

Primärversorgungszentren in Österreich – Vorteile und Nachteile

Bachelorarbeit I

am

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FernFH

Anita TURK
1510759034

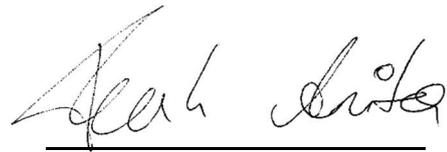
Begutachterin: Frau Mag. Sabine Schuh

Oberwaltersdorf, Februar 2018

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht. Die vorliegende Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

Oberwaltersdorf, 4. Februar 2018

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sebastian Litsch', written over a horizontal line.

Unterschrift

Abstract

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit dem noch relativ neuen, aber schnell wachsenden Konzept der Primärversorgungszentren, welche in Österreich nun auch unter dem Namen Primärversorgungseinheiten bekannter werden.

Durch den „Best Point of Service“ soll eine umfassende Gesundheitsversorgung – vom Hausarzt bis hin zum Therapeuten – gewährleistet werden.

In Form einer Literaturanalyse wird die Fragestellung von Vorteilen und Nachteilen von Primärversorgungszentren beantwortet.

Ebenso wird auf den aktuellen Entwicklungsstand in Österreich eingegangen und ein Ausblick auf die Pläne der kommenden Jahre gegeben.

Zum Vergleich wird der Stand der Entwicklung von Primärversorgungszentren bzw. „primary health care centers“ in einigen anderen ausgewählten Ländern beschrieben.

Schlüsselbegriffe: Primärversorgungszentrum, Primärversorgungseinheit, Primärversorgung, Primärversorgungsstruktur

Abstract

The bachelor thesis at hand is concerned with the relatively new, but rapidly growing concept of primary health care centers.

Via the „Best Point of Service“, a comprehensive health care – from general practitioner to therapist – should be ensured.

The pros and cons of primary health care centers are discussed in the form of a literature analysis.

Furthermore, the current level of development in Austria is being treated and an outlook on plans for the forthcoming years is given.

For comparison, the level of development of primary health care centers in other selected countries is described.

Keywords: primary health care, PHC, primary health care center, best point of service

Inhaltsverzeichnis

1 EINLEITUNG	4
1.1 AUSGANGSPUNKT UND HINTERGRUND DER UNTERSUCHUNG	4
1.2 PROBLEMSTELLUNG/FORSCHUNGSFRAGE	6
1.3 ZIELSETZUNG DER ARBEIT UND VORGEHENSWEISE.....	6
1.4 AUFBAU DER ARBEIT	9
2 BEGRIFFSERKLÄRUNG	10
2.1 DEFINITION VON PRIMARY HEALTH CARE	11
3 PRIMÄRVERSORGUNGSZENTREN IN ÖSTERREICH – AKTUELLER STAND	13
3.1 BUNDESZIELSTEUERUNGSVERTRAG	13
3.2 DAS TEAM RUND UM DEN HAUSARZT	14
3.3 ERFOLGREICHE UMSETZUNGSPROJEKTE IN ÖSTERREICH	18
3.3.1 <i>Medizin Mariahilf</i>	19
3.3.2 <i>Primärversorgungszentrum Enns</i>	20
3.3.3 <i>Primärversorgung Donaustadt – Primary Health Care</i>	21
3.3.4 <i>PVZ Marchtrenk</i>	22
4 PRIMÄRVERSORGUNGSZENTREN IN EUROPA	23
4.1 DIE WHO - WELTGESUNDHEITSORGANISATION	23
4.2 ERKLÄRUNG VON ALMA-ATA	23
5 INTERNATIONALE PRIMARY HEALTH CARE STRUKTUREN	24
5.1 SLOWENIEN	24
5.2 SCHWEDEN.....	25
5.3 NIEDERLANDE	26
5.4 CONCLUSIO	27
6 AUFGABEN VON PRIMÄRVERSORGUNGSEINHEITEN	28
6.1 ENTLASTUNG DER SPITALSAMBULANZEN	28
6.2 KOORDINIERT ZUSAMMENARBEIT DER GESUNDHEITSBERUFE	29
6.3 ZUFRIEDENHEIT DER PATIENTEN UND PATIENTINNEN ERHÖHEN	30
7 VORTEILE UND NACHTEILE	31
7.1 <i>VORTEILE FÜR PATIENTEN UND PATIENTINNEN</i>	31
7.2 <i>VORTEILE FÜR DIE GESUNDHEITSBERUFE UND STAKEHOLDER</i>	34
7.3 <i>NACHTEILE FÜR GESUNDHEITSBERUFE UND STAKEHOLDER</i>	36
7.4 <i>CONCLUSIO</i>	37
8 DISKUSSION UND AUSBLICK: PRIMÄRVERSORGUNGSEINHEITEN IN ÖSTERREICH	38
9 LITERATURVERZEICHNIS	40
10 ONLINEQUELLEN	45
11 ABBILDUNGSVERZEICHNIS	47

1 Einleitung

1.1 Ausgangspunkt und Hintergrund der Untersuchung

Eine umfassende medizinische Grundversorgung und uneingeschränkter Zugang der Patienten und Patientinnen zu Leistungen der medizinischen Grundversorgung bilden den Grundstock einer jeden modernen Gesellschaft.

Die Herausforderung in der umfassenden Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention nimmt durch den demographischen Wandel zu. Die Menschen werden immer älter und dies soll natürlich bei guter Gesundheit passieren.

Die medizinische Versorgung muss wohnortnahe und verkehrsmäßig gut erreichbar sein, es müssen Öffnungszeiten gewährleistet werden, die für die Patienten und Patientinnen bedarfsgerecht sind.

Um diese Anforderungen zu erfüllen, ist ein gut durchdachtes Konzept erforderlich, wie man zum einen Spitalsambulanzen entlasten kann, gleichzeitig aber eine optimale und ganzheitliche medizinische Versorgung sicherstellen kann.

Laut dem BMGF (BMGF, 2017) haben bis zum Jahr 2025 etwa 60 Prozent aller Hausärzte und Hausärztinnen, welche einen Kassenvertrag haben, das Pensionsalter erreicht.

Aus diesem Grund haben Bund, Länder und Sozialversicherung ein Paket – den Bundeszielsteuerungsvertrag – beschlossen.

Durch die Gesundheitsreform 2013 wurde der erste Schritt zu einer übergreifenden gesundheitlichen Versorgung getan. (BMGF, 2013)

Mit dem Bundeszielsteuerungsvertrag (Bundeszielsteuerungsvertrag, 2013) entstanden erstmalig die Gesundheitsziele für die Jahre 2013-2016. Dieser beruht auf der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit und wurde gemeinsam von Bund, Sozialversicherung und allen neun Bundesländern ausgearbeitet. Er bildete den Startschuss für die Gründung der „Neuen Primärversorgung“ und der sogenannten Primärversorgungszentren beziehungsweise Primärversorgungseinheiten.

In Österreich gibt es, laut Dr. Alexander Biach (Biach, 2017), aktuell lediglich 4 Primärversorgungseinheiten.

In vielen anderen europäischen Ländern ist, wie Dr. Dionne Sofia Kringos (Kringos, 2011) in ihrer Arbeit „The strength of primary care in Europe“ berichtet, die Primärversorgungsstruktur weit besser ausgebaut als in Österreich.

Wie man auf der Grafik unten sieht, haben zum Beispiel die Länder Finnland, Großbritannien, Slowenien und Belgien eine allgemein sehr gut ausgebaute Primärversorgungsstruktur. Im europäischen Mittelfeld finden sich Länder wie zum Beispiel Norwegen, Schweden, Deutschland und Polen wieder.

Österreich gehört neben Island, Irland, Ungarn, Bulgarien und der Slowakei zu den schwächsten Ländern im europäischen Raum, was die Primärversorgung und den Ausbau der medizinischen Grundversorgung betrifft.

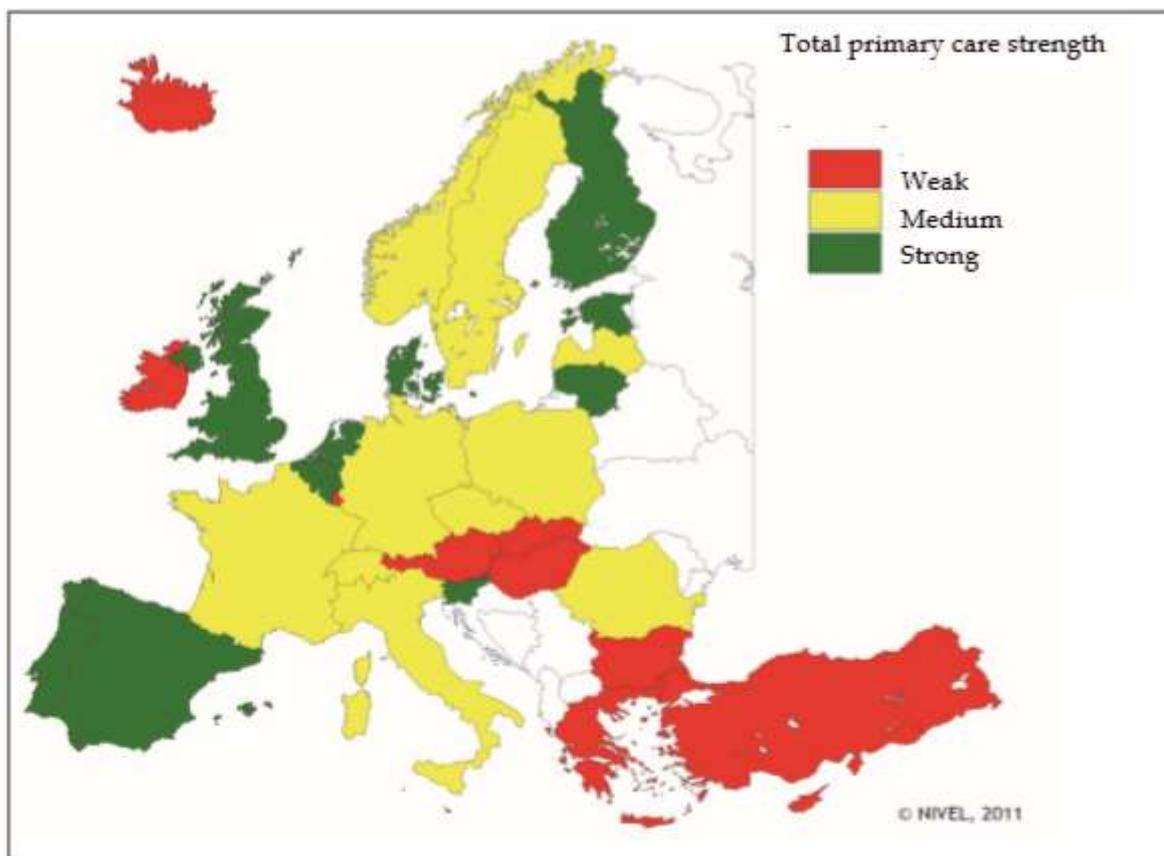


Abbildung 1: Structure of primary care

(<https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-Dionne-Kringos-The-strength-of-primary-care.pdf>)

Um dieser Tatsache entgegenzusteuern, sollen bis 2021, laut Bundeszielsteuerungsvertrag 2017-2021 (Bundeszielsteuerungsvertrag, 2017), in Österreich insgesamt 75 Primärversorgungseinheiten entstehen und Österreich so in seiner Primärversorgungsstruktur und medizinischen Grundversorgung stärken.

1.2 Problemstellung/Forschungsfrage

Österreich hat im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern noch einiges an Aufholbedarf in der Primärversorgung und noch wenig praktische Erfahrungen mit Primärversorgungseinheiten sowie deren Etablierung und Evaluierung.

Die Entwicklung eines starken Primärversorgungssystems und die Schaffung von Primärversorgungseinheiten ist ein Thema, welches in den nächsten Jahren massiv an Bedeutung gewinnen wird und auch jetzt schon stark diskutiert wird.

Daher beschäftigt sich meine Bachelorarbeit mit dem aktuellen Entwicklungsstand von österreichischen Primärversorgungseinheiten.

Die konkrete Forschungsfrage lautet: Welche Vorteile und Nachteile bieten Primärversorgungseinheiten für Patienten und Patientinnen, aber auch für Stakeholder im österreichischen Gesundheitswesen?

Ferner möchte ich, als Grundlage für die Erforschung der Vorteile und Nachteile von Primärversorgungseinheiten, auf deren eigentliche Aufgaben und deren Rolle im österreichischen Gesundheitswesen eingehen.

Um auch einen Einblick über das österreichische Gesundheitssystem hinausgehend zu geben, werden auch einige Beispiele aus dem Ausland beschrieben und hinsichtlich des österreichischen Entwicklungsstandes verglichen.

Als Abschluss möchte ich einen Ausblick über die zukünftige Entwicklung und Planung von Primärversorgungseinheiten in Österreich geben.

1.3 Zielsetzung der Arbeit und Vorgehensweise

Da die Thematik der Primärversorgungszentren in Österreich noch relativ neu ist, wurde ich vor allem über Beiträge und Expertenmeinungen in medizinischen Fachzeitschriften, wie zum Beispiel Consilium, Österreichische Ärztezeitung, Ärztwoche und Medical Tribune fündig.

Für meine erste grundlegende Informationssuche habe ich mich an Veröffentlichungen der Onlineplattformen des Hauptverbandes, der Sozialversicherung und des Bundesministeriums für Frauen und Gesundheit gehalten.

Weiters dienten als wesentliche Grundlage dieser Arbeit die Gesundheitsreform 2013, (BMGF, 2013), der Bundeszielsteuerungsvertrag – Zielsteuerung Gesundheit, (Bundeszielsteuerungsvertrag, 2013), das Konzept „Das Team rund um den Hausarzt“, (BMGF, 2014), das Gesundheitsreformgebungsgesetz 2017 – GRUG 2017 (GRUG 2017, 2017), der Bundeszielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 (Bundeszielsteuerungsvertrag, 2017) und das Regierungsprogramm 2017-2022 (Bundeskanzleramt, 2017).

Weitere Informationen, Publikationen sowie Vorträge rund um den Entwicklungsstand der österreichischen Primärversorgung wurden mir von Frau Prof. Priv.-Doz. Dr. Kathryn Hoffmann, von der Medizinischen Universität Wien, zur Verfügung gestellt.

Über die ausgewiesenen Quellenangaben konnte ich mir ein umfassendes Bild der Materie Primärversorgung und Primärversorgungszentren machen.

Im Zuge meiner Bachelorarbeit habe ich mich auch für das österreichische Forum Primärversorgung, (<https://primaerversorgung.org/>) registriert, in welchem ich mich laufend zu aktuellen Diskussionsbeiträgen, sowie zu neuen Tagungsbeiträgen rund um das Thema Primärversorgung in Österreich informiert habe.

Bei meiner Recherche zu Best Practice Beispielen aus dem Ausland wurde ich vor allem auf der Homepage von NIVEL – dem niederländischen Institut für Gesundheitsforschung fündig. Auch auf dieser Homepage gibt es zahlreiche Verweise zu Instituten und Publikationen rund um die Themen primary health care und primary health care centers.

Sehr gute Informationen sowie aktuelle Beiträge konnte ich auch auf den beiden Internetplattformen für europäische und internationale Primärversorgung finden.

Internetplattformen

Internetplattformen sollen die Zusammenarbeit und Vernetzung sowie den Wissensaustausch von Primärversorgungseinheiten und Primärversorgungsstrukturen auf nationaler, europäischer und globaler Ebene ermöglichen und fördern.

Im Folgenden sind die Plattformen für Österreich, die EU und die Internetplattform, welche sich weltweit mit Primärversorgung und Primärversorgungseinheiten beschäftigt, genannt:

Österreich

Plattform Primärversorgungsforum

<https://primaerversorgung.org/>

[Abruf am 8.1.2018]



Abbildung 2: Primärversorgung – Österreichisches Forum

(<https://primaerversorgung.org/>)

Europa

Plattform EFPC - european forum for primary care

<http://www.euprimarycare.org/>

[Abruf am 8.1.2018]



Abbildung 3: European forum for primary care

(<http://www.euprimarycare.org/>)

Plattform IFCHC – International Federation of Community Health Centres

<http://www.ifchc.org/>

[Abruf am 8.1.2018]



Abbildung 4: International Federation of Community Health Centres

(<http://www.ifchc.org/>)

1.4 Aufbau der Arbeit

Nach einer ersten Begriffserklärung und der Definition von Primärversorgungseinheiten, wird der aktuelle Stand der Primärversorgungseinheiten in Österreich beschrieben.

Es wird das Konzept „Rund um den Hausarzt“ vorgestellt und eine Übersicht über die aktuell bereits bestehenden Primärversorgungseinheiten in Österreich gegeben.

Zum Vergleich wird auch auf den Entwicklungsstand der Länder Slowenien, Schweden und den Niederlanden eingegangen.

Anschließend wird auf die Aufgaben von Primärversorgungseinheiten eingegangen und die Vorteile und Nachteile für Patienten und Patientinnen sowie für die beteiligten Stakeholder werden näher beleuchtet.

Im anschließenden Diskussionsteil wird ein Ausblick für die kommenden Jahre und die geplanten Entwicklungen der Primärversorgungseinheiten in Österreich gemacht.

2 Begriffserklärung

International besser bekannt sind Primärversorgungseinheiten beziehungsweise Primärversorgungszentren unter dem Kürzel PHC – welches für „Primary Health Care“ steht. Jedes Land hat allerdings eigene Namen für ihre Primärversorgungseinheiten, worauf auch etwas später, im Kapitel „Internationale Primary Health Care Strukturen“, eingegangen wird.

Laut dem Hauptverband (Hauptverband, 2017a) stellen Primärversorgungszentren – PHCs – die erste Ebene dar, auf welcher das Gesundheitssystem und Personen beziehungsweise Gemeinschaften in Kontakt zueinander treten.

Als erstes Glied im Gesundheitswesen leitet die Primärversorgung einen kontinuierlichen Prozess der Gesundheitsversorgung ein, der eine ganzheitliche Versorgung der Menschen sicherstellen soll. Die Primärversorgung bzw. die Leistungen von Primary Health Care Centers umfasst daher sowohl gesundheitsfördernde und präventive, als auch kurative, rehabilitative und palliative Maßnahmen, so der Hauptverband (Hauptverband, 2017a).

Um einen raschen und unkomplizierten Zugang zu diesen Leistungen zu gewähren, soll Primärversorgung so nahe am Wohnort bzw. am Arbeitsplatz wie möglich stattfinden.

Die Basis der Primärversorgung bzw. von Primärversorgungseinheiten bildet das Primärversorgungsteam, auch als Kernteam bezeichnet. Dieses besteht aus Ärzten und Ärztinnen, Therapeuten und Therapeutinnen, Pflegefachkräften, Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen und anderen Gesundheits- und Sozialberufen.

In Primärversorgungszentren, beziehungsweise in Primärversorgungseinheiten oder auch am „Best Point of Service“, müssen die bedarfsgerechte medizinische Erstversorgung und medizinische Grundversorgung der Patienten und Patientinnen gewährleistet werden und auch Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention angeboten werden.

Dr. Tessa van Loenen (Loenen, 2016), Mitarbeiterin der niederländischen Radboud Universitätsklinik, betont die Notwendigkeit einer gut strukturierten Primärversorgung und die Stärkung einer medizinischen, personenzentrierten Gesundheitsgrundversorgung.

Durch ansteigende Gesundheitskosten aufgrund der älter werdenden Bevölkerung, beziehungsweise durch den demographischen Wandel, bedarf es der Anpassung des Gesundheitssystems, um die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen und zu verbessern.

Patienten und Patientinnen muss der wohnortnahe Zugang mit minimalen Zugangsbarrieren zu einer gut strukturierten und koordinierten medizinischen Grundversorgung gewährleistet werden.

Unabhängig von Alter, Geschlecht oder sozialem Status der Patienten und Patientinnen muss eine umfassende Primärversorgung sowohl die Behandlung von akuten und chronischen Erkrankungen, als auch Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Bereich der Prävention und Gesundheitserziehung umfassen.

Am 28.6.2017 wurde das Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 - GRUG 2017 (GRUG 2017, 2017) vom Nationalrat beschlossen und trat mit 3.8.2017 in Kraft.

Artikel 1, das Primärversorgungsgesetz (PrimVG), des 131. Bundesgesetzes, GRUG 2017 (GRUG 2017, 2017), definiert und beschreibt die Anforderungen an Primärversorgungseinheiten als Einheit auftretende Erstanlaufstelle, welche Angebote zur Förderung und Prävention im Gesundheitswesen, sowie die Behandlung von akuten und chronischen Erkrankungen umfasst.

Primärversorgungseinheiten können, je nachdem wie es die örtlichen Gegebenheiten zulassen, an einem Standort oder als Netzwerk an mehreren Standorten geführt werden.

Jede Primärversorgungseinheit muss weiters über ein Kernteam, bestehend aus Allgemeinmedizinern und Allgemeinmedizinerinnen sowie aus Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, verfügen.

Je nach Bedarf sollen auch weitere Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen eingebunden werden. Das können zum Beispiel Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen, Diätologen und Diätologinnen, Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, usw. sein.

2.1 Definition von Primary Health Care

Die WHO (http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/ [Abruf am 7.1.2018]) definiert Primary Health Care als ultimatives Ziel in der primären Gesundheitsversorgung für eine bessere Gesundheit für alle. Die WHO definiert fünf Schlüsselemente zur Erreichung dieses Ziels. Erstens die Verringerung von sozialen Ungleichheiten im Gesundheitswesen. Zweitens die auf die Bedürfnisse und Erwartungen maßgeschneiderte Organisation von Gesundheitsdiensten. Drittens die sektorübergreifende Integration von Gesundheit. Viertens

die Zusammenarbeit aller Beteiligten zu erhöhen und fünfens die Miteinbeziehung von Organisationen und Individuen.

Prof. Dr. Trisha Greenhalgh (Greenhalgh, 2007) definiert primary health care in ihrer Arbeit "Primary Health Care – Theory and Practice" wie folgt:

"Primary health care is what happens when someone who is ill (or who thinks he or she is ill or who wants to avoid getting ill) consults a health professional in a community setting for advice, tests, treatment or referral to specialist care." (Greenhalgh, 2007)

Prof. Dr. Trisha Greenhalgh beschreibt in ihrer Definition, dass Primärversorgung dann geschieht, wenn eine Person, die glaubt krank zu sein oder aber auch nicht krank werden möchte, einen Gesundheitsdienstleister aufsucht und sich beraten, behandeln, austesten oder an einen Facharzt überweisen lassen möchte.

3 Primärversorgungszentren in Österreich – aktueller Stand

3.1 Bundeszielsteuerungsvertrag

Im Bundeszielsteuerungsvertrag 2013 – Zielsteuerung Gesundheit (Bundeszielsteuerungsvertrag, 2013) wurde von Bund, Hauptverband und Ländern ein gemeinsames Zukunftsbild für die medizinische Grundversorgung ausgearbeitet, in welchem die Vertragsparteien sich für ein qualitatives und effizientes Gesundheitssystem des 21. Jahrhunderts verpflichten.

Das solidarische Gesundheitssystem soll die bedarfsgerechte, qualitätsgesicherte sowie wirkungsorientierte Gesundheitsversorgung in Österreich sicherstellen.

Grundlage dafür ist ein zeitgemäßes Versorgungstufenkonzept, welches neben Prävention und Gesundheitsförderung, medizinische Grundversorgung zum richtigen Zeitpunkt und am richtigen Ort erbringt.

Durch festgelegte „Best Point of Service“ soll eine umfassende Gesundheitsversorgung gewährleistet werden und die Primärversorgung soll flächendeckend umgesetzt werden.

(Bundeszielsteuerungsvertrag, 2013)

Die Gesundheitsreform 2013 und der Bundeszielsteuerungsvertrag 2013 waren der Startschuss für die neue Primärversorgung in Österreich.

Durch die Schaffung von Primärversorgungseinheiten soll der österreichischen Bevölkerung ein wohnortnaher Zugang zu einer umfassenden Basisgesundheitsversorgung gesichert werden.

Am 30. Juni 2014 wurde von der Bundes-Zielsteuerungskommission das Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich - „Das Team rund um den Hausarzt“ - beschlossen und vom BMGF (BMGF, 2014) herausgegeben, welches neben der Vision einer neuen Primärversorgung auch die Zielsetzungen für Patienten und Patientinnen, Gesundheitsberufen und Systemsteuerung beschreibt. Weiters werden die Funktionen, Anforderungen und Qualitätskriterien in einer starken Primärversorgung beschrieben.

Ebenso wird auf die Aufbauorganisation und Ablauforganisation von Primärversorgungseinheiten und Primärversorgungsnetzwerke eingegangen.

3.2 Das Team rund um den Hausarzt

Das Konzept „Das Team rund um den Hausarzt“, BMGF (BMGF, 2014), beschreibt sowohl die Vision, wie die Primärversorgung in Österreich zukünftig aussehen soll, als auch das Ziel, wie durch die Stärkung der Primärversorgung der hohen Zahl an Krankenhausaufenthalten in Österreich entgegengetreten werden soll.

Das Konzept beschreibt, wie eine gestärkte Primärversorgung und auch Primärversorgungseinheiten funktionieren sollen, und worauf besonders Wert gelegt werden soll.



Abbildung 5: Das Team rund um den Hausarzt

(<https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH1443/CMS1404305722379/primaerversorgung.pdf>)

Das BMGF (BMGF, 2014) nennt einige Zielsetzungen, die in einer starken Primärversorgungsstruktur erfüllt werden müssen.

Als Zielsetzungen für die neue Primärversorgung wird für Patienten und Patientinnen die bessere Zugänglichkeit, ein attraktiveres Leistungsangebot, eine verbesserte Koordination zwischen den einzelnen Gesundheitsanbietern, sowie eine Stärkung von gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen gefordert.

Zielsetzungen aus der Sicht der Gesundheitsberufe, wie zum Beispiel Ärzte und Ärztinnen, Therapeuten und Therapeutinnen, Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, beinhalten in erster Linie den Ausbau der Attraktivität der Gesundheitsberufe und der Tätigkeiten, die bessere Zusammenarbeit im Team, eine Verbesserung der Arbeitszeiten und bessere Rahmenbedingungen bezogen auf eine gute Work-Life-Balance, sowie eine bessere und praxisbezogene Ausbildung.

Als weitere Zielsetzung für das Gesundheitssystem wird die allgemeine Stärkung der gesamten Gesundheitsversorgung, sowohl im städtischen als auch im ländlichen Bereich. Weiters sind die Sicherstellung der Qualität in der Primärversorgung, die transparenten Abläufe der Gesundheitsversorgung und die Vermeidung von unnötigen Krankenhausaufenthalten, beziehungsweise die richtige Einstufung auf der Versorgungspyramide zentrale Forderungen des Konzepts.

Um in der Primärversorgung ein zeitgemäßes und gut funktionierendes Gesundheitssystem zu gewährleisten, müssen einige Grundsätze erfüllt werden so das BMFG (BMGF, 2014).

Darunter sind zum Beispiel die Chancengerechtigkeit und Chancengleichheit für alle Bevölkerungsgruppen zu nennen, sowie ein aktives Zugehen auf die Patienten und Patientinnen, um auch in der Gesundheitsförderung, Prävention und der Gesundheitskompetenz jedes einzelnen tätig zu werden und zu unterstützen.

Weitere Anforderungen an eine starke Primärversorgungsstruktur sind gute örtliche und zeitliche Erreichbarkeiten. Außerdem werden Telefondienste und Onlinedienste sowie Hausbesuche als Anforderung an das Konzept genannt.

Neben der Behandlung von Krankheiten zählt zu den Aufgaben der Primärversorgung laut BMFG (BMGF, 2014) die Förderung von Gesundheit sowie Präventionsmaßnahmen, wie zum Beispiel Bewegungsberatung, Ernährungsberatung, Raucherberatung und Gesundheitsscreenings.

Weitere Aufgaben sind die Erstellung der Erstanamnese, die Einschätzung des Handlungsbedarfs, die kontinuierliche Betreuung der Patienten und Patientinnen und gegebenenfalls die Weiterleitung an Spezialisten und Spezialistinnen.

Auch Gesundheitsaufgaben, welche im öffentlichen Interesse stehen, müssen durch die Primärversorgungsstruktur abgedeckt werden so das BMFG (BMGF, 2014). Diese Aufgaben umfassen zum Beispiel Impfmaßnahmen und die Totenbeschau.

Als erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem muss eine starke Primärversorgungsstruktur (BMGF, 2014) die Koordination und Organisation der Patienten und Patientinnen übernehmen, um sie zur richtigen Versorgungsstufe zuzuordnen und auch alle Informationen zu dokumentieren und weiterzugeben. Dies geschieht zum Beispiel über ELGA.

Auch das Aufnahmemanagement, das Entlassungsmanagement, sowie das Überleitungsmanagement an eine geeignete Pflege gehört zu den organisatorischen Aufgaben der Primärversorgung. Dabei ist die Zusammenarbeit mit Betreuungseinrichtungen und Pflegeeinrichtungen, sowie mit den Angehörigen und anderen Sozialberufen unerlässlich.

Eine weitere Aufgabe, welche von Primärversorgungseinheiten erfüllt werden soll, ist die Funktion als sogenannte „Gate-Keeper“. Bisher ist diese Funktion im österreichischen Gesundheitssystem praktisch nicht vorhanden (Gönenc, Hofmarcher & Wörgötter, 2011), was zum Verlust einer effektiven Arbeitsweise im österreichischen Gesundheitswesen führt.

Primärversorgungsstrukturen und Primärversorgungseinheiten übernehmen laut BMFG (BMGF, 2014) auch die Aufgabe von Ausbildungsstätten beziehungsweise die Aufgabe der Führung von Lehrpraxen.

Ebenso wird die Fortbildung und Weiterbildung für das gesamte Team der Primärversorgungsstrukturen im Konzept „Rund um den Hausarzt“ beschrieben und umfasst laut BMGF (BMGF, 2014) nicht nur fachspezifische Weiterbildungen, sondern darüberhinausgehend auch die Fortbildung im Bereich von Präventionsmaßnahmen, Gesundheitsförderung, Nahtstellenmanagement und die Koordination der Behandlungen von chronisch kranken Patienten und Patientinnen.

Laut Dr. Christoph Reisner (Reisner, 2017), Präsident der niederösterreichischen Ärztekammer, spielt in Österreich weder die soziale Herkunft noch die finanziellen Verhältnisse der Patienten und Patientinnen eine Rolle.

Die Versorgungspyramide zeigt die Struktur des österreichischen Gesundheitssystems.

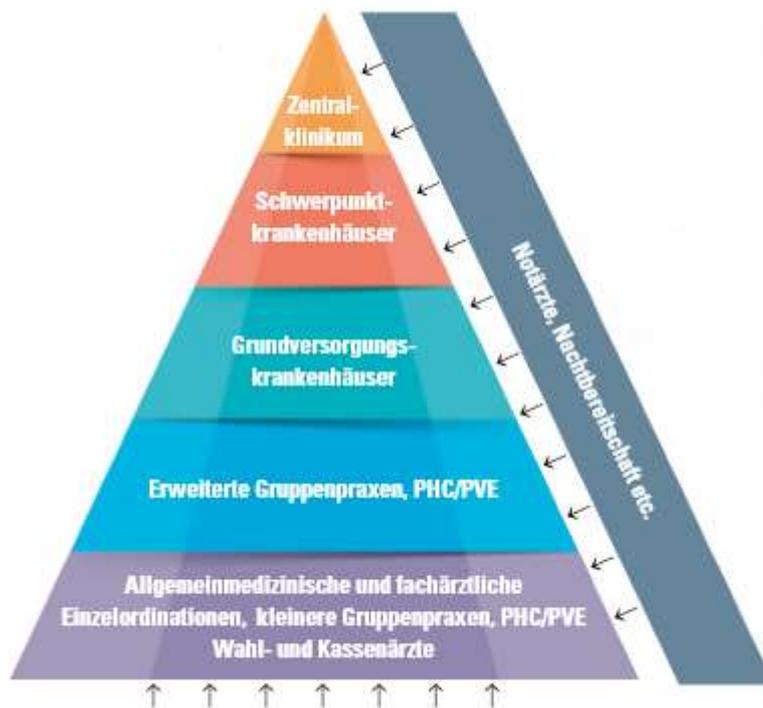


Abbildung 6: Versorgungspyramide

(https://cms.arztnoe.at/cms/dokumente/1023447_241731/78e1b7af/consilium-akutell-1017-low.pdf)

Die erste Ebene und somit erste Anlaufstelle für Patienten und Patientinnen sind Einzelordinationen und Gruppenpraxen von Allgemeinmedizinern und Allgemeinmedizinerinnen, sowie von Fachärzten und Fachärztinnen. Auch Primärversorgungseinheiten und Primärversorgungszentren befinden sich auf dieser ersten Ebene.

Ebenso auf der zweiten Stufe sind neben erweiterten Gruppenpraxen Primärversorgungseinheiten genannt.

Auf den nächsten beiden Ebenen finden sich Grundversorgungskrankenhäuser und Schwerpunktkrankenhäuser. Diese Einrichtungen decken die stationäre Versorgung der Patienten und Patientinnen ab, beziehungsweise alle Probleme, welche nicht auf den ersten beiden Ebenen, im niedergelassenen Bereich, gelöst werden können.

Die letzte Ebene der Versorgungspyramide stellen Zentralkliniken dar, in deren Einrichtungen akutmedizinische und komplexe Fälle behandelt werden.

Durch Notärzte und Notärztinnen, sowie durch Nachtbereitschaftsdienst der Ärzte und Ärztinnen wird die medizinische Notfallversorgung abgedeckt.

Aus aktuell lediglich 4 Primärversorgungseinheiten sollen laut Bundeszielsteuerungsvertrag (Bundeszielsteuerungsvertrag, 2017) bis zum Jahre 2021 insgesamt 75 Primärversorgungseinheiten in Österreich entstehen.

Im neuen Regierungsprogramm 2017-2022 (Bundeskanzleramt 2017) werden als Ziele im österreichischen Gesundheitswesen unter anderem der Ausbau einer umfassenden und wohnortnahen Primärversorgung, die Entlastung der Spitalsambulanzen, die Attraktivierung des Arztberufes und auch der Ausbau der Telemedizin genannt.

3.3 Erfolgreiche Umsetzungsprojekte in Österreich



Abbildung 7: Versorgungskarte der Primärversorgungszentren, Stand November 2017 (<https://primaerversorgung.org/versorgungskarte/>)

Zum aktuellen Zeitpunkt befinden sich, laut dem österreichischem Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen, (<https://primaerversorgung.org/versorgungskarte/> [Abruf am 7.9.2017]) österreichweit lediglich vier Primärversorgungseinheiten in Betrieb.

Wie auf Abbildung 7 ersichtlich, sind zwei der Primärversorgungszentren in Wien beheimatet und zwei in Oberösterreich.

Das Medizin Mariahilf in Wien war das erste Primärversorgungszentrum in Österreich und wurde im Jahre 2015 in Betrieb genommen.

Danach gingen das Primärversorgungszentrum in Enns, das Primärversorgungszentrum Donaustadt und das Primärversorgungszentrum Marchtrenk in Betrieb.

Im Folgendem möchte ich einen kurzen Überblick über diese 4 bereits bestehenden Primärversorgungszentren geben.

3.3.1 Medizin Mariahilf



Abbildung 8: Medizin Mariahilf
(<http://www.medizinmariahilf.at/>)

Das Medizin Mariahilf (<https://primaerversorgung.org/standort/medizin-mariahilf/> [Abruf am 22.11.2017]) befindet sich bereits seit 4. April 2015 in Betrieb und war somit das erste Primärversorgungszentrum in Österreich.

Das Medizin Mariahilf betreut etwa 17.000 Patienten und Patientinnen und hat als Schwerpunkte die Substitutionstherapie und die Wundversorgung.

Die Öffnungszeiten des Medizin Mariahilf sind täglich von 8 Uhr bis 19 Uhr und zusätzlich am Dienstag von 7 Uhr bis 19 Uhr.

Das Medizin Mariahilf bietet auch Ausbildungsstellen im Rahmen der Lehrpraxis für Turnusärzte an (<http://www.medizinmariahilf.at/medizin-mariahilf/lehrpraxis/> [Abruf am 22.11.2017]) und ermöglicht es Studenten und Studentinnen der Universität Wien, ihre Pflichtfamulatur absolvieren zu können.

Neben dem Angebot der Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen wird auch Psychotherapie, Labor, EKG, Diätologie und Beratung für Diabetiker und Diabetikerinnen angeboten. (<http://www.medizinmariahilf.at/team/> [Abruf am 22.11.2017])

3.3.2 Primärversorgungszentrum Enns

Primärversorgungszentrum



Abbildung 9: Primärversorgungszentrum Enns
(<https://www.diehausaerzte.at/>)

Das Primärversorgungszentrum Enns (<https://primaerversorgung.org/standort/die-ennser-hausaerzte-gmbh/> [Abruf am 22.11.2017]) ging am 9. Januar 2017 als erstes Primärversorgungszentrum in Oberösterreich in Betrieb und erreicht etwa 15.000 Menschen.

Die Öffnungszeiten des Primärversorgungszentrums in Enns sind unter der Woche täglich von 7 Uhr bis 19 Uhr und zusätzlich am Mittwoch und Donnerstag bis 21 Uhr. Zusätzlich gibt es rund um die Uhr auch einen Visitedienst.

Das Versorgungsangebot bietet neben dem Angebot von Allgemeinmedizinern und Allgemeinmedizinerinnen (<https://www.diehausaerzte.at/team> [Abruf am 22.11.2017]) auch Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Psychotherapie, Labor und Diätologie an.

Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen sind ebenso Bestandteil des Primärversorgungsteams in Enns.

Als spezielles Vorsorgeangebot wird einmal pro Woche Wirbelsäulengymnastik (https://www.diehausaezte.at/images/Hausaezte/Vorsorge/Rueckenschule_Sept.pdf [Abruf am 22.11.2017]) angeboten.

3.3.3 Primärversorgung Donaustadt – Primary Health Care



Abbildung 10: Primärversorgung Donaustadt

(<http://www.phc-donaustadt.at/>)

Das Primärversorgungszentrum Donaustadt, Primary Health Care Donaustadt, (<https://primaerversorgung.org/standort/primaerversorgungszentrum-smz-ost/> [Abruf am 22.11.2017]) ging am 1. September 2017 in Betrieb und bietet neben den Dienstleistungen der Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen auch EKG, Infusionstherapie, diätologische Beratung und Psychotherapie an.

Die Diabetesbetreuung ist im Rahmen des Programmes „Therapie Aktiv“ einer der Schwerpunkte der Gruppenpraxis.

Das Primärversorgungszentrum Donaustadt hat während der Woche von 8 Uhr bis 19 Uhr geöffnet. (<http://www.phc-donaustadt.at/> [Abruf am 22.11.2017])

3.3.4 PVZ Marchtrenk

Primärversorgungszentrum



Abbildung 11: PVZ Marchtrenk
(<https://www.pvz-marchtrenk.at/>)

Das Primärversorgungszentrum Marchtrenk (<https://primaerversorgung.org/standort/pvz-marchtrenk/> [Abruf am 22.11.2017]) nahm am 2. Oktober 2017 seinen Betrieb auf und ist für rund 6.000 Patienten und Patientinnen zuständig.

Zusätzlich zu dem hausärztlichen Angebot der Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen bietet das PVZ Marchtrenk Dienstleistungen zu den Bereichen Diätologie, Ergotherapie, Labor, Physiotherapie und Psychotherapie an. (<https://www.pvz-marchtrenk.at/team> [Abruf am 22.11.2017])

Spezielle Vorsorgeprogramme werden im Rahmen von Rückenschule und Herz-Kreislauf Training angeboten. (<https://www.pvz-marchtrenk.at/vorsorge> [Abruf am 22.11.2017])

Unter der Woche ist das Team von 9 Uhr bis 19 Uhr für Patienten und Patientinnen verfügbar.

Der hausärztliche Notdienst welcher zum Teil auch vom PVZ Marchtrenk selbst abgedeckt wird, ist - auch am Wochenende und an Feiertagen - rund um die Uhr erreichbar. (<https://www.pvz-marchtrenk.at/bereitschaft> [Abruf am 22.11.2017])

4 Primärversorgungszentren in Europa

4.1 Die WHO - Weltgesundheitsorganisation

Die WHO – die Weltgesundheitsorganisation – welche in über 150 Ländern tätig ist, bildet die Basis für das internationale Gesundheitswesen, um das bestmögliche Gesundheitsniveau für alle Menschen sicherzustellen.

Zu den Aufgaben der WHO zählen neben der Bereitstellung und Verbreiten von wertvollem Wissen zu Krankheiten, Impfstoffen und Medikamenten auch die Überwachung von weltweiten Gesundheitssituationen und die Bewertung von Gesundheitstrends so die WHO (<http://www.who.int/about/en/> [Abruf am 22.11.2017]).

4.2 Erklärung von Alma-Ata

Im Jahre 1978 organisierte die WHO die Konferenz von Alma Ata.

Laut Medicus Mundi Schweiz, (<http://www.medicusmundi.ch/> [Abruf am 19.10.2017]) dem Schweizer Gesundheitsnetzwerk, beteiligten sich an der Konferenz 123 Regierungen und 67 regierungsunabhängige Organisationen.

In der Konferenz von Alma Ata hat die WHO einen ersten und entscheidenden Schritt in Richtung Primärversorgung, Basisgesundheitsversorgung sowie Gesundheitsförderung gemacht.

In der internationalen Konferenz, welche in Alma Ata am 12. September 1978 stattfand, wurde die gesamte Weltgemeinschaft, alle Regierungen, die WHO, das UNICEF, sämtliche Finanzierungseinrichtungen, alle Beschäftigten im gesamten Gesundheitsbereich sowie nationale und internationale Organisationen dazu aufgerufen, das Engagement für die primäre Gesundheitsförderung zu unterstützen und auszubauen, so Dr. Wudy (Wudy, 2017). Es wurde zur Zusammenarbeit aller handelnden Akteure aufgerufen, die Primärversorgung weltweit einzuführen, weiterzuentwickeln, auszubauen und aufrecht zu erhalten.

5 Internationale Primary Health Care Strukturen

Um auch einen Blick über das österreichische Gesundheitssystem und konkret über die österreichische Primärversorgungsstruktur hinaus zu werfen, werden im Folgenden die drei europäischen Länder Slowenien, Schweden und die Niederlande hinsichtlich ihres Angebotes und ihrer Entwicklung der Primärversorgungsstrukturen herangezogen und näher beschrieben.

5.1 Slowenien

Die Ausstattung, Planung und Entwicklung von Primärversorgungszentren in Slowenien ist der von Österreich relativ ähnlich.

Nach einer Analyse des Gesundheitssystems im Jahre 2015 wurde in Slowenien ein nationaler Gesundheitsplan bzw. eine nationale Gesundheitsstrategie entwickelt, welcher im Zeitraum 2016-2025 insbesondere die Stärkung der primären Pflege und Primärversorgungszentren vorsieht, so Sloweniens Gesundheitsministerin Dr. Vesna Kerstin Petrič (Petric, 2016).

Durch den Gesundheitsplan 2016-2025 soll auf die Bedürfnisse der Bevölkerung reagiert werden.

Der Fokus soll auf die Patienten und Patientinnen gerichtet sein und deren Selbstverantwortung soll durch Präventionsmaßnahmen und Gesundheitsförderung gestärkt werden.

Dienstleistungen, welche bisher von Ärzten oder Ärztinnen erledigt wurden, sollen nach Möglichkeit auf andere Gesundheitsberufe wie Krankenschwestern oder Pfleger in Primärversorgungszentren verlagert werden.

Auch die Pflege und Sozialdienste für chronisch Kranke soll in Primärversorgungszentren integriert werden.

In Slowenien gab es bereits Community Health Care Centers, also gemeinschaftliche Gesundheitszentren, die eine Basisversorgung durch Ärzten und Ärztinnen anboten.

Im Gesundheitsplan 2016-2025 werden diese Gesundheitszentren zu Primärversorgungszentren ausgebaut, um der Bevölkerung eine umfassendere Versorgung und auch Präventivangebote anbieten zu können.

Laut Dr. Vesna Kerstin Petric sollen bis 2018 aus den bisherigen Gesundheitszentren 858 Primärversorgungszentren entstehen und es sollen eigene Gesundheitsförderungszentren bis 2020 in 25 Primärversorgungszentren entstehen.

Bis zum Jahre 2025 sollen schließlich alle Primärversorgungszentren über eigene Gesundheitsförderungszentren verfügen.

Sinn dieser Gesundheitsförderungszentren sind präventive Maßnahmen wie zum Beispiel das Screening auf Krankheitsrisiken und präventive Beratung.

Das Angebot von Primärversorgungszentren umfasst in Slowenien neben notfallmedizinischer Hilfeleistung die Gesundheitsversorgung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen, die Krankenpflege, Therapieangebote und Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote wie Raucherentwöhnungsprogramme und Ernährungsberatung.

In Slowenien ist übrigens, anders als derzeit in Österreich, auch die Einbindung von Apotheken bzw. von Apothekern und Apothekerinnen in Primärversorgungszentren Teil der Strategie.

5.2 Schweden

Dr. Hans Thelusius (Thelusius, 2016) berichtete bei den Vienna Healthcare Lectures 2016 von schwedischen Primary Health Care Centers, welche "Vardcentralen" genannt werden.

Vardcentralen bestehen in Schweden bereits seit den 1970er Jahren und sind jeweils für ungefähr 10.000 Menschen zuständig.

Die schwedischen Primärversorgungszentren bestehen aus durchschnittlich 3-6 Allgemeinmedizinern und Allgemeinmedizinerinnen, 5-8 diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegern und diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Mediznern und Mediznerinnen in Ausbildung, Praxisassistenten und Praxisassistentinnen sowie Pflegehelfern und Pflegehelferinnen.

Außerdem übernehmen Vardcentralen eine Gatekeeper-Funktion, um sicherzustellen, dass in den Krankenhäusern nur echte Notfälle versorgt werden.

Das Besondere in Schweden ist, so Dr. Maun (Maun, 2017), dass diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger und diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, auch „District

Nurses“ genannt, eine universitäre Ausbildung haben und somit alleiniges Behandlungsrecht besitzen.

Diese abgeschlossene Ausbildung ermöglicht den District Nurses selbstständig auf Patienten zu treffen und Behandlungen durchzuführen.

In Folge dessen werden Ärzte und Ärztinnen entlastet und haben mehr Zeit für kompliziertere Fälle.

Dr. Andy Maun, er arbeitete von 2003 bis 2015 in Schweden und war Mitglied des Qualitätsrates für Allgemeinmedizin, berichtet weiters, dass das schwedische Gesundheitssystem aus der Finanzierungssicht dem österreichischen Gesundheitssystem sehr ähnlich sei, allerdings wird in Schweden nicht pro Hausarztbesuch abgerechnet, sondern die Einwohner listen sich zu einer Arztpraxis bzw. zu einer Vardcentrale und es wird dann pro gelistetem Einwohner jährlich eine gewisse Summe ausgezahlt.

Bei der Vergütung werden auch medizinische Qualitätsziele und die Patienten- und Patientinnenzufriedenheit berücksichtigt.

5.3 Niederlande

Laut dem European Observatory on Health Systems and Policies (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017), wurde in den Niederlanden zum ersten im Jahr 2006 eine Gesundheitsreform umgesetzt, welche auf die Akutversorgung abzielte und zum zweiten im Jahr 2015 eine Gesundheitsreform erlassen, welche auf die Langzeitpflege abzielte.

Dr. Joop Blaauw (Blaauw, 2016) berichtete bei den Vienna Healthcare Lectures 2016, dass in den Niederlanden bereits 70% aller Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen in Gruppenpraxen zusammenarbeiten.

Die medizinische Versorgung in den Niederlanden wird auf 3 Ebenen geteilt.

Die erste Ebene – die Primärversorgung - findet durch Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen, Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen, sowie Zahnärzte und Zahnärztinnen in sogenannten HOEDs statt.

Die zweite Ebene stellen medizinische Spezialisten und medizinische Spezialistinnen dar und die dritte Ebene ist durch Universitätskliniken abgebildet.

Im niederländischen Gesundheitssystem wird angestrebt, Patienten und Patientinnen möglichst lange in der ersten Linie, den Primärversorgungseinheiten, zu halten, beziehungsweise auch wieder dorthin zurück zu verweisen, so Dr. Joop Blaauw (Blaauw, 2016).

So wie auch im schwedischen Gesundheitssystem übernehmen die Primärversorgungseinheiten in den Niederlanden eine Gatekeeper-Funktion, um die Patienten und Patientinnen lediglich im Bedarfsfall an die zweite Linie, also an medizinische Spezialisten und Spezialistinnen, zu überweisen.

5.4 Conclusio

Zusammenfassend ist bei diesem Vergleich anzumerken, dass der Aufbau und der Entwicklungsstand der unterschiedlichen Primärversorgungsstrukturen in allen drei Ländern dem von österreichischen Primärversorgungseinheiten im Großen und Ganzen sehr ähnlich sind.

Ziele sind in Österreich und in allen drei verglichenen Ländern, dem Ärztemangel und Ärztinnenmangel entgegenzutreten, sich dem demographischen Wandel anzupassen, die Qualität für die Patienten und Patientinnen zu erhöhen und sparsamer mit kostenintensiven Krankenhaus- und Spitalsaufnahmen zu wirtschaften.

Unterschiede ergeben sich natürlich hauptsächlich durch die verschiedene Namensgebung und teilweise durch die unterschiedliche Ausbildung der handelnden Akteure in den verschiedenen Gesundheitsberufen.

6 Aufgaben von Primärversorgungseinheiten

6.1 Entlastung der Spitalsambulanzen

Durch die Schaffung von Primärversorgungszentren sollen, laut Frau Mag Schuh (Schuh, 2016), die überlaufenen Spitalsambulanzen entlastet werden.

Die damalige Bundesministerin für Gesundheit und Frauen, Frau Dr. Sabine Oberhauser (Oberhauser, 2015) beschreibt, dass Patienten vor allem am Wochenende und in den Randzeiten, eher in Spitalsambulanzen gehen, als zum eigentlich zuständigen niedergelassenen Arzt.

Verständlich, denn insbesondere zu diesen Zeiten haben niedergelassene Ärzte und Ärztinnen oftmals keine Ordinationszeit und die Praxen sind geschlossen.

Gerade aber am Wochenende und an den Randzeiten haben Patienten und Patientinnen die Zeit dafür, medizinische Hilfe und Beratung in Anspruch zu nehmen.

Diese Tatsache führt jedoch zu einer Explosion der Kosten im Gesundheitswesen.

Daher ist eine Aufgabe der Primärversorgungseinheiten die sogenannte Gatekeeper-Funktion, das heißt, dass Patienten und Patientinnen wirklich nur im Bedarfsfall an Grundversorgungskrankenhäuser, Schwerpunktkrankenhäuser und Spezialisten und Spezialistinnen weitergeleitet werden.

Laut Prof. Dr. Alfred Radner (Radner, o. J.), können heutzutage stationäre Krankenhausaufenthalte stark reduziert werden, da man viele Behandlungen, welche früher einen stationären Krankenhausaufenthalt forderten, inzwischen in den ambulanten und kostenschonenderen Bereich – ohne einer stationäre Aufnahme – verlegen kann.

So soll der zunehmenden Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte mittels des Angebotes von Primärversorgungszentren entgegengetreten werden.

Zu starken Zulaufzeiten können Primärversorgungseinheiten verstärkt Personal einsetzen, um eine rasche medizinische Versorgung zu gewährleisten.

6.2 Koordinierte Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe

Laut Desanti (Desanti, 2017) ist das Ziel von Primärversorgungszentren, oder auch Primärversorgungseinheiten – PVE - die engere und koordinierte Zusammenarbeit von Ärzten und Ärztinnen, sowie Therapeuten und Therapeutinnen, Pflegekräften und anderen Gesundheitsberufen unter einem Dach mit einer gemeinsamen Abrechnung mit der Krankenkasse.

Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen für Gesundheit und Frauen, Dr. Pamela Rendi-Wagner (Rendi-Wagner, 2017a), bringt die Anforderungen und die Wünsche der Patienten und Patientinnen, aber auch der im Gesundheitsbereich tätigen Personen beim Forum Spital, welches vom 20 bis 21. September 2017 in Mauerbach bei Wien stattfand, auf den Punkt. „Einerseits wollen die PatientInnen längere Öffnungszeiten und persönliche Gespräche, wollen dafür jedoch keine langen Wege und keinen aufwändigen Koordinationsaufwand auf sich nehmen. Andererseits wünschen sich die Beschäftigten im Gesundheitswesen vernetztes Arbeiten, flexible Arbeitszeiten und eine ausgewogene Work-Life-Balance.“



Abbildung 12: Bundesministerin für Gesundheit und Frauen Dr. Rendi-Wagner beim Forum Spital in Mauerbach 2017

(<https://www.imh.at/veranstaltungen/rueckblick/rueckblick-forum-spital-2017/>)

6.3 Zufriedenheit der Patienten und Patientinnen erhöhen

Durch die „Neue Primärversorgung“ sollen neue Strukturen geschaffen werden, welche vor allem die Zufriedenheit der Patienten und Patientinnen erhöhen, und eine umfassende Versorgung und Behandlung, ermöglichen und garantieren sollen, so EWG (EWG, 2017).

Insbesondere im urbanen Raum soll eine wohnortnahe und gesamtheitliche Gesundheitsversorgung ermöglicht werden, um so den Patienten und Patientinnen nicht nur die beste Basisgesundheitsversorgung, sondern auch diverse weiterführende Therapiemöglichkeiten für zum Beispiel chronisch Kranke zu gewährleisten.

7 Vorteile und Nachteile

Da ich trotz intensiver Recherche keine empirischen Studien zu den allgemeinen Vorteilen und Nachteilen für Patienten und Patientinnen, sowie von den unterschiedlichen Stakeholdern von Primärversorgungseinheiten finden konnte, wurden die angegebenen Vorteile und Nachteile aus verschiedenen Quellen von zum Beispiel aus verschiedenen Erfahrungsberichten und dem Status Quo von österreichischen und internationalen Primärversorgungseinheiten abgeleitet.

7.1 Vorteile für Patienten und Patientinnen

Längere Öffnungszeiten und kürzere Wartezeiten

Durch die koordinierte und organisierte Zusammenarbeit von Allgemeinmedizinern und Allgemeinmedizinerinnen, aber auch durch Ordinationsassistenten und Ordinationsassistentinnen, Ordinationsmanagern und Ordinationsmanagerinnen und andere Gesundheitsberufe werden den Patienten und Patientinnen längere Öffnungszeiten ermöglicht.

Laut dem Hauptverband (Hauptverband, 2017b) hat zum Beispiel das PHC Medizin Mariahilf 50 Wochenstunden Ordinationszeit. Geöffnet hat das Primärversorgungszentrum Mariahilf wochentags von 8 Uhr bis 19 Uhr mit einer einstündigen Mittagspause.

Durch die koordinierte Teamarbeit werden auch die Wartezeiten für die Patienten und Patientinnen verkürzt – im Durchschnitt liegt die Wartezeit bei 20 Minuten - und dass ohne Terminvereinbarung so der Hauptverband (Hauptverband, 2017b).

Weniger doppelte Wege und Befunde

Durch die Zusammenarbeit von verschiedenen Gesundheitsberufen in einem Zentrum wird den Patienten und Patientinnen eine breite Versorgungspalette zur Verfügung gestellt, was den Koordinationsaufwand für Patienten und Patientinnen enorm erleichtert, da die komplette Versorgung unter einem Dach geboten wird, so die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen Dr. Pamela Rendi-Wagner (Rendi-Wagner, 2017b).

Dadurch dass Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen, Therapeuten und Therapeutinnen, sowie Angehörige von anderen Gesundheitsberufen unter einem Dach, beziehungsweise in einem Netzwerk zusammenarbeiten, haben die Patienten und Patientinnen einen viel einfacheren und niederschwelligeren Zugang zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, ohne ihre Befunde selbst verwalten und beibringen zu müssen.

In dieser Organisationsstruktur erfolgt demnach auch die Vereinbarung von Terminen für weiterführende Untersuchungen und Behandlungen, also das gesamte Management der Diagnostik und Therapie hausintern und somit wesentlich einfacher.

Barrierefreier Zugang

Patienten und Patientinnen, die Primärversorgungseinheiten aufsuchen, benötigen oftmals eine Gehhilfe, einen Rollator oder einen Rollstuhl, oder sind auf eine anderen Weise in ihrer Mobilität eingeschränkt.

Viele Arztpraxen sind bereits in die Jahre gekommen und verfügen daher nicht über einen barrierefreien Zugang, was die Erreichung der Einrichtung für eingeschränkt mobile Patienten erheblich erschwert oder sogar unmöglich macht.

Die Neuerrichtung von Primärversorgungseinheiten ist daher mit dem Vorteil verbunden, dass diese laut den Anforderungen des GRUG 2017 (GRUG 2017, 2017), über einen barrierefreien Zugang verfügen müssen, sodass auch gehbehinderte und eingeschränkt mobile Patienten und Patientinnen ohne Probleme Zugang zu diesen haben.

Mehr spezielle Angebote und Prävention

Laut BMFG (BMFG, 2017) wird durch Primärversorgungszentren die Möglichkeit gegeben, Schulungen, spezielle Beratungen und Präventionsförderungsmaßnahmen für diverse Bedürfnisse und Zielgruppen zu organisieren, wie zum Beispiel Diabetikerschulungen, Ernährungsberatungen, Gesundheitsförderungsangebote, etc.

Da hier mehrere Patienten und Patienten gleichzeitig unterrichtet werden können, führt ein Gruppenangebot zum einen zu einer Zeitersparnis und zum anderen auch zu einer enormen Kostenreduktion.

Durch ein flächendeckendes Angebot von Schulungsgruppen und Beratungsgruppen in den Primärversorgungseinheiten wird der Zugang für derartige Schulungen für die Patienten und Patientinnen erleichtert und es wird eine wohnortnahe Prävention für Betroffene und Angehörige ermöglicht.

Ergänzend könnten auch Selbsthilfegruppen und Angehörigengruppen in Primärversorgungszentren integriert werden, da zum einen der notwendige Platz und benötigte Räume vorhanden sind und zum anderen auch eine relativ einfache Organisation ermöglicht wird.

Das benötigte Personal, wie Therapeuten und Therapeutinnen wären direkt vor Ort und so wäre auch für die Betreiber der Primärversorgungszentren ein unmittelbarer wirtschaftlicher Vorteil durch die effiziente Raumnutzung, wie auch ein mittelbarer Vorteil durch die stärkere Bindung der Patienten und Patientinnen, gegeben.

Gewährleistung der Qualität

Laut BMGF (BMGF, 2014) soll durch den Einsatz von Qualitätsstandards eine gute Patientenversorgung gewährleistet werden.

Die Qualitätsstandards und Qualitätskriterien umfassen die Beschreibung diverser Standardabläufe beziehungsweise von Kernprozessen innerhalb und außerhalb der Primärversorgungsstruktur.

Dies inkludiert zum Beispiel die Terminkoordination, das Informationsmanagement, das Aufnahmemanagement sowie das Entlassungsmanagement.

Eine Qualitätsmessung durch das Feedback von Patientinnen und Patientinnen muss eingeführt und auch berücksichtigt werden.

7.2 Vorteile für die Gesundheitsberufe und Stakeholder

Bessere Work-Life-Balance im Gesundheitsberuf und attraktiver Arbeitsplatz

Laut EWG (EWG, 2017) sorgen geregelte Arbeitszeiten sowie koordinierte und garantierte gegenseitige Vertretungen im Bereich der Gesundheitsberufe zu einer besseren Balance zwischen Beruf und Familie. Familienfreundliche Arbeitsmodelle werden ermöglicht, was wiederum den Arbeitsplatz vor allem für junge Ärzte und Ärztinnen attraktiv macht, so Dr. Franz Mayrhofer (Mayrhofer, 2017), welcher selbst als Allgemeinmediziner im PHC Mariahilf tätig ist.

Ebenso werden Teilzeitarbeitsmodelle für die Ärzte und Ärztinnen, Pfleger und Pflegerinnen und Therapeuten und Therapeutinnen ermöglicht.

Frau Dr. Maria Wendler (Wendler, 2015) betont den Vorteil, nicht mehr als Einzelperson 24/7/365 – 24 Stunden an 7 Tagen an 365 Tagen im Jahr - alleine für Patienten da sein zu müssen, und sieht durch eine Zusammenarbeit und Neuanstellung von Kollegen und Kolleginnen auch die Versorgung im ländlichen Raum, durch die verbesserten Arbeitsbedingungen der Gesundheitsberufe als gesichert an.

Ausbildung erfolgt praxisbezogener

Die Ausbildung zum Arzt beziehungsweise zur Ärztin für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt beziehungsweise zur Fachärztin beinhaltet laut ÄAO (ÄAO, 2015) die sechsmonatige Absolvierung einer Ausbildung in einer anerkannten Lehrpraxis, einer Lehrgruppenpraxis oder einem Lehrambulatorium.

Durch Lehrpraxen, wie zum Beispiel der Lehrpraxis im Medizin Mariahilf, wird den Turnusärzten und Turnusärztinnen durch die vielfältigen Aufgabenbereiche in Primärversorgungs-einheiten, eine umfassendere und praxisbezogenere Ausbildung, als zum Beispiel in einer Einzelordination, ermöglicht.

Laufende Fortbildungen und Weiterbildungen

Laut BMGF (BMGF, 2014) sollen Bildungskonzepte erstellt werden und so die Kompetenzen der einzelnen Gesundheitsberufe erhöht und gefestigt werden.

Im Setting eines Primärversorgungszentrums ist durch die enge Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsberufe ein permanenter Wissensaustausch möglich, da die handelnden Personen Hand in Hand arbeiten und es jedem einzelnen hilft, wenn er sein Wissen mit anderen teilt. Dadurch steigt die Qualität der Zuweisungen und Befunde.

Auch auf therapeutischer Seite ist eine Ergebnisverbesserung zu erwarten, wenn Zuweiser und Therapeut in engem Kontakt stehen.

Anzustreben sind auch akkordierte Besuche von Fortbildungen durch einzelne Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Primärversorgungseinheiten und die koordinierte Weitergabe des dort erworbenen Wissens.

Im Rahmen von darauffolgenden Besprechungen können so alle Beteiligten permanent an der Weiterentwicklung der Medizin teilhaben und der Austausch von Wissen wird durch gezieltes Wissensmanagement gefördert.

Mehr Zeit für ärztliche Aufgaben

Laut Dr. Franz Mayrhofer (Mayrhofer, 2017), Arzt im PHC Medizin Mariahilf, bleibt deutliche mehr Zeit für ärztliche Tätigkeiten am Patienten, da durch das geschulte Personal bzw. das geschulte Team rund um die Ärzte, ein Delegieren von Aufgaben, wie zum Beispiel die Wundversorgung, Blutabnahmen, EKG, Ernährungsberatung etc., möglich ist.

So werden Ärzte und Ärztinnen von Routinetätigkeiten freigespielt und es bleibt mehr Zeit für die Betreuung der Patienten und Patientinnen, was wiederum die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert.

Ärztliches Konsilium

Bei schwierigen Fragestellungen ist es in Primärversorgungszentren relativ einfach und unkompliziert, ein ärztliches Konsilium einzuberufen, so Dr. Franz Mayrhofer (Mayrhofer, 2017).

Da in Primärversorgungszentren mehrere Ärzte und Ärztinnen gemeinsam arbeiten, ist es im Bedarfsfall ohne großen Aufwand möglich, Meinungen von anderen Allgemeinmediziner

und Allgemeinmedizinerinnen, aber bei Bedarf auch von Fachärzten und Fachärztinnen einzuholen.

Auch die Meinung von Therapeuten und Therapeutinnen kann unkompliziert eingeholt werden und es kann rasch eine kompetente und allumfassende Entscheidung über die weitere Behandlungsstrategie oder auch Therapiestrategie getroffen werden.

7.3 Nachteile für Gesundheitsberufe und Stakeholder

Finanzierung

200 Millionen Euro Anschubfinanzierung aus öffentlichen Mitteln werden für die Gründung der 75 Primärversorgungszentren bereitgestellt, das sind rund 2,66 Millionen pro geplantem Zentrum, so Dr. Alexander Biach (Biach, 2017).

Dr. Agnes Mühlgassner (Mühlgassner, 2017), Chefredakteurin der österreichischen Ärztezeitung, verweist jedoch auf den Kritikpunkt der österreichischen Ärztekammer, dass es sich bei diesem Budget von insgesamt 200 Millionen Euro nicht um „frisches Geld“ handelt und so wiederum der niedergelassene medizinische Bereich unter diesen Ausgaben zu leiden hat.

Als weiteren Kritikpunkt weist Dr. Agnes Mühlgassner darauf hin, dass eine konkrete Regelung der Finanzierung der neu geplanten Primärversorgungseinheiten fehlt. (Mühlgassner, 2017)

Apotheken

Obwohl Apotheken eine große Rolle in der Primärversorgung spielen, als Nahversorger ihre Kunden oft jahrzehntelang als Arzneimittelversorger und Medikamentenmanager betreuen und oft auch in der Früherkennung und Prävention tätig sind, so die Österreichische Apothekerkammer (Österreichische Apothekerkammer, 2015), werden laut der Österreichischen Apothekerkammer öffentliche Apotheken nicht in die Strukturen der neuen Primärversorgungszentren eingebunden.

Anmerkung: Mit in Krafttreten des GRUG 2017 (GRUG 2017, 2017) am 3.8.2017 und durch das neue Regierungsprogramm 2017-2022 (Bundeskanzleramt, 2017), wird auch die

Kooperation mit öffentlichen Apotheken angestrebt, um diese in die neue Primärversorgung und Primärversorgungsstruktur einzubinden.

Niedergang der Kassenpraxen

Artur Wechselberger (Wechselberger, 2017a), Präsident der österreichischen Ärztekammer, fürchtet, dass insbesondere im ländlichen Bereich, Kassenpraxen zu Gunsten von Primärversorgungszentren geschlossen werden, da Kassenpraxen nicht mit den Möglichkeiten von Krankenhäusern und Primärversorgungszentren mithalten können. Somit werden Ärzte und Ärztinnen eher diese Einrichtungen, aufgrund der attraktiveren Angebote und Arbeitsbedingungen, als Arbeitsstätte wählen.

Der Präsident der Österreichischen Ärztekammer Artur Wechselberger (Wechselberger, 2017b) merkt in einer Presseaussendung weiters an, dass Primärversorgungszentren in Ballungsräumen die Gesundheitsversorgung sinnvoll ergänzen würden, jedoch im eher ländlichen und kleinstädtisch strukturierten Österreich viele Kassenarztpraxen wegfallen würden und somit die wohnortnahe Primärversorgung durch den Wegfall von Hausärzten und Hausärztinnen und Fachärzten und Fachärztinnen an ihrem früheren Standort leiden würde.

Selbst wenn die Schaffung von Primärversorgungszentren auch im ländlichen Raum geplant ist, werden PHCs erst in größeren Städten verwirklicht werden und es entsteht ein Zeitfenster der Unterversorgung im ruralen Raum.

7.4 Conclusio

Betrachtet man die Auflistung der Vorteile und Nachteile von Primärversorgungseinheiten, auch unter Miteinbezug der Ergebnisse aus Kapitel 6, den Aufgaben von Primärversorgungseinheiten, sieht man, dass diese viele Vorteile sowohl für Patienten und Patientinnen, als auch für die Gesundheitsberufe bieten.

Allerdings sind mit der Umsetzung auch Nachteile verbunden, die nicht aus den Augen verloren werden dürfen.

8 Diskussion und Ausblick:

Primärversorgungseinheiten in Österreich

Zusammenfassend geht hervor, dass in den kommenden Jahren in Österreich noch vieles am Sektor der Primärversorgung getan werden muss, um mit anderen Ländern im internationalen Vergleich mithalten zu können.

Es gibt bereits einige Konzepte, Verträge und Gesetze, die die erfolgreiche Umsetzung einer gestärkten Primärversorgungsstruktur in Österreich in den nächsten 5 Jahren beschreiben zusichern.

Zum aktuellen Zeitpunkt gibt es den Bundeszielsteuerungsvertrag 2017-2021 (Bundeszielsteuerungsvertrag, 2017), welcher die Weiterentwicklung des Bundeszielsteuerungsvertrages 2013-2016 darstellt und als Ziel die Errichtung von insgesamt 75 Primärversorgungseinheiten bis zum Jahre 2021 vorsieht.

Eine verstärkte Verbindung zu den „Gesundheitszielen Österreich“ ist eine der Weiterentwicklungen des Zielsteuerungsvertrages 2017-2021.

Weiters wurde ein Zeitplan, beziehungsweise ein Maßnahmenkatalog für jede erforderliche Maßnahme auf Bundesebene und auch auf Landesebene erstellt, in welchem sowohl die Zielwerte als auch die Messgrößen definiert wurden.

Weiters gibt es das Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 - GRUG 2017 (GRUG 2017, 2017) welches mit 3.8.2017 in Kraft trat und im Artikel 1, dem Primärversorgungsgesetz (PrimVG), auch die zukünftige Kooperation mit öffentlichen Apotheken als Weiterentwicklung einer starken Primärversorgung beschreibt.

Ebenso enthält das Regierungsprogramm 2017-2022 (Bundeskanzleramt, 2017) die Planung einer besseren Koordinierung des gesamten österreichischen Gesundheitssystems, die Entlastung der Spitalsambulanzen und der stationären Rehabilitationskliniken.

Durch eine starke und gut funktionierende Primärversorgung, welche die Schaffung von Primärversorgungseinheiten, den Ausbau von Telemedizin und e-Health und den Ausbau der ambulanten Rehabilitation beinhaltet, soll die Qualität einer individuellen Erstversorgung, sowie einer maßgeschneiderten Gesundheitsförderung gestärkt werden.

Auch im Regierungsprogramm 2017-2022 ist die zukünftige Kooperation mit öffentlichen Apotheken verankert.

Anhand der durchgeführten Literaturrecherche überwiegen die Vorteile von Primärversorgungseinheiten sowohl aus Patientensicht, wie zum Beispiel durch die bessere Erreichbarkeit und die langen Öffnungszeiten, als auch aus der Sicht der Stakeholder was zum Beispiel durch die Schaffung einer besseren Work-Life-Balance und die damit entstehenden besseren Arbeitsbedingungen ermöglicht wird.

Die von mir beschriebenen Nachteile wurden zum Teil schon während des Schreibens der Bachelorarbeit bearbeitet und widerlegt.

Fragen rund um die Finanzierung und die Finanzierbarkeit von Primärversorgungseinheiten sollten jedenfalls nicht außer Acht gelassen werden, da diese als wichtiger wirtschaftlicher Faktor auch für das Gelingen beziehungsweise das Misslingen dieser neuen Versorgungsstruktur mitentscheiden werden und mitentscheidend sind.

Wie es in der gelebten Realität aussieht, möchte ich in meiner Bachelorarbeit 2, durch die Durchführung von Interviews mit Patienten und Patientinnen, Ärzten und Ärztinnen und anderen Gesundheitsberufen, als empirische Forschung hinterfragen, analysieren und qualitativ auswerten.

9 Literaturverzeichnis

Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 - ÄAO 2015 (2015). *Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich*. Online:

http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2015_II_147/BGBLA_2015_II_147.pdf

Abruf am 23.11.2017

Biach, A. (2017, Oktober 5). Alles andere war primär. *Ärzte Woche*, 31. Jahrgang, 40

Blaauw, J. (2016, September 16). *Primary Care in the Netherlands - Exit the Lonely Doctor*.

Online:

<http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.633324&version=1473840412>

Abruf am 10.11.2017

BMGF (2013). *Die Gesundheitsreform 2013*. Online:

https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Die_Gesundheitsreform_2013

Abruf am 9.8.2017

BMGF (2014, Juni 30). *Das Team rund um den Hausarzt*. Online:

<https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH1443/CMS1404305722379/primaerversorgung.pdf>

Abruf am 10.5.2017

BMGF (2017). *Mehr Gesundheit durch gestärkte Primärversorgung*. Online:

<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/mehrgesundheit/gesundheitspolitik>

Abruf am 9.10.2017

Bundeskanzleramt (2017) Regierungsprogramm 2017-2022. 112ff. Online:

https://www.bundeskanzleramt.gv.at/documents/131008/569203/Regierungsprogramm_2017-2022.pdf/b2fe3f65-5a04-47b6-913d-2fe512ff4ce6

Abruf am 10.1.2018

Bundeszielsteuerungsvertrag (2013). *Bundeszielsteuerungsvertrag – Vertrag Gesundheit*.

Online:

https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/6/0/5/CH1443/CMS1371563907633/b-zv_urschrift.pdf

Abruf am 9.8.2017

Bundeszielsteuerungsvertrag (2017). *Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021*. Online:

https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/8/6/CH1443/CMS1501063225561/zielsteuerungsvertrag_auf_bundesebene_2017-2021.pdf

Abruf am 26.12.2017

Desanti, S. (2017, Mai 11). Ärzte werken Tür an Tür. *Ärzte. Woche*, 31. Jahrgang, 32

European Observatory on Health Systems and Policies (2017). *Health Systems in Transition (HiT) profile of Netherlands*. Online:

<http://www.hspm.org/countries/netherlands25062012/livinghit.aspx?Section=6.1%20Analysis%20of%20recent%20reforms&Type=Section#37DutchGPsspendmoretimeonelderlypatients>

Abruf am 15.11.2017

EWG (2017). *Sozialversicherung - Ambulante ärztliche Versorgung - Neue Primärversorgung*. Online:

<http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.641511&version=1495446828>

Abruf 11.6.2017

Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 - GRUG 2017 (2017). *Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich*. Online:

http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2017_I_131/BGBLA_2017_I_131.pdf

Abruf am 13.11.2017

Gönenc, R., Hofmarcher, M., & Wörgötter, A. (2011). *Reforming Austria's Highly Regarded but Costly Health System*. 34. Online:

<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5kg51mbntk7j-en.pdf?expires=1515392407&id=id&accname=guest&checksum=3BBC8D576C5FCAAC558263B7B4581560>

Abruf am 8.1.2018

Greenhalgh, T. (2007). *Primary Health Care – Theory and Practice*. 2ff. Online:
http://johnjhaddad.weebly.com/uploads/2/5/2/0/2520519/primary_health_care.pdf
Abruf am 7.1.2018

Hauptverband (2017a). *Erstes Primärversorgungszentrum in Oberösterreich eröffnet*. Online:
<http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.779782&viewmode=content>
Abruf am 23.10.2017

Hauptverband (2017b). *PHC Medizin Mariahilf*. Online:
<http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.759323&viewmode=content>
Abruf am 23.11.2017

Kringos, D. (2011). *The strength of primary care in Europe*. 145ff. Online:
<https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-Dionne-Kringos-The-strength-of-primary-care.pdf>
Abruf am 7.1.2018

Loenen, T. (2016). *Organization of primary care; Impact on avoidable secondary care*.
Online:
<http://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/159483/159483.pdf?sequence=1>
Abruf am 15.11.2017

Maun, A. (2017, Mai 24). Der Elchtest für Primärversorger. *Medical Tribune*, Nr. 21/2017, 49.
Jahrgang, 2

Mayrhofer, F. (2017, Mai). Erste Erfahrungen aus einem PHC-Zentrum, *Arzt Assistenz*,
02/2017, 17

Mühlgassner, A. (2017, Juni 10). Kritik von allen Seiten. *Österreichische Ärzte Zeitung, ÖAZ*
Nr. 11, 11

Österreichische Apothekerkammer (2015). *Die Rolle der Österreichischen Apothekerschaft in der Primärversorgung: Heute und Morgen* Online:

<http://www.apotheker.or.at/Internet/OEAK/O/ONewsPresse.nsf/webPages/AB5D35047101897FC1257E760046ABE5?OpenDocument>

Abruf am 14.8.2017

Petric, V. (2016). *Primary health care in SLOVENIA*. Online:

<http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.633329&version=1473840415>

Abruf am 30.10.2017

Radner, A, (o.J.). *Kurzgutachten zur rechtlichen Positionsbestimmung von PHC's*. Online:

http://www.hausaerzteverband.at/down/Kurzgutachten%20PHC_anlagen.pdf

Abruf am 22.10.2017

Reisner, C. (2017, Oktober). Von der Einzelordination zum Zentralklinikum. *CONSILIUM*, Nr. 10/17, 5

Rendi-Wagner, P. (2017a, September). *Rückblick Forum Spital 2017 - Mit Zusammenhalt zum verbesserten Gesundheitssystem*. Online:

<https://www.imh.at/veranstaltungen/rueckblick/rueckblick-forum-spital-2017/>

Abruf am 23.10.2017

Rendi-Wagner, P. (2017b, September 22). *Primärversorgungszentren – Vorteile für PatientInnen und ÄrztInnen*. Online:

https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20170922_OTS0062/primaerversorgungszentren-vorteile-fuer-patientinnen-und-aerztinnen-bild

Abruf am 23.10.2017

Schuh, S. (2016). Primärversorgung. *Einführung in das Gesundheits- und Sozialwesen*.

Wiener Neustadt: Verlag FFH Gesellschaft zur Erhaltung und Durchführung von Fachhochschulstudiengängen m.b.H, 61-62

Thelusius, H. (2016). *Vienna Healthcare Lectures 2016*. Online:

<http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.639913&version=1491554248>

Abruf am 8.12.2017

Wechselberger, A. (2017a, Mai 10). Ambulante Patientenversorgung. *Österreichische Ärztezeitung*. ÖAZ Nr. 9, 3

Wechselberger, A. (2017b, Juni). *Gesetz rund um Primärversorgung nicht über den Zaun brechen*. Online:

https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20170614_OTS0089/wechselberger-gesetz-rund-um-primarversorgung-nicht-ueber-den-zaun-brechen-2

Abruf am 20.10.2017

Wendler, M. (2015, April 15). *Gesundheitsreform - Primary Health Care oder Fließbandmedizin?*. Online:

<https://jamoe.at/artikel/gesundheitsreform-primary-health-care-oder-fließbandmedizin>

Abruf am 20.10.2017

Wudy, M. (2017, Oktober). *The Times They Are A-Changing*. *CONSILIUM* 10/2017, 10-14

10 Onlinequellen

https://www.diehausaezte.at/images/Hausaezte/Vorsorge/Rueckenschule_Sept.pdf

Abruf am 22.11.2017

<https://www.diehausaezte.at/team>

Abruf am 22.11.2017

<http://www.medicusmundi.ch/de/bulletin/mms-bulletin/primary-health-care-und-die-schweiz/themen/die-erklaerung-von-alma-ata-und-ihre-umsetzung-in-der-schweiz>

Abruf am 19.10.2017

<http://www.medizinmariahilf.at/medizin-mariahilf/lehrpraxis/>

Abruf am 22.11.2017

<http://www.medizinmariahilf.at/team/>

Abruf am 22.11.2017

<http://www.phc-donaustadt.at/>

Abruf am 22.11.2017

<https://primaerversorgung.org/>

Abruf laufend

<https://primaerversorgung.org/2017/06/09/die-musterschueler-primaerversorgung-in-den-niederlanden-portugal-und-dem-vereinigten-koenigreich/>

Abruf am 12.12.2017

<https://primaerversorgung.org/standort/die-ennser-hausaezte-gmbh/>

Abruf am 22.11.2017

<https://primaerversorgung.org/standort/medizin-mariahilf/>

Abruf am 22.11.2017

<https://primaerversorgung.org/standort/primaerversorgungszentrum-smz-ost/>

Abruf am 22.11.2017

<https://primaerversorgung.org/standort/pvz-marchtrenk/>

Abruf am 22.11.2017

<https://primaerversorgung.org/versorgungskarte/>

Abruf am 7.9.2017

<https://www.pvz-marchtrenk.at/bereitschaft>

Abruf am 22.11.2017

<https://www.pvz-marchtrenk.at/team>

Abruf am 22.11.2017

<https://www.pvz-marchtrenk.at/vorsorge>

Abruf am 22.11.2017

<http://www.who.int/about/en/>

Abruf am 19.10.2017

http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/

Abruf am 7.1.2018

11 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 6 Structure of primary care

(<https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-Dionne-Kringos-The-strength-of-primary-care.pdf>)

Abbildung 2 Primärversorgung – Österreichisches Forum

<https://primaerversorgung.org/>

Abbildung 3 European forum for primary care

<http://www.euprimarycare.org/>

Abbildung 4 International Federation of Community Health Centres

<http://www.ifchc.org/>

Abbildung 5 Das Team rund um den Hausarzt

<https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH1443/CMS1404305722379/primaerversorgung.pdf>

Abbildung 6 Versorgungspyramide

https://cms.arztnoe.at/cms/dokumente/1023447_241731/78e1b7af/consilium-akutell-1017-low.pdf

Abbildung 7 Versorgungskarte der Primärversorgungszentren

<https://primaerversorgung.org/versorgungskarte/>

Abbildung 8 Medizin Mariahilf

<http://www.medizinmariahilf.at/>

Abbildung 9 Primärversorgungszentrum Enns

<https://www.diehausaerzte.at/>

Abbildung 10 Primärversorgung Donaustadt

<http://www.phc-donaustadt.at/>

Abbildung 11 PVZ Marchtrenk

<https://www.pvz-marchtrenk.at/>

Abbildung 12 Bundesministerin für Gesundheit und Frauen Dr. Rendi-Wagner

<https://www.imh.at/veranstaltungen/rueckblick/rueckblick-forum-spital-2017/>