

„Im Umbruch“

Während die Spitalsärzte aufgrund der Verkürzung der Arbeitszeit um einen Ausgleich der Gehaltseinbußen kämpfen, entwickeln die Krankenkassen und Länder neue Formen der Zusammenarbeit im niedergelassenen Bereich. Diese sollen helfen, die Spitalsambulanzen zu entlasten. CliniCum sprach mit Experten darüber, wie diese Modelle aussehen könnten und was sie bringen.

I Auf Einladung von CliniCum diskutierten **Dr. Josef Probst**, Generaldirektor im Hauptverband der Sozialversicherungsträger, **DI Bernd Leinich**, Leiter der Abteilung Gesundheitservice und Prävention der Wiener Gebietskrankenkasse, **Mag. Gerhard Embacher**, Leiter des Bereiches Strukturangelegenheiten in der Sektion I (Zentrale Koordination) im Bundesministerium für Gesundheit, und **Mag. Christoph Saueremann**, Geschäftsführer Gesundheitszentrum mediclass, Wien.

CliniCum: Die Gesundheitsreform will den stationären Sektor mit einem Ausbau der Primärversorgung entlasten. Wie soll das genau aussehen?

Probst: Die Ausgangslage ist, dass wir ein gutes Gesundheitswesen haben, das es auch zu sichern gilt. Dazu muss sichergestellt werden, dass die nötigen Verbesserungen auch durchgeführt werden. Sonst ist auch eine Reform nicht nachhaltig. Das heimische Gesundheitswesen ist aber noch sehr stark institutionenverliebt und zu wenig auf die Interessen der Menschen ausgerichtet. Wir haben etwa exorbitant hohe Spitalsaufenthalte. Das ist teuer. Wir müssen deshalb klären, was auf welchen vorgelagerten Ebenen zu tun ist.

Embacher: Die Reform bringt ein neues Commitment zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung. Es wurden Zielsteuerungsverträge vereinbart, die wir nun gemeinsam abarbeiten wollen. Die dabei entwickelte neue Form von Governance wollen wir nicht befristet machen, sondern unbefristet – über einen unbefristeten Staatsvertrag. Es braucht auch neue Strukturen und eine Klärung der Frage, wie man mit dem Geld umgeht, wenn sich Leistungen verschieben.

Probst: Die Reform setzt an, die Primärversorgung neu zu gestalten, und in der fachärztlichen Versorgung wird genau definiert werden, was wo zu leisten ist. Die fachärztlichen Angebote müssen sich um den Patienten drehen und nicht umgekehrt. Wenn das funktioniert, kann man auch die stationären Bereiche und die Spitalsambulanzen entlasten und damit auch Kapazitäten in den Spitälern freibekommen. Parallel braucht es eine Gesundheitsförderungsstrategie, eine Förderung des Selbstmanagements bei den Patienten und eine Stärkung der Gesundheitskompetenz.

Embacher: Der Bundeszielsteuerungsvertrag gibt hier einen gemeinsamen Rahmen vor und definiert Gemeinsamkeiten. Um regionale Spezifika zu berücksichtigen, braucht es nun konkrete Projekte auf Landesebene.

Welche Vorgaben machen die Kassen den neuen Zentren?

Probst: Es geht um die Zusammenarbeit mehrerer Ärzte mit weiteren Gesundheitsberufen, vor allem diplomierten Krankenschwestern. Die Konturen sind klar: Es geht um längere Öffnungszeiten von



Josef Probst

Montag bis Freitag früh bis abends plus samstags. Dafür braucht es natürlich auch ein neues Honorierungssystem. Die jeweiligen Personen sollen ihren

Beruf umfassend ausüben, was etwa auch bedeutet, dass eine diplomierte Krankenschwester einen kontrollierenden Hausbesuch bei einem Diabetiker machen kann. Das Leistungsspektrum muss transparent und verbindlich sein.

Gibt es bereits konkrete Beispiele?

Leinich: In Wien werden derzeit drei Standorte von Primärversorgungszentren entwickelt, die in der Nähe von Spitälern die dortigen Ambulanzen entlasten sollen. Zudem wird eine bestehende Gruppenpraxis aufgewertet. Diese Pilotprojekte werden dann evaluiert.

Probst: Überspitzt formuliert geht es darum, die Öffnungszeiten von zwölf Stunden die Woche auf zwölf Stunden am Tag auszuweiten.

Leinich: Unser Minimum ist in jedem Fall, mit den Kernteams eine Öffnungszeit von 50 Stunden pro Woche zu erreichen. Ziel ist mehr Behandlungszeit pro Patient durch Ärzte und Pflegepersonal bei geringeren Wartezeiten. Das erfordert natürlich auch neue Formen des Ordinationsmanagements. Wir hoffen aber auch auf eine positive Akzeptanz der Patienten.

Probst: Dazu muss natürlich das neue Service auf beiden Seiten attraktiv sein. Dann ergeben sich für beide Seiten gute Möglichkeiten.

Was sagt die Ärztekammer dazu?

Leinich: Mit der Ärztekammer haben wir uns dafür auf fünf Prinzipien konzentriert, um eine Steuerungshoheit zu erhalten. Zur Unterstützung braucht es auch entsprechende IT-Lösungen.

Saueremann: Eine Frage dazu: Wenn ein Allgemeinmediziner die Koordination für den Patienten übernehmen soll, macht er dann auch Termine mit den Fachärzten aus?

Leinich: Wir hoffen, dass der Servicebereich der Primärversorgungszentren das macht.

Probst: Das muss sich natürlich entwickeln, sollte aber mittelfristig so sein. Wir müssen einfach im Gehen miteinander lernen und einmal anfangen. Man kann nicht alles zuerst festschreiben.

Leinich: Es braucht dabei sicherlich auch eine verpflichtende einheitliche Kodierung von Diagnosen und dann auch ein neues Honorierungssystem. Das sind Dinge, die in anderen Ländern weit verbreitet sind. Wir müssen also nicht das Rad neu erfinden.

Probst: Die zentrale Frage ist vorher, was die Menschen brauchen.

Und was brauchen die Patienten? Herr Saueremann, Sie betreiben ein großes Ärztezentrum in Wien. Wie funktioniert das und was fragen die Patienten nach?

Saueremann: Wir haben über 60 Privatärzte aus 14 Fachrichtungen, Komplementärmediziner und Therapeuten, die Hand in Hand un-



Bernd Leinich



Gerhard Embacher



Christoph Sauermann

ter einem Dach zu Kassentarifen arbeiten. Die Öffnungszeiten sind täglich von 7 bis 19 Uhr, am Donnerstag bis 20 Uhr. Freitags ist bis 15 Uhr offen – danach gibt es bisher keine Nachfrage an Terminen.

Probst: Und da sind alle Fachgebiete laufend anwesend?

Sauermann: Ja, von 9 bis 19 Uhr. Wir haben zudem eine einheitliche Telefonnummer für alle und können organisieren, dass jemand im Bedarfsfall auch zwei bis drei Termine aufeinanderfolgend bei verschiedenen Ärzten hat. Damit stellen wir sicher, dass ein Arzt ausreichend Zeit für den Patienten hat und umgekehrt keine Wartezeiten entstehen. Die Frage wird immer sein, wie rasch ein Patient einen Termin bekommt und wie lange er dann wartet. Das ist das wichtigste Kriterium, und es gilt sowohl für die Allgemeinmedizin wie auch für Fachärzte. Dazu kommt, wie lange sich die Mediziner für die Patienten Zeit nehmen. Im öffentlichen System sind sie durch monetäre Gründe und die Masse der Patienten in der Drei-Minuten-Medizin gefangen. Das wirkt sich auch auf die Therapie aus.

Ist das ein Modell, wie Sie sich das vorstellen?

Probst: Wir stellen uns bei den Primärversorgungszentren vor, dass hier etwa vier bis fünf Allgemeinmediziner mit diplomierten Pflegepersonen und Vertretern anderer Gesundheitsberufe sowie eventuell auch einem Kinderarzt zusammenarbeiten. Am Land darf man keinen Standort von Ordinationen aufgeben, sondern es sind mehrere gemeinsam zu bespielen.

Sauermann: Am Land geht das sicher – da ist die Bevölkerung eher bereit, Distanzen zu überwinden, als in einem Ballungsraum. Insgesamt steht das aber mit der Frage, wie gut und attraktiv die Angebote sein werden.

Probst: Sie denken hier v.a. an Menschen, die Entscheidungsfreiheit haben, zu welchem Arzt sie gehen. Multimorbide und ältere Menschen brauchen aber die Betreuung, wo sie diese gewohnt sind. Wir werden daher auch dafür sorgen, dass kein Standort aufgegeben wird.

Embacher: Man muss sicherlich unterscheiden zwischen Primärversorgung und Fachärzten. Die Primärangebote müssen sehr wohnortnah sein. Das Ziel muss also sein, dass wir dorthin kommen, dass sich die Anbieter vernetzen, und es braucht eine Gesamtverantwortung für das ganze Angebot.

Sauermann: Ein gewisses Grundangebot erwarte ich mir da schon – das ist die Basis.

Und wie wollen Sie die Ärzte überzeugen, da mitzumachen? Derzeit ist zu beobachten, dass Kassenstellen am Land nur noch schwer nachbesetzt werden können.

Probst: Wir suchen intensiv und rechtzeitig das Gespräch v.a. auch mit Jungmediziner, um ihre Vorstellungen aufzugreifen. Junge wollen im Team arbeiten. Wir hören auch von gestandenen Allgemeinmediziner, dass das Einzelkämpfertum überwunden werden

muss. Gute Pilotprojekte werden weitere Vertragsärzte überzeugen, einen neuen Weg zu gehen.

Embacher: Die postgraduelle Ausbildung wurde gerade reformiert. Die Rahmenbedingungen werden auch hier besser. Dazu kommt, dass auch immer mehr Frauen den ärztlichen Beruf wählen und diese Formen der Zusammenarbeit dem auch entgegenkommen. Das Ziel ist jetzt einmal, rund ein Prozent der Bevölkerung in solchen Betreuungsmodellen zu haben und diese dann auszubauen. Wir haben in Österreich auch nicht zu wenige Ärzte, wir müssen nur sehen, dass sie regional besser verteilt sind. Es stellt sich die Frage, wie wir die Ärzte aufs Land bekommen. Wenn wir hier gute Modelle entwickeln, werden sich auch ausreichend Ärzte finden.

Probst: Das System ist derzeit so, dass wir noch Ressourcen vergeuden. Das zeigt sich, wenn wir Stellen nicht besetzen können, obwohl wir weltweit die meisten Ärzte pro Einwohner haben.

Sauermann: Wir haben in unserem Zentrum rund 60 Ärzte und Therapeuten und erhalten pro Woche sechs Bewerbungen. Es geht ihnen auch um einen Wegfall der Administration. Solche Tätigkeiten belasten Ärzte – das nehmen wir ihnen in unserem Zentrum komplett ab.

Es geht also um die Rahmenbedingungen? Wie können die Kassen das steuern – außer über das Honorar? Und was sagen Sie jenen Ärzten, die sich fürchten, ihre Eigenständigkeit zu verlieren?

Leinich: Es greift eine Veränderung des Berufsbildes Platz. Die Zeit des Einzelkämpfers im Ballungsraum ist nicht mehr zeitgemäß.

Probst: Die Frage ist etwa bei Rechtsanwälten seit 30 Jahren entschieden. Es gibt freiberufliche Rechtsanwälte, die dennoch im Team arbeiten und in Law-Firmen tätig sind. Die Freiberuflichkeit leidet nicht, wenn man im Team arbeitet. Es ist schlicht antiquiert, den Freiberuf mit Einzelkämpfertum gleichzusetzen.

Leinich: Die neuen Formen bieten Frauen wie Männern die Chance, sich hier mehr zu entfalten.

Sauermann: Die Frage wird am Ende nur sein, wer mit der Kasse abrechnet.

Also geht's doch wieder nur ums Geld?

Probst: Auch die Sozialversicherung wird da vielleicht einen Vertrag mit der jeweiligen Organisation haben, die das Geld bekommt und dann verteilt. Auch Pay-for-Performance-Elemente sind denkbar.

Leinich: Wir zahlen sicherlich einen Teil der Pauschalen für das Office-Management. Es gibt ja auch Zentren, die sich Manager für diese Aufgaben holen.

Sauermann: Und wie soll das intern aufgeteilt werden?

Probst: Ein wichtiger Punkt, den Sie da ansprechen, und ich tu mich mit der Antwort zugegeben schwer. Als Gesamtzahler will ich nicht hineinreden, wie die Ärzte das intern regeln. |