr. 2, S. 4-11.

### **Internet / Artikel**

Baltaci, K. (2018): Österreich - das Land der Krankenhausaufenthalte. Warum das heimische Gesundheitssystem stationäre Behandlungen fördert, in: Die Presse, 04.09.2018, [online] <https://diepresse.com/home/panorama/oesterreich/5491016/Oesterreich-Land-der-Krankenhausaufenthalte> [30.7.2019]

Bruckberger, H. (2019): Zankapfel PVE: Probleme häufen sich. Im PVN Neuzeugsierung ging es nicht gerade harmonisch zu. Der Aufbau eines Netzwerkes an Primärversorgungseinheiten läuft schleppend. Und die wenigen Einheiten, die es bereits gibt, erregen mehr mit internen Querelen als mit ihren Dienstleistungen Aufsehen, in: Medical Tribune, 19/20, [online] <https://medonline.at/politik/medical-tribune/n/2019/10029451/zankapfel-pve-probleme-haeufen-sich/> [31.7.2019]

Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz  
BMASGK (2019a): Krankenanstalten in Zahlen. Entwicklung der 0-Tagesaufenthalte in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten. [online] [http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user\\_upload/Aufenthalte/5\\_G\\_Aufenthalte\\_0Tag.pdf](http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Aufenthalte/5_G_Aufenthalte_0Tag.pdf) [30.7.2019]

Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz  
BMASGK (2019b): Krankenanstalten in Zahlen. Entwicklung der stationären Aufenthalte (K) in Österreich je 100 Einwohner/innen, [online] [http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user\\_upload/Aufenthalte/3\\_G\\_Aufenthalte\\_jeEW.pdf](http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Aufenthalte/3_G_Aufenthalte_jeEW.pdf) [30.7.2019]

Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz  
BMASGK (2019c): Organisations- und Rechtsformen einer Primär-Versorgungseinheiten, [online] <https://www.pve.gv.at/der-weg-zur-gruendung/organisations-aspekte/primar-versorgungs-einheiten/organisations-und-rechtsformen-einer-primar-versorgungs-einheiten/> [9.8.2019]

Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz  
BMASGK (2019d): Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013-2016, [online] [https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/6/0/5/CH3973/CMS1371563907633/b-zv\\_urschrift.pdf](https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/6/0/5/CH3973/CMS1371563907633/b-zv_urschrift.pdf) [25.8.2019]

EUROSTAT (2016): Statistics explained. Unmet health care needs statistics, [online] <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato138127.pdf> [12.8.2019]

Expert Panel on effective ways of investing in Health EXPH (2017): Opinion on tools and methodologies for assessing the performance of primary care. [online] [https://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/sites/expertpanel/files/docsdire/opinion\\_primarycare\\_performance\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/docsdire/opinion_primarycare_performance_en.pdf) [25.8.2019]

Hauptverband der Sozialversicherungsträger (2017): Primärversorgung. Neue Primärversorgung, [online] <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.645664&version=1508314760> [9.8.2019].

Hauptverband der Sozialversicherungsträger (2019): Grafikdienst. [online] <http://www.pension.gv.at/cdscontent/?portal=hvbportal&contentid=10007.693732&viewmode=content&portal:componentId=gtn114d88b9-ce61-4b67-be1d-d1d6ab3d3a98> [26.8.2019]

Jung, R. (2016): Anteil pauschaler Vergütungen in der Allgemeinmedizin. Ist es korrekt, von einem Einzelleistungssystem zuspochen? [online] <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.634832&version=1478161890> [29.7.2019]

Medizinische Universität Graz (2017): Prävention eines allgemeinmedizinischen Landärztemangels, [online] [https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/fileadmin/institute-oes/allgemeinmedizin/Publikationen/Berichte/2017/IAMEV\\_Praevention-AM-Landaerztemangel\\_final.pdf](https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/fileadmin/institute-oes/allgemeinmedizin/Publikationen/Berichte/2017/IAMEV_Praevention-AM-Landaerztemangel_final.pdf) [26.8.2019]

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse (2019): Basispapier zur Interessentensuche für Primärversorgungseinrichtungen (PVE), [online] <https://www.noegkk.at/cdscontent/load?contentid=10008.646365&version=1510300303> [8.8.2019]

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse OÖGKK (2018): Primärversorgungsmodelle in Oberösterreich, [online] <https://vertragspartner.oegkk.at/cdscontent/load?contentid=10008.662607&version=1543904673> [8.8.2019]

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse OÖGKK (2018a):  
Rahmenbedingungen für Primärversorgungsmodelle in OÖ, [online]  
<https://vertragspartner.ooegkk.at/cdscontent/load?contentid=10008.650758&version=1563427848> [8.8.2019]

OECD (2018): Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, [online] [https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en) [18.1.2019].

OECD (2017): Tackling Wasteful Spending on Health, [online] <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en> [18.1.2019].

Österreichische Ärztekammer (2019): Teambasierte Primärversorgung in Österreich entwickelt sich, der bundesweite Gesamtvertrag ist abgeschlossen, [online] <https://www.aerztekammer.at/documents/20152/160832/Presseunterlage+Gesamtvertrag+PVE.pdf/92736286-e66c-cef9-1bd9-a7a258d98db6> [6.8.2019]

Privatpatient.at (2019): Österreich: Weniger Kassenärzte, mehr Wahlärzte, in: Privatpatient.at [online] <https://www.privatpatient.at/tipps-infos//blog/oesterreich-weniger-kassenaerzte-mehr-wahlaerzte/> [26.8.2019]

Ruhaltinger, J. (2019): Primary Health Care. Warum es PVZs so schwer haben, in: Medical Tribune, 19/19, [online] <https://medonline.at/praxisfuehrung/medical-tribune/n/2019/10029115/primary-health-care-warum-es-pvzs-so-schwer-haben/> [18.8.2019]

Statistik Austria (2019): Jahresdurchschnittsbevölkerung 1870-2018 [online] [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstand\\_und\\_veraenderung/bevoelkerung\\_im\\_jahresdurchschnitt/022311.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstand_und_veraenderung/bevoelkerung_im_jahresdurchschnitt/022311.html) [26.8.2019]

WHO (1979). Erklärung von Alma-Ata. [online] [https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1) [25.8.2019]

Willim, C.; Holzer, E.; Gebhard, J.; Hofer, M. (2019): Kurier, 28.4.2019, Spitalsreform: "Krankenhaus hinter jedem Busch geht nicht". Sperrt ein Krankenhaus zu, gehen Emotionen hoch. Das zeigt sich nicht nur in Tirol und der Steiermark, in Kurier, 28.4.2019 [online] <https://kurier.at/chronik/oesterreich/spitalsreform-krankenhaus-hinter-jedem-busch-geht-nicht/400478677> [30.7.2019]

### **Rechtsquellen:**

Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG) BGBl. I Nr. 26/2017

Gesundheitsreformumsetzungsgesetz (GRUG) BGBl. I Nr. 131/2017

Primärversorgungsgesetz (PrimVG) BGBl. I Nr. 131/2017

Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 98/2017.

### **Websites:**

Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. PVE Primär-Versorgungs-Einheiten für Ihre Gesundheit. [www.pve.gv.at](http://www.pve.gv.at)

Hauptverband der Sozialversicherung. Teamorientierte Primärversorgung. [www.sv-primaerversorgung.at](http://www.sv-primaerversorgung.at)