



Dr. Max Wudy

Zur Primärversorgung in NÖ

„The Times They Are A-Changing“, Part II

Nach mehr als zwei Jahren Verhandlungen konnte im Oktober eine Einigung zum „Basispapier zur Interessensuche der Kurie der Niedergelassenen Ärzte mit der NÖ Gebietskrankenkasse“ erzielt werden. Hinter diesem sperrigen Namen verbirgt sich ein Vertragswerk, welches die Rahmenbedingungen zukünftiger PVEs in NÖ festlegt. Auf der Basis dieses Papiers, welches Sie auch auf unserer Homepage unter www.arztnoe.at/pilotpve finden können, kann nun die Ausschreibung gestartet werden. In diesem Vertrag gingen die Kurie und die NÖGKK gänzlich neue Wege. Erstmals in Österreich erfolgt die Ausschreibung nicht ortsgebunden, sondern Ideen aus ganz Niederösterreich sind im Zuge der Interessensuche willkommen. Eine gemeinsame Kommission aus GKK und Ärztekammer wird dann die Projekte unter Beiziehung eines Fachexperten des Landes bewerten und zur Invertragnahme vorschlagen.

Hier möchte ich noch kurz alle wesentlichen Punkte zusammenfassen. Das Ziel ist die Umsetzungen von zwei bis drei Projekten für Primärversorgungseinrichtungen (PVE) mit einer Laufzeit bis zum 31.12.2021.

Realisiert werden diese im Rahmen des bereits bestehenden Gruppenpraxen-Gesamtvertrages in der Rechtsform einer Offenen Gesellschaft (OG) oder neu (!) als Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH). Diese Gruppenpraxen werden im Stellenplan verankert, das volle Rückkehrrecht in den Einzelvertrag bei Scheitern des Projektes oder bei planmäßiger Beendigung wird garantiert!

Bei der Honorierung entschieden wir uns für ein Mischsystem aus

- kontaktunabhängigen Grundpauschalen
- kontaktabhängigen Fallpauschalen sowie
- Einzelleistungsvergütungen

Bonuszahlungen für spezielle vereinbarte Versorgungsziele sind derzeit nicht vorgesehen.

Die Details finden Sie im Basispapier.

Wesentliche Punkte sind die Beobachtung der Auswirkungen auf umliegende Vertragsärzte durch Evaluierung der Patientenströme und die rasche Gegensteuerung bei Bedarf.

Weiters wurden ein Mindestleistungsspektrum definiert und erweiterte Öffnungszeiten festgelegt. Das Kernteam und das erweiterte Team sowie eine elektronische Leistungs- und Diagnostikdokumentation wurden vereinbart.



Foto: bilderbox.com

Ad Längere Öffnungszeiten:

- 50 Stunden an 5 Tagen pro Woche
- Abdeckung der Tagesrandzeiten
- Montag bis Freitag von 7 – 19 Uhr
- Möglichkeit einer zweistündigen Mittagspause zwischen 12 – 14 Uhr mit telefonischer Erreichbarkeit (Assistenz)
- außerhalb dieser Zeit 141, 144 und 1450
- Information der Patienten über Anwesenheit der Ärzte (freie Arztwahl, Patientenbindung)
- Anwesenheit mindestens einer Ärztin/eines Arztes in der Kernzeit
- Teilnahme am vereinbarten Bereitschaftsdienst an Wochenenden und Feiertagen
- keine Schließtage an Werktagen

Ad Personelle Ausstattung:

- mindestens 3 Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin
- mindestens 2,5 Vollzeitäquivalente (VZÄ) Gesellschafter
- 1 VZÄ entspricht der Erbringung von 20 Wochenstunden
- Vertretung mit Begründung möglich
- Aufnahme weiterer Gesellschafter bei Bedarf
- Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen
- 1 VZÄ mit mindestens 40 Stunden pro Woche
- Ordinationsassistentinnen und -assistenten zur lückenlosen Abdeckung der Öffnungszeiten

Das erweiterte Team und die organisatorische Umsetzung sind von lokalen und regionalen Bedingungen abhängig. Die Details werden in der individuellen Pilotvereinbarung fixiert.

Die Kosten für das erweiterte Team werden von der NÖGKK entweder durch Übernahme der nachgewiesenen Gehaltskosten

oder durch - auf freiberuflicher Basis - individuell zu vereinbrende Zusatzverträge zusätzlich abgegolten.

Ebenfalls übernimmt die NÖGKK die Bezahlung eines PVE-Managers, der bei Bedarf in der Phase der Errichtung des PVEs zur Unterstützung, Koordination und Kontinuität eines funktionalen Managements herangezogen werden kann.

Ad Leistungsspektrum:

- Grundversorgung und Nachkontrolle bei Akutfällen
- Versorgung chronisch Kranker, multimorbider und geriatrischer PatientInnen
- Palliativ- und Notfallversorgung (Erste-Hilfe)
- Vorsorge- und Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen
- Hausbesuche (durch Ärztin/Arzt oder Pflegefachkraft)
- Öffentliche Gesundheitsaufgaben (im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten individuell im PVE-Piloten)
- Übergreifende Aufgaben und Patientenservice
- Koordinierung und Terminorganisation - wenn aufgrund des Alters, der Kommunikationsfähigkeit oder Komplexität der Weiterverweisung diese Tätigkeit geboten erscheint
- Gesundheitsförderung und Prävention
- Dokumentation nach ICPC-2
- ELGA im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben
- ABS - Entfall von Bewilligungen (grüne, gelbe Box)
- Selbstverständlich können auch Privatleistungen wie Reiseimpfungen etc. erbracht werden.

Zur Bewertung

Wenn man die derzeitigen PVE/PHC-Projekte in Österreich vergleicht, ergibt sich, dass wir unser Licht nicht unter den Scheffel stellen müssen. Nach Meinung von Fachleuten haben wir einen mehr als annehmbaren Vertrag ausverhandelt, andere Kammern haben uns bereits gratuliert. Lob gab es auch von unabhängigen GesundheitsökonomInnen, der Wissenschaft und von Fachgesellschaften. Wir haben damit nicht nur ein Modell geschaffen, das auch der „Generation Y“, die Teamarbeit und flache Hierarchien bei weitem bevorzugt, gerecht wird, sondern auch eine Situation wie in der Steiermark vermieden, wo die Verantwortlichen nur mehr über die Medien miteinander kommunizieren und wo in Zukunft 30 PVEs abseits des Stellenplanes ohne Einbindung der Ärztekammer geplant sind. Die ersten sechs haben ihren Betrieb bereits aufgenommen und sorgen für massiven Unmut in den betroffenen Regionen.

Mir ist bewusst, dass dieser Vertrag erst einen ersten Schritt zu einer funktionierenden Primärversorgung darstellt. Primärver-

sorgung ist weder ein Gebäude noch ein Zentrum. Primärversorgung ist ein allumfassendes Konzept, bei dem der Hausarzt und sein Team die wohnortnahe und niederschwellige Versorgung aller Patienten übernehmen. Dazu bedarf es eines starken Primärversorgungskonzepts, wovon wir allerdings noch weit entfernt sind. Das heißt aber nicht, dass wir Hausärzte schwach oder insuffizient sind. Das System, die Strukturen sind schwach und insuffizient. Sollte Primärversorgung in Österreich ein Erfolg werden, so hat die Politik umzudenken. Die für jeden Patienten freie Wahl der Versorgungsebene ist ineffizient, teuer und manchmal sogar gefährlich, das beweisen auch die Zahlen und Erfahrungen aus Ländern mit funktionierender Primärversorgung.

Es gab ja in NÖ bereits so etwas wie Primary Health Care, das nannte sich Gemeindefeldarzt. Dieser hatte unter anderem die Verpflichtung, am Ort des Ordinationsortes zu wohnen. Dafür wurden ihm neben der Pensionsberechtigung eine Ordination und vor allem eine Wohnung zur Verfügung gestellt. Es war Usus und nicht die Ausnahme, dass man 24 Stunden pro Tag freiwillig erreichbar war, unterbrochen durch den freien Tag und durch manche dienstfreien Wochenenden. Anfang bis Mitte der Neunzigerjahre begann die Politik, dieses bewährte System in Frage zu stellen, mit der Forderung, endlich Nachtdienste zu organisieren. Gerade diese Forderung, verknüpft mit der Weigerung, auch nur irgendetwas dafür bezahlen zu wollen, führte zum Aus des freiwilligen Nachtdienstes. Ende der Neunzigerjahre schaffte die Politik auch den Gemeindefeldarzt ab, mit der Folge, dass auch am Tag außerhalb der Öffnungszeiten immer weniger Ärzte erreichbar waren. Nun glaubt man, mit falsch verstandenen Konzepten gegensteuern zu können. Es wird an den Ärztekammern liegen, dies in richtige Bahnen zu lenken. Der erste Schritt wurde getan.

Die PVEs werden die Hausärzte sicher nicht bedrohen oder gar verdrängen, immer vorausgesetzt, es finden sich noch Kolleginnen und Kollegen, die sich am Land niederlassen wollen. Aber die wenigsten werden bereit sein, sechsstelligen Summen in die Praxis zu investieren, sodass die Kommunen dies wie schon in der Vergangenheit übernehmen werden müssen, wollen sie nicht ohne Hausarzt dastehen.

Und so schließt sich der Kreis.

DR. MAX WUDY

Kurienobmann-Stellvertreter niedergelassene Ärzte