

Projektbericht
Research Report

Leistungserbringung in der Primärversorgung

Thomas Czypionka
Markus Kraus
Frank Kronemann



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES
Vienna

Projektbericht
Research Report

Leistungserbringung in der Primärversorgung

Thomas Czypionka
Markus Kraus
Frank Kronemann

Endbericht

**Studie im Auftrag von Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger**

November 2014

Institut für Höhere Studien (IHS), Wien
Institute for Advanced Studies, Vienna

Kontakt:

Dr. Thomas Cypionka

☎: +43/1/599 91-127

E-mail: thomas.cypionka@ihs.ac.at

Bemerkungen

Zum Zwecke der besseren Lesbarkeit werden Personenbezeichnungen in der männlichen Form gebraucht, auch wenn sie sich auf Männer und Frauen gleichermaßen beziehen.

Inhalt

1. Einleitung	1
2. Vorgangsweise	3
3. Länderbeispiele	4
3.1. Belgien	4
3.1.1. Angeschriebene Kontakte	4
3.1.2. Leistungsspektrum	5
3.2. Dänemark.....	10
3.2.1. Angeschriebene Kontakte	10
3.2.2. Leistungsspektrum	10
3.3. Deutschland	11
3.3.1. Leistungsspektrum	11
3.3.2. Hausarztzentrierte Versorgung	16
3.4. England	17
3.4.1. Angeschriebene Kontakte	17
3.4.2. Leistungsspektrum	18
3.5. Niederlande.....	20
3.5.1. Angeschriebene Kontakte	21
3.5.2. Leistungsspektrum	21
3.5.3. Evidenz zum Überweisungsverhalten	24
3.6. Schweden	25
3.6.1. Angeschriebene Kontakte	26
3.6.2. Leistungsspektrum	26
4. Fokusgruppe	28
4.1. Internationale Expertise	28
4.2. Themenbereiche	30
4.2.1. Grundlegende Struktur eines Primärversorgungszentrums	30
4.2.2. Ausstattung eines Primärversorgungszentrums	33
4.2.3. Versorgung durch PVZ an Tagesrandzeiten und am Wochenende.....	34
4.2.4. Prävention und Gesundheitsförderung	37
4.2.5. Kontinuierliche medizinische Versorgung	40
4.2.6. Behandlungsspektrum.....	42
4.2.7. Dokumentation	54
4.2.8. Weitere Bereiche in Bezug auf die Qualitätssicherung des vom HVB definierten Versorgungsauftrages	57
5. Literaturverzeichnis	64

6. Anhang	66
6.1. Arztgruppenübergreifende und Implizite Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (Deutschland)	66
6.2. Interviewleitfaden der Fokusgruppe	81

Tabellen

Tabelle 1: Angeschriebene Kontakte - Belgien	4
Tabelle 2: Exemplarische Leistungen der belgischen Nomenclature	7
Tabelle 3: Angeschriebene Kontakte - Dänemark.....	10
Tabelle 4: Exemplarische Auflistung Arztgruppenspezifischer GOP (Hausärztlicher Bereich)	14
Tabelle 5: Angeschriebene Kontakte - England	17
Tabelle 6: Vertragliche Grundleistungen im Standard GMS Contract (Auszug)	19
Tabelle 7: Vertragliche Zusatzleistungen im Standard GMS Contract (Auszug)	19
Tabelle 8: Angeschriebene Kontakte - Niederlande	21
Tabelle 9: Angeschriebene Kontakte - Schweden	26
Tabelle 10: Leistungsspektrum in der Grundversorgung	45
Tabelle 11: Leistungsspektrum Versorgung von chronisch kranken, multimorbiden und geriatriischen Patienten	47
Tabelle 12: Übergreifende Aufgaben.....	59
Tabelle 13: Systeme zur Stärkung der Primärversorgung in England	60
Tabelle 14: Exemplarische Auflistung Arztgruppenübergreifender allgemeiner GOP des EBM	66
Tabelle 15: Exemplarische Auflistung der Arztgruppenübergreifenden speziellen GOP	68
Tabelle 16: Auflistung impliziter Leistungen nach EBM-Hausarzt (gekürzt)	69

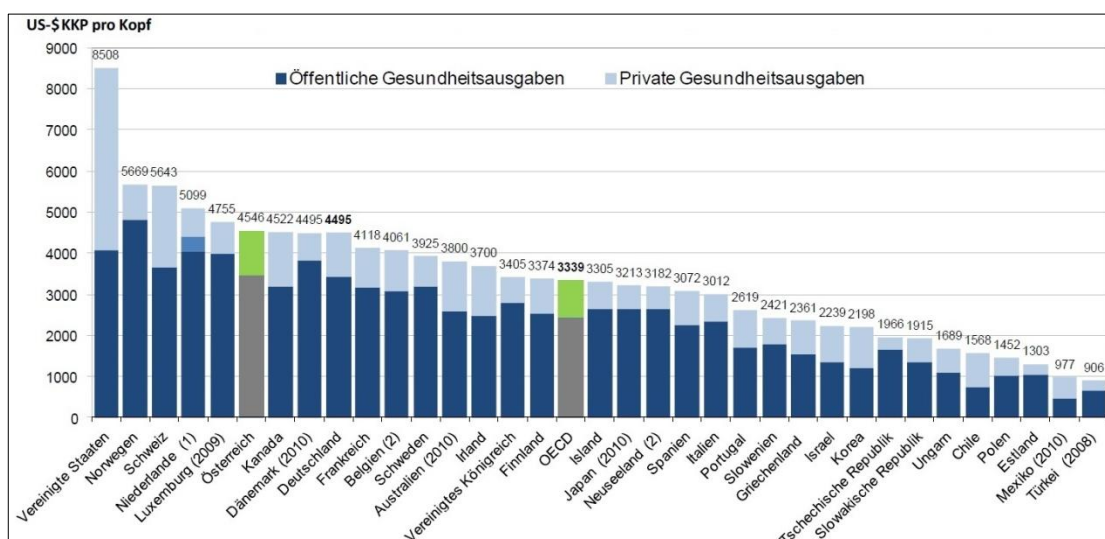
Abbildungen

Abbildung 1: Pro-Kopf Gesundheitsausgaben, öffentlicher und privater Sektor, OECD Länder 2011.....	1
Abbildung 2: Leistungsunterteilung nach EBM	12

1. Einleitung

Die Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem österreichischen Gesundheitswesen wird allgemein als hoch eingeschätzt; im europäischen Vergleich verbraucht das österreichische System jedoch ein überdurchschnittlich hohes Maß an Ressourcen (siehe Abbildung 1). Um diesen Umstand entgegenzuwirken und gleichzeitig die Bevölkerungsgesundheit zu verbessern, soll eine Stärkung des Primärversorgungsbereiches erfolgen. Dieser Bereich schneidet in Österreich aus europäischer Sicht schwach ab und birgt daher die größten Verbesserungspotentiale (Stigler et al. 2013). Die Idee und die Struktur des Primärversorgungskonzepts werden in diesem Bericht nicht dargestellt sondern als bekannt vorausgesetzt, sie folgt zielgemäß den Beschreibungen des Papiers der Arbeitsgruppe in der Gesundheitsreform. Eine umfassende Beschreibung des Primärversorgungskonzepts an sich ist in Czypionka und Ulinski (2014) zu finden.

Abbildung 1: Pro-Kopf Gesundheitsausgaben, öffentlicher und privater Sektor, OECD Länder 2011



Anmerkung: (1) Niederlande: es kann nicht zwischen öffentlichen und privaten Ausgaben unterschieden werden, (2) Belgien, Neuseeland: ohne Kapitalaufwendungen.

Quelle: OECD Health Data 2013, Juni 2013.

Zwar besteht ein guter Zugang zur Primärversorgung, jedoch bestehen wegen geringer zentraler Steuerung einerseits Strukturprobleme und andererseits Probleme in der Anreizstruktur von Hausärzten. Um letzteren entgegenzuwirken gibt es Bestrebungen, zum Beispiel Änderungen im Vergütungssystem, die den Beruf des Allgemeinmediziners attraktiver machen sollen. Eine Beschreibung und Empfehlung unterschiedlicher Vergütungssysteme in der Primärversorgung findet sich in Czypionka et al. (2014). Um Strukturproblemen entgegenzuwirken versucht die vorliegende Studie herauszufinden welche Methodik andere europäische Länder gewählt haben, um Versorgungsaufträge in der

Primärversorgung zu definieren. Ziel ist es herauszufinden, wie breit der Primärversorgungsbereich international aufgestellt ist und welche exakten Leistungen bzw. Arten von Behandlungen dort durchgeführt werden.

2. Vorgangsweise

Die Recherche fand im Rahmen dieses Projektes in einem zweistufigen Prozess statt:

- In der **ersten Stufe** wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Ziel war es exakte Leistungen in der Primärversorgung auszumachen. Um detaillierte Informationen und *best-practice* Beispiele zu Leistungsmechanismen zu eruieren, wurden verschiedene Datenbanken nach Artikel aus wissenschaftlichen Journalen sowie das Internet nach Berichte von wissenschaftlichen Instituten und Pressemitteilungen durchsucht und eine Reihe von Gesetztestexten sowie eine Vielzahl von Internetseiten zu Primärversorgung/zu Primärversorgungseinheiten gesichtet.

Die verwendeten Datenbanken waren neben dem konventionellen österreichischen Bibliothekenverbund vorwiegend Datenbanken internationaler Journals, wie z. B.:

- Pubmed
- Jstor
- SciVerse
- ScienceDirect

Die oben beschriebene Literaturrecherche reichte zur Beantwortung der spezifischen Fragestellung dieses Projektes nicht aus. Es konnten zwar basale Informationen zu Leistungsarten in der Primärversorgung gewonnen werden, detaillierte Informationen ließen sich jedoch nicht ableiten.

- In der **zweiten Stufe** wurden deshalb
 - Experten zur Primärversorgung an Universitäten, wissenschaftlichen Forschungsinstituten, Ministerien,
 - Ansprechpartner in der Primärversorgung sowie
 - sich für das Gesundheitssystem verantwortlich zeigende Behörden in Bundesländern, Provinzen und Landkreisen

in folgenden Ländern befragt: Belgien, Dänemark, England, die Niederlande, Schweden.

3. Länderbeispiele

3.1. Belgien

3.1.1. Angeschriebene Kontakte

Die in Tabelle 1 aufgelisteten Personen und Institutionen wurden kontaktiert um ein genaueres Bild über das Leistungsspektrum der belgischen Primärversorgung zu erhalten.

Tabelle 1: Angeschriebene Kontakte - Belgien

Name	Institution	A	Kontakt
Wim Vanden Berghe	Vereniging van Wijkgezondheidscentra (Belgische Vereinigung von Gesundheitszentren)	X	wim.vandenberghe@vwgc.be
Sophie Gerkens	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)	X	sophie.gerkens@kce.fgov.be
Christian Leonard	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)		christian.leonard@kce.fgov.be
Nathalie Swartenbroekx	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)		nathalie.swartenbroekx@kce.fgov.be
Pascal Meeus	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV, Nationale Gesundheits- und Krankenversicherung)	X	pascal.meeus@inami.fgov.be
	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV, Nationale Gesundheits- und Krankenversicherung)		nomen@riziv.fgov.be
Ronny West	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV, Nationale Gesundheits- und Krankenversicherung)	X	ronny.west@riziv.fgov.be
Mickael Daubie	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV, Nationale Gesundheits- und Krankenversicherung)		mickael.daubie@inami.fgov.be
Dirk Van Damme	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV, Nationale Gesundheits- und Krankenversicherung)		dirk.vandamme@riziv.fgov.be
	Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (Abteilung Pflege und Gesundheit, Teil des flämischen Gesundheits- und Familienministeriums)		info@zorg-en-gezondheid.be
Jan de Maeseneer	Fakultät für Allgemeinmedizin und Primärversorgung – Universität Ghent		jan.demaeseneer@ugent.be

Anmerkung: A, Antwort; X, Antwort erhalten; (X), Antwort wurde versprochen, ist zum Zeitpunkt der Berichterstattung aber noch nicht eingetroffen.

3.1.2. Leistungsspektrum

Die Primärversorgung in Belgien findet Großteils durch selbstständig tätige Allgemeinmediziner statt. In Belgien muss jeder (Haus-)Arzt vom *Federale Overheidsdienst*¹ anerkannt sein und mit einer RIZIV-Nummer im belgischen Ärztereister eingeschrieben sein, um praktizieren zu können. Da in Belgien kein *gatekeeper*-System besteht, können Patienten frei wählen, welchen Arzt sie aufsuchen. Damit haben Fachärzte (vor allem Augen-, Frauen- und Hautärzte) oft die Erstkontakt-Rolle inne. Der Großteil der Hausärzte arbeitet in privaten Praxen (nur rund ein Viertel in Gruppenpraxen, Tendenz steigend) und ein anderer Teil in medizinischen Institutionen (hauptsächlich Krankenhäuser, aber auch Gesundheitszentren). Die meisten Gruppenpraxen bestehen aus einem multidisziplinären Team welche mehrere Allgemeinmediziner, und zusätzlich Krankenpflegepersonal, Physio- und Psychotherapeuten vereinigen (Gerkens und Merkur 2010). Das Krankenpflegepersonal übernimmt gerade bei Primärversorgungsleistungen für chronisch erkrankte Personen eine tragende Rolle. Physiotherapeuten sind ebenso ein wichtiger Pfeiler der belgischen Primärversorgung. Nach Schätzungen des belgischen Instituts für Physiotherapie handelt es sich bei rund 80% aller durchgeführten Leistungen um Primärversorgungsleistungen (Axxon 2009, in Gerkens und Merkur 2010).

Bezüglich erlaubter Leistungen und Behandlungen ist der Allgemeinmediziner berechtigt „Heilkunde/Medizin“ ohne Einschränkung durchzuführen, bis auf die gesetzliche Restriktion Artikel 35 des *Kodex für medizinische Ethik*: „Außer in Fällen höherer Gewalt darf der Arzt nicht unter Umständen praktizieren welche medizinische Leistungen und deren Qualität gefährden können. Der Arzt darf seine Kompetenz und sein Können nicht maßgeblich überschätzen und sollte den Rat von Kollegen, speziell von Fachärzten, wann auch immer es nötig oder nützlich im Rahmen des diagnostischen oder therapeutischen Kontext erscheint, folgen.“ Generell darf ein Arzt also alles in seiner Macht stehende tun um dem Patienten zu helfen.

Jedoch existiert in Belgien die *Nomenclature*², ein codierter Katalog mit medizinischen Leistungen, welche (ganz oder teilweise) von der gesetzlichen Krankenkasse rückvergütet werden. In diesen Katalog ist vermerkt, welche Leistungen nur von Fachärzten erbracht werden dürfen. Sämtliche anderen Leistungen und gesondert markierte Facharztleistungen können von Allgemeinmedizineren erbracht werden. Ein eigener Leistungskatalog für

¹ Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (Föderaler öffentlicher Dienst Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt) <http://www.health.belgium.be>

² Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen: <http://www.riziv.fgov.be/care/nl/nomenclature/> [Abgerufen am 09.06.2014]

Hinweis: Da dieses Dokument ausschließlich in Flämisch/Französisch verfügbar ist, wurde es unter Zuhilfenahme von „google translate“ übersetzt. Hierdurch entstandene Übersetzungsfehler liegen daher außerhalb unseres Einflussbereiches. Zudem kann für die Vollständigkeit der Auflistung des Leistungsspektrums keine Garantie übernommen werden.

Allgemeinmediziner existiert nicht. Die einzige Einschränkung ist die oben genannte ethische Restriktion.

Ein Auszug der medizinischen Dienstleistungen, welche in der *Nomenclature* gelistet sind und von Allgemeinmedizinern erbracht werden können, findet sich in Tabelle 2. Zu erwähnen ist aber, dass Ärzte in Belgien für ihr medizinisches Handeln verantwortlich sind und deshalb jeder Arzt beruflich versichert ist. In dieser Versicherung ist normalerweise geregelt für welche Dienstleistungen ein Arzt autorisiert ist oder nicht. (Gerkens 2014, West 2014)

Es kann davon ausgegangen werden, dass in belgischen Gesundheitszentren ein ähnliches Leistungsspektrum umgesetzt wird. Auf Anfrage bei der *Belgischen Vereinigung von Gesundheitszentren* wurde mitgeteilt, dass eine Rücksprache mit den Allgemeinmedizinern erfolgen werde, da keine Dokumente existieren, welche die Frage des Leistungsspektrums beantworten können. Zum Zeitpunkt der Zwischenberichterstattung wurden jedoch noch keine Informationen zur Verfügung gestellt.

Boerma et al. (2013) skizziert das Leistungsspektrum der belgischen Primärversorgung durch die niedergelassenen Allgemeinmediziner sowie die Gesundheitszentren wie folgt:

- Breites Spektrum an reaktiver medizinischer Versorgung (z.B. physisch, mental, sozial)
- Diagnostische Leistungen (z.B. vom Allgemeinmediziner veranlasste Röntgen- und Laboruntersuchungen)
- Leistungen im Bereich der Langzeitpflege
- Umfassende Betreuung in der häuslichen Umgebung inkl. Palliativpflege
- Präventions- und Screeningleistungen: Call-Recall Programme
- Gemeindeorientierte primäre Gesundheitsversorgung

Tabelle 2: Exemplarische Leistungen der belgischen Nomenclature

Code	Dienstleistung
109012	Beratung (Vorbereitung, An- und Abmeldung, Ausstellung von Zertifikaten oder Krankschreibungen)
102454	Zuschlag für eine Beratung an Sonn- und Feiertagen
102771	Management der globalen medizinischen Datei (GMD) (Umfasst Geschichte, sozio- und Verwaltungsdaten eines Patienten, Berichte von Fachärzten und anderen Gesundheitsdienstleister, etc.)
102395	Beratung: Prävention
102852	Beratung: Diabetes
109723	Arztbesuch im Krankenhaus
109045	Arztbesuch in einer psychiatrischen Klinik
421993	Injektion
1017 424034 424045	Überwachung des Fötus (Herzfrequenz, Intensität der Frequenz der Kontraktionen, Protokoll der Werte)
1010 424130 424141	Schließen des Dammes (in Abstimmung mit der Hebamme)
1011 424152 424163	Lösen der Plazenta (in Abstimmung mit der Hebamme)
1301 350033 350044	Larynxintubation
472054 472065	Inzision hämorrhoidaler Thrombose
472150 472161	Unterbindung von Hämorrhoiden
472511 472522	Rektoskopie
473476 473480	Koagulation mit Infrarotstrahlen, Photokoagulation oder Kryotherapie von Hämorrhoiden
1320 353172 353 183	Tracheotomie/Luftröhrenschnitt
1321 353194 353205	Kryotherapie durch Haut- oder Schleimhautläsionen
1323 353231 353242	Beseitigen aller Art von oberflächlichen Tumoren der Haut oder Schleimhäute oder alle anderen direkt zugänglichen nicht-traumatischen Verletzungen durch irgendeinen Prozess (Chirurgische Behandlung, Kauterisation)
350416 350420	Teilnahme an einer interdisziplinären onkologischen Beratung

350232	Erläuterung der Diagnose und Vorschlag zur weiteren Behandlung bzw. Follow-Up nach einer onkologischen Beratung
355316 355320	Hydrozele/Wasserbruch Punktion
355375 355386	Blasenpunktion
355434 355445	Punktion bei Aszites oder Rippenfellentzündung
355471 355482	Punktion bei Herzbeutelentzündung (einschließlich Injektionen und Spülungen) unter Ultraschall- oder Durchleuchtungskontrolle
355493 355504	Therapeutische oder explorative Lumbalpunktion
355530 355541	Arterienpunktion für Injektionen, Insertion eines Katheters, etc.
355692 355703	Punktion von hämatopoetischen Organen (ausgenommen Leber und Milz)
248334 248345	Prüfung der Sehschärfe, Untersuchung des vorderen und hinteren Augenabschnittes (Biomikroskopie), optische Kohärenztomographie
262452 262463	Ersetzen eines suprapubischen Katheter
55824 2810 255813	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Nase
470271	Medizinische Betreuung von poly-transfunden Patienten oder stark immungeschwächten Patienten (im Falle von: Transplantation von Organen, hämatologischen Störungen, Chemotherapie, AIDS, Frühgeburt,...)
4118 471391 471402	Spiroergometrie zur Bestimmung der Funktionsfähigkeit des Herzens, Lungenfunktionstest, physiologische Lungenpathologie zur Bestimmung der Restarbeitsfähigkeit in Hinblick auf eine Lungen-Operation oder Rehabilitationsbehandlung
280011 280022	Entfernen von perkutaner Ausrüstung
288050 288061	Drainage und Entfernen eines Panaritium am Finger
295050 295061	Behandlung von Frakturen an einer oder mehrerer Rippen
295072 295083	Behandlung einer Fraktur am Sternum ohne Neupositionierung
296015 296026 bis 298130 298141	Neupositionierung einer Luxation der Schulter, eines Fingers oder mehrerer Finger der gleichen Hand, eines Zehs oder mehrerer Zehen des gleichen Fußes
296133 296144	Behandlung einer schmerzhaften Pronation
296155 296166	Neupositionierung der wiederkehrenden Schulterluxation ohne Vollnarkose

296612 296623	Behandlung mit oder ohne Neupositionierung: Fraktur des Schlüsselbeins
296634 296645	Behandlung mit oder ohne Neupositionierung: Fraktur des Schulterblattes
296671 296682	Behandlung mit oder ohne Neupositionierung: Fraktur der Handwurzel
296656 296660	Behandlung mit oder ohne Neupositionierung: Fraktur des Processus coracoideus
296693 296704	Behandlung mit oder ohne Neupositionierung: Dislokation des Sternoklavikular oder Acromion
296811 296822	Behandlung ohne Neupositionierung: Frakturen des Oberarmkopfes oder des Nackens
296870 29688	Behandlung ohne Neupositionierung: Frakturen des Olecranon
297113 297124 bis 299191 299202	Gipsbehandlung eines oder mehrerer Finger, des Handgelenkes oder der Hand, des Unterarmes, von Oberschenkel bis Fuß/Knöchel, Rist und Fuß
298616 298620	Behandlung mit oder ohne Neupositionierung: Bruch des Wadenbeins oder der Diaphyse
298631 298642	Behandlung mit oder ohne Neupositionierung: Bruch eines oder mehrerer Zehen desselben Fußes

Quelle: IHS HealthEcon 2014, nach *Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen* (Stand Mai 2014).

3.2. Dänemark

3.2.1. Angeschriebene Kontakte

In Dänemark wurden die in Tabelle 3 angeführten Institutionen angeschrieben.

Tabelle 3: Angeschriebene Kontakte - Dänemark

Name	Institution	A	Kontakt
Maria Olejaz Tellerup	Fakultät für Gesundheit – Universität Kopenhagen	(X)	maole@sund.ku.dk
	Sundhed (Dänisches Gesundheitsportal)		info@sundhed.dk
	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (Dänisches Gesundheitsministerium)		sum@sum.dk
Ole Thomsen	Region Midtjylland (Mittel-Jütland)		ole.thomsen@stab.rm.dk
	Region Nordjylland (Nord-Jütland)		region@rn.dk

Anmerkung: A, Antwort; X, Antwort erhalten; (X), Antwort wurde versprochen, aber zum Zeitpunkt der Berichterstattung noch nicht eingetroffen.

3.2.2. Leistungsspektrum

Allgemeinmediziner/Hausärzte spielen eine wichtige Rolle im dänischen Primärversorgungssystem. Sie fungieren als erste Anlaufstelle für den Patienten und agieren als *gatekeeper* zu Fachärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten und anderen Gesundheitsdienstleistern. Der Großteil der Bevölkerung ist über lange Zeit bei einem festen Allgemeinmediziner eingeschrieben, welcher für den Erstkontakt und damit für nicht-akute Gesundheitsprobleme aus sämtlichen Fachgebieten zuständig ist.

Prof. Tellerup von der Universität Kopenhagen gab zur Zwischenberichtlegung Auskunft, dass ein Kollege von der Fakultät für Gesundheit passendes Material für den vorliegenden Teil dieses Berichtes zusammenstellen und übermitteln wird. Laut letztem Kontakt vom 22.07.2014 ist das Material in Arbeit und es wird, bei erfolgreicher Übermittlung, dem Endbericht nachgereicht.

3.3. Deutschland

Die Struktur des deutschen Gesundheitssystems ist durch die folgenden drei Akteursgruppen bestimmt: Krankenkassen, Leistungserbringer und Patienten. Die Zuständigkeiten werden unter den jeweiligen Gebietskörperschaften (Bundes-, Landes-, und Kommunale Ebene) aufgegliedert. Sie nehmen in hohem Maße übergeordnete Steuerungs- und Aufsichtsfunktionen wahr und sind zudem für bestimmte Leistungs- bzw. Finanzierungsfunktionen zuständig. Die Zuständigkeit für bundespolitische Fragen übernimmt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), wobei verschiedene (Forschungs-)Institute dem BMG unterstellt sind und in dessen Auftrag agieren. Auf Landesebene sind die wichtigsten Institutionen die Minister und Senatoren, denen das Gesundheits- bzw. das Sozialressort zugeordnet sind. Neben anderen Tätigkeiten üben sie die Aufsicht über die Vergütungsvereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen aus, die auf Landesebene getroffen werden.

Seit 1999 haben Patienten freie Wahl von Ärzten, Psychotherapeuten, Zahnärzten, Apothekern und Notfallambulanzen. GKV-Versicherten ist es möglich andere Gesundheitsdienstleister direkt aufsuchen, allerdings meist nur gegen Selbstbezahlung, da die Kassen die Leistung nur übernehmen, wenn eine vertragsärztliche Überweisung erfolgt. Zudem sind gemäß Sozialgesetzbuch (§ 76 SGB V) GKV-Versicherte zwar aufgefordert einen Hausarzt zu wählen, allerdings wird die Befolgung dieser Regel nicht kontrolliert.

Von den rund 360.000 berufstätigen Ärzten in Deutschland arbeiten rund 60% oder 215.000 Ärzte im stationären und 40% oder 145.000 Ärzte³ im ambulanten Bereich, wobei im Letzteren selbstständige Ärzte den Großteil (rund 85%) bilden vor angestellten Ärzten (rund 15%). Im österreichischen Gesundheitssystem findet sich ein ähnliches Verhältnis von zu Ärzten die in Krankenanstalten tätig sind (23.500 oder rund 55%) zu niedergelassenen Ärzten (18.500 oder rund 45%). (BÄK 2013, Statistik Austria 2013)

3.3.1. Leistungsspektrum

In Deutschland ist das Leistungsspektrum indirekt durch den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)⁴ – dem Vergütungssystem der ärztlichen Versorgung – festgelegt. Beim EBM handelt es sich um ein Verzeichnis, welches die abrechnungsfähigen vertragsärztlichen Leistungen gegliedert in hausärztliche, fachärztliche und gemeinsam abrechnungsfähige Leistungen enthält. Im EBM wird der Wert einer definierte Leistung

³ Die übrigen 10% ergeben sich aus berufstätigen Ärzten in Behörden oder Körperschaften, bzw. sonstigen Bereichen

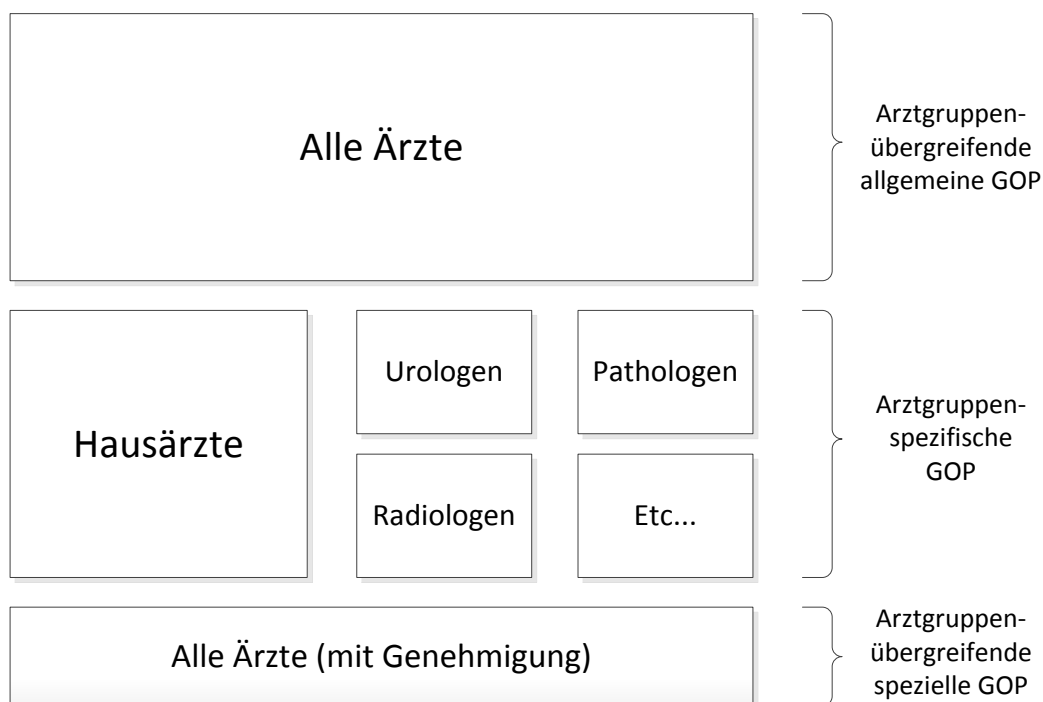
⁴ Online Version unter <http://applications.kbv.de/ebm/EBMGesamt.htm> erreichbar. [Abgerufen am 07.07.2014]

jeweils über eine bestimmte Anzahl von Punkten ausgedrückt. Der Euro-Preis pro Punkt wird jährlich neu in einem Bewertungsausschuss aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen und dem Bund der gesetzlichen Krankenkassen vereinbart. Als Orientierungswert wurde für das Jahr 2014 10,13 EUR pro Punkt festgelegt, wobei der tatsächliche Punktwert regional angepasst wird.

Der EBM umfasst fast alle medizinischen Leistungen, welche Ärzten (Hausärzten, Fachärzten) und Psychotherapeuten erlaubt sind, bei der gesetzlichen Krankenversicherung abzurechnen.

Im Rahmen des EBMs wird, wie in Abbildung 2 dargestellt, zwischen folgenden Gebührenordnungspositionen (GOP) unterschieden:

Abbildung 2: Leistungsunterteilung nach EBM



Quelle: IHS HealthEcon 2014, Einheitlicher Bewertungsmaßstab KBV (Stand III/2014)

Im EBM sind demnach alle Leistungen aufgelistet, die ein Hausarzt bzw. Allgemeinmediziner befugt ist durchzuführen und bei der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen darf. Exemplarisch sind in Tabelle 14 spezifische Leistungen, welche Hausärzte befugt sind abzurechnen, dargestellt.

Im Anhang finden sich ein Auszug der Leistungen welche alle Ärzte befugt sind abzurechnen (Tabelle 4) bzw eine Auflistung mit Leistungen von Ärzten mit spezieller Genehmigung (Tabelle 15). Der EBM regelt genau, welche Leistungen (obligate und fakultative) eine

bestimmte GOP beinhaltet. Ebenso ist geregelt, nach welchen Richtlinien ein bestimmtes Verfahren durchgeführt werden soll (z.B. soll der Vortest auf Gestationsdiabetes nach Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) durchgeführt werden). In einigen Fällen wird der Umfang von Leistungen einer GOP nicht speziell ausgeführt, solche Leistungen sind dann implizit gegeben und können auch nicht gesondert in Rechnung gestellt werden. Eine Liste dieser impliziten Leistungen ist in ebenfalls im Anhang zu finden (Tabelle 16).

Tabelle 4: Exemplarische Auflistung Arztgruppenspezifischer GOP (Hausärztlicher Bereich)

Kodierung	Leistung
03000	Versichertenpauschale: – Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt – Allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes – Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, insbesondere auch mit anderen behandelnden Ärzten, nichtärztlichen Hilfen und flankierenden Diensten – Einleitung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen – Erhebung von Behandlungsdaten und Befunden bei anderen Leistungserbringern und Übermittlung erforderlicher Behandlungsdaten und Befunde an andere Leistungserbringer, sofern eine schriftliche Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, vorliegt – Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten – Arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen – In Tabelle 16 aufgeführte Leistungen Vergütung abhängig vom Alter des Patienten: – bis zum vollendeten 4. Lebensjahr – ab Beginn des 5. Bis zum vollendeten 18. Lebensjahr – ab Beginn des 19. Bis zum vollendeten 54. Lebensjahr – ab Beginn des 55. Bis zum vollendeten 75. Lebensjahr
03010	Versichertenpauschale bei Überweisungen durch einen Vertragsarzt im Vertretungsfall
03230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung
03241	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer
03242	Testverfahren bei Demenzverdacht
03321	Belastungs-Elektrokardiographie (EKG)
03322	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer
03324	Langzeit-Blutdruckmessung
03330	Spirographische Untersuchung
03331	Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex
03335	Orientierende audiometrische Untersuchung nach vorausgegangener, dokumentierter, auffälliger Hörprüfung
03350	Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung
03351	Orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung
03360	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment
03362	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex
03370	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan

Quelle: IHS HealthEcon 2014; Kassenärztliche Bundesvereinigung 2014

Betrachtet man die umsatzstärksten Leistungen sticht die Versichertenpauschale der arztgruppenspezifischen GOP im hausärztlichen Bereich hervor⁵. Im Jahr 2012 war mit einem 8,6%-igen Anteil am Gesamtleistungsbedarf (über alle Ärzte) die *hausärztliche Versichertenpauschale für Patienten zwischen 6 und 59 Jahren* die am häufigsten abgerechnete GOP. Knapp dahinter mit 7,0% lag die *hausärztliche Versichertenpauschale für Patienten ab 60 Jahren* und auf Rang 3 mit 4,6%-igen Anteil am Gesamtleistungsbedarf der *Zuschlag zur hausärztlichen Versichertenpauschale für die Behandlung von Patienten mit schwerwiegender chronischer Krankheit*. Daraus folgt, dass mit drei Leistungen bereits rund 20% aller ärztlichen Leistungen im deutschen Gesundheitssystem, welche bei der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden können, vom Hausarzt übernommen werden und diese Leistungen demnach auch einen großen Teil der Vergütung des Hausarztes ausmachen. (GBE 2014)

Da erbrachte Leistung eng mit der möglichen Vergütung eines Arztes zusammenhängt, versucht die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mittels regelmäßiger Änderungen die Anzahl der erbrachten Leistungen zu erhöhen, indem punktsummenneutrale Verschiebungen innerhalb der möglichen GOPs durchgeführt werden. Zum Beispiel ist laut KBV-Vorstand die Chronikerpauschale, welche abgerechnet wird, wenn ein chronisch erkrankter Patient mehrmals im Quartal zum Arzt geht, unterbewertet. Gewünschte Änderungen werden allerdings immer auch mit den Kassen abgesprochen und eine Erhöhung dieser GOP von 15 EUR auf 17 EUR würde Kassen schätzungsweise zusätzliche 40 Mio EUR gekostet. Momentan finden Diskussionen zu diesem Thema statt. Ein weiteres aktuelles Thema welches zwischen KBV und Kassen verhandelt wird ist eine neue Bewertung von technischen Leistungen in der hausärztlichen Versorgung. Ziel ist es zu definieren, welche Geräte eine Hausarzt-Praxis benötigt und wie Leistungen bewertet sein müssen, damit die Geräte sich amortisieren. Geplant ist, dass letzteres Thema bis 1. Januar 2015 in den Hausarzt-EBM eingegliedert wird. (Ärzte Zeitung 2014)

Durch Änderungen des Punktesystems im Hausarzt-EBM kann es zu Umverteilungseffekten kommen. Es liegt am Bewertungsausschuss des KBV EBM-Änderungen entweder ausgabenneutral zu gestalten, oder mehr Geld für bestimmte förderungswürdige Leistungen wie zum Beispiel hausärztliche palliativ-medizinische und geriatrische Versorgung zur Verfügung zu stellen. Da der EBM mittlerweile umfangreich ist und quartalsmäßig Änderungen vorgenommen werden, gibt es auch Stimmen die dieses System kritisieren. Laut dem deutschen Hausärzteverband würden größere EBM-Änderungen Unsicherheiten bei den Ärzten verursachen und demnach Fehler von Praxisteams bei der Abrechnung entstehen. Diesem Umstand und der Komplexität des EBMs ist Rechnung zu tragen, dass mittlerweile externe Gesellschaften bestehen, welche als Abrechnungsexperten fungieren

⁵ Im Jahr 2012 war die Versichertenpauschale (hausärztlich) in drei Gruppen unterteilt: bis zum 6. Lebensjahr, 6. bis 59. Lebensjahr, ab 60. Lebensjahr. Im neusten EBM (Juli 2014) existiert eine Unterteilung in fünf Intervalle. Daten der umsatzstärksten Leistungen sind jedoch nur bis 2012 vorhanden.

und Ärzten in Fallbeispielen Ratschläge zur richtigen bzw. optimalen GOP Abrechnung verhelfen. (Ärzteblatt 2013)

3.3.2. Hausarztzentrierte Versorgung

Die gesetzlichen Kassen sollen ihren Versicherten Hausarztmodelle anbieten. Die Einführung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) verpflichtet die gesetzlichen Krankenkassen, ihren Versicherungsmitgliedern so genannte Hausarztmodelle anzubieten (§ 73b SGB V). Beteiligen sich Versicherte an einem solchen Modell, müssen sie bei gesundheitlichen Beschwerden immer zuerst den Hausarzt aufsuchen, der über die Behandlung entscheidet oder eine Überweisung zum Facharzt ausstellt. Die Versicherten sind mindestens ein Jahr lang an das Modell gebunden, im Gegenzug kann ihnen die Krankenkasse Anreize oder Vergünstigen geben und beispielsweise die Praxisgebühr erlassen (§ 65a SGB V). Um die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) sicherzustellen, schließen die gesetzlichen Kassen Verträge mit Hausärzten oder MVZs ab.

Gleich wie für die Versicherten ist auch für die Vertragsärzte und MVZs (beschränkt auf Allgemeinmediziner und hausärztliche Internisten) die Teilnahme an diesem Modell freiwillig. Die Vergütung der erbrachten Leistungen wird in Selektivverträgen der Krankenkassen außerhalb des EBM geregelt. Dabei finden sich individuelle Unterschiede je nach Region. Generell substituieren Leistungen in HzV-Verträgen Leistungen aus dem EBM mit einem höheren monetären Wert. Eine Auflistung von Leistungen aus Verträgen über die hausarztzentrierte Versorgung findet sich in Czypionka et al. 2014.

3.4. England

3.4.1. Angeschriebene Kontakte

Die in Tabelle 5 angeschriebenen Personen und Institute konnten nur bedingt Auskunft geben. Falls Informationen mitgeteilt wurden, waren diese nicht notwendigerweise so gehaltvoll, dass die Forschungsfrage nach genauen Leistungen im Primärversorgungsbereich beantwortet werden konnte.

Tabelle 5: Angeschriebene Kontakte - England

Name	Institution	A	Kontakt
	National Health Service England (NHS)		england.contactus@nhs.net
Debra Coulson	National Health Service England (NHS)	X	debracoulson@nhs.net
	British Medical Association (BMA)	X	info.public@bma.org.uk
	British Medical Association (BMA)		support@bma.org.uk
	Health and Social Care Information Center (HSCIC)	X	enquiries@hscic.gov.uk
	Department of Health (Government)		mb-pclists@dh.gsi.gov.uk
	Department of Health (Government)		http://www.info.doh.gov.uk/contactus.nsf/memo?openform
	NHS Employers	X	enquiries@nhsemployers.org
	NHS Employers		gmscontract@nhsemployers.org
	NHS Confederation		enquiries@nhsconfed.org
	General Medical Council		gmc@gmc-uk.org
	General Practitioners - British Medical Association (BMA)		info.gpc@bma.org.uk
Guus ten Asbroek	Medical Centre of University Amsterdam/London School of Hygiene and Tropical Medicine		guus.tenasbroek@lshtm.ac.uk
Greg Lewis	General Practitioners - British Medical Association (BMA)	X	glewis@bma.org.uk
Karen Day	General Practitioners - British Medical Association (BMA)		kday@bma.org.uk
	NHS England Operations Team		england.primarycareops@nhs.net
Lindsey Cox	Department of Health (Government)	X	http://www.info.doh.gov.uk/
Stephen Campbell	Institute of Population Health – Centre for Primary Care (University of Manchester)		stephen.campbell@manchester.ac.uk

Anmerkung: A, Antwort; X, Antwort erhalten; (X), Antwort wurde versprochen, aber zum Zeitpunkt der Berichterstattung noch nicht eingetroffen.

3.4.2. Leistungsspektrum

Allgemeinmediziner/Hausärzte (GPs) in England sind meist selbstständig tätig, verfügen über eine eigene Praxis und haben einen Vertrag mit *National Health Service England* (NHS) geschlossen. Letzterer kann entweder mit einem GP oder einer Praxisgemeinschaft geschlossen werden. Die Vergütung und die zu erbringenden Leistungen werden individuell zwischen jedem einzelnen GP/jeder einzelnen Praxisgemeinschaft und dem NHS vereinbart. Daher ist es schwierig ein genaues und einheitliches Vergütungsschema zu skizzieren. Generell gibt es drei Möglichkeiten von Verträgen welche ein GP/eine Praxisgemeinschaft mit NHS abschließen kann:

- General Medical Services Contract (GMS) (rund 60% aller Ärzte)
- Personal Medical Services Contract (PMS) (rund 40% aller Ärzte)
- Alternative Provider Medical Services Contract (APMS) (rund 2-3% aller Ärzte)

Im Prinzip regeln GMS Verträge auf nationaler Ebene die Beziehungen zu selbstständig tätigen GPs/Praxisgemeinschaften und dem NHS. PMS Verträge werden auf lokaler Ebene zwischen den *Primary Care Trust* (lokale Vertreter des NHS) und den GPs/Praxisgemeinschaften ausverhandelt. APMS Verträge stehen für Leistungen, welche von externen Vertragspartnern erbracht werden, und beziehen sich typischerweise auf Leistungen, welche vom GMS oder PMS Vertragspartner nicht erbracht werden (individuell ausverhandelte Zusatzleistungen oder Versorgung außerhalb der Praxiszeiten).

Dennoch gilt für alle drei oben angeführten Vergütungsvarianten, dass GPs dazu verpflichtet sind Patienten Grundleistungen (*essential services*) anzubieten (siehe Tabelle 6). Diese Leistungen sind in den einzelnen Verträgen geregelt, jedoch handelt es sich hierbei mehr um Rahmenbedingungen als um speziell aufgelistete medizinische Leistungen. Ein exakter Leistungskatalog besteht laut NHS England nicht, da GPs dafür verantwortlich sind dem Patienten die Behandlung anzubieten, welche auch immer medizinisch notwendig ist (Coulson 2014). Weiters können GPs selbstständig Zusatzleistungen (*additional services*) anbieten (siehe Tabelle 7), aber ebenso von NHS England dazu verpflichtet werden erweiterte Leistungen (*enhanced services*) zur Verfügung zu stellen (z.B. kleinere chirurgische Eingriffe).

Tabelle 6: Vertragliche Grundleistungen im Standard GMS Contract (Auszug)

Grundleistungen	
• Sämtliche Leistungen von denen eine generelle Besserung folgender Zustände erwartet wird: ○ Patienten die krank sind oder glauben krank zu sein ○ Patient ist unheilbar krank oder todkrank ○ Patient ist chronisch krank • Informationen und Hilfestellungen in Verbindung mit der Gesundheit des Patienten • Nötige und angemessene Behandlung in Verbindung mit den Erkrankungen des Patienten • Überweisung zu einem Facharzt (unter bestimmten Bedingungen) • Primärversorgung zu Kernzeiten für alle Patienten in seinem Einzugsbereich	

Quelle: IHS HealthEcon 2014, nach *Standard General Medical Service Contract* (Stand Mai 2014)

Tabelle 7: Vertragliche Zusatzleistungen im Standard GMS Contract (Auszug)

Zusatzleistungen	
Gebärmutterhalskrebs-Screening (GS):	Informieren, einschreiben in das GS-Programm, weiterleiten der Resultate an den Patienten, sicherstellen weiterer Schritte basierend auf den Resultaten.
Verhütungs-Methoden:	Ausführliche Information über verschiedene Möglichkeiten, Verschreibung von Verhütungs-Arzneimitteln, Rat und Überweisung im Falle ungewollter Schwangerschaft, Aufklärung und Hilfe bei Geschlechtskrankheiten.
Impfstoffe und Impfungen (auch für Kinder):	Anbieten aller Impfstoffe und Impfungen die im <i>GMS Statement of Financial Entitlements</i> gelistet sind, individuelle Umstände des Patienten berücksichtigen, angemessene Informationen bereitstellen, Weigerungen des Patienten über Impfungen in Patientenakte vermerken, Rezept verschreiben bei Selbst-Verabreichung.
Kontrolluntersuchungen bei Kindern:	Kontrolle der Gesundheit, des Wohlergehens und der physischen, mentalen und sozialen Entwicklung des Kindes (bis zum fünften Lebensjahr) mit Blick auf Abweichungen von einer normalen Entwicklung. In Abstimmung mit den Eltern jegliche nötige Behandlung oder mögliche Überweisung abklären.
Medizinische Leistungen in der Mutterschaft:	Weiblichen Patienten sämtliche notwendige Hilfeleistungen in der pränatalen Phase zur Verfügung stellen (gilt auch für Fehlgeburt oder Abtreibung), Überweisung im Falle von Wissenskonflikten des Arztes bezüglich einer Abtreibung, alle nötigen Mittel zur Gesundheit des Kindes in den ersten 14 Tagen nach der Geburt umsetzen.
Kleinere chirurgische Eingriffe:	Kürettage oder Kauter bei Warzen oder anderen kleineren Hautläsionen.

Quelle: IHS HealthEcon 2014, nach *Standard General Medical Service Contract* (Stand Mai 2014)

Erweiterte Leistungen werden individuell vereinbart und sind nicht im Standardvertrag enthalten. Zusatzleistungen können auch als erweiterte Leistung vereinbart werden und damit verpflichtend für den jeweiligen GP werden.

Zusätzlich ist zu erwähnen, dass manche GPs darum gebeten werden Leistungen anzubieten, welche nicht im Vertrag enthalten sind und teilweise selbst vom Patienten zu bezahlen sind. Dabei handelt es sich unter anderen um folgende Leistungen: Zertifikate (Führerschein), Krankschreibungen, bestimmte Berichte (für Versicherungstechnische Gründe) oder bestimmte Reise-Impfungen.

3.5. Niederlande

Die Erkenntnisse aus diesem Kapitel beruhen auf den Ergebnissen einer Literatur- und Internetrecherche und den Informationen aus den in Tabelle 8 angeschriebenen Kontakten. Zusätzlich beinhaltet das Kapitel „Fokus Gruppe“ eine Expertenmeinung von Dr. J. H. Blaauw, praktizierender Hausarzt und Vorsitzender der *Huisarts Opleiding Nederland* (*Niederländischer Verband zur Hausärzte Ausbildung*).

3.5.1. Angeschriebene Kontakte

Tabelle 8: Angeschriebene Kontakte - Niederlande

Name	Institution	A	Kontakt
	Nederlandse Zorgautoriteit (NZa, Niederländische Gesundheitsbehörde)		info@nza.nl
	College tarieve gezondheidszorg (Vereinigung für Gesundheitstarife)		
Willemijn Schäfer	NIVEL (Niederländisches Institut für Gesundheitsforschung)	X	w.schafer@nivel.nl
	Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG, Niederländischer Hausärzteverband)	X	info@nhg.org
Guus ten Asbroek	Medizinisches Zentrum der Universität Amsterdam/London School of Hygiene and Tropical Medicine	X	guus.tenasbroek@lshtm.ac.uk
Dionne Kringos	Medizinisches Zentrum der Universität Amsterdam	X	d.s.kringos@amc.uva.nl
Christel van Dijk	NIVEL (Niederländisches Institut für Gesundheitsforschung)	X	c.vandijk@nivel.nl
	Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV, Niederländische Hausärztevereinigung)		http://lhv.artsennet.nl/de-lhv/contact-20.htm ; lhv@lhv.nl
Pieter van den Hombergh	Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV, Niederländische Hausärztevereinigung)		huisartsenkringamsterdam@lhv.nl ; p.vd.hombergh@lhv.nl
Anda Broek	Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV, Niederländische Hausärztevereinigung)		a.broek@lhv.nl

Anmerkung: A, Antwort; X, Antwort erhalten; (X), Antwort wurde versprochen, aber zum Zeitpunkt der Berichterstattung noch nicht eingetroffen.

Falls Informationen mitgeteilt wurden, waren diese nicht notwendigerweise so gehaltvoll, dass die Forschungsfrage nach genauen Leistungen im Primärversorgungsbereich beantwortet werden konnte.

3.5.2. Leistungsspektrum

Die Leistungsstruktur der Primärversorgung in den Niederlanden sieht eine zentrale Funktion des Allgemeinmediziners vor. Er fungiert als Erstkontakt in der medizinischen Versorgungskette (außer bei Notfällen und Akut-Behandlungen). In seiner Funktion als

gatekeeper beschränkt er den Zugang des Patienten zu weiterer primärer oder sekundärer Versorgung auf seine Diagnose und Überweisung. (Czypionka et al. 2011)

Das bedeutet, dass das *gatekeeping*-System im niederländischen Gesundheitssystem einen zentralen Stellenwert einnimmt. Neben den Allgemeinmediziner sind auch Zahnärzte, Pharmazeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, und Hebammen Teil des Primärversorgungssektors.

Die Remunerierung der Allgemeinmediziner stellt sich wie folgt dar: Ärzte und Versorgungszentren gehen mit den Versicherungen Verträge ein, welche die Vergütung der in den Krankenversicherungspaketen angebotenen medizinischen Leistungen festlegt. Die durch die Krankenversicherung abgedeckten Leistungen können nur bei Vertragsärzten in Anspruch genommen werden. Es steht jedoch jedem einzelnen Bürger frei, einen Arzt seiner Wahl aufzusuchen. Dies ist allerdings mit einem finanziellen Mehraufwand verbunden.

Für die Leistungsbeschreibung der Primärversorgung in den Niederlanden wird auf zwei vom Referent für Öffentlichkeitsarbeit verwiesene Dokumente (BR/CU-7095, BR/CU-7091) der *Nederlandse Zorgautoriteit* zurückgegriffen. Auf Basis dieser Dokumente stellt sich das Leistungsspektrum der Allgemeinmediziner wie folgt dar:⁶

- Teledermatologie
- Chirurgische Leistungen, wie z.B.:
 - Entfernung von Lipomen, Fibromen, Gerstenkörner, Muttermalen
 - Chirurgische Behandlung von Dekubitus
 - Chirurgische Behandlung von Krampfadern
 - Sterilisation des Mannes, inkl. präoperativen und postoperativen Sperma-Analyse
 - Beschneidung des Mannes
 - Frenulumplastik
 - Nähen
- Postoperative Nachbehandlung inkl. Nahtentfernung, sowohl in der Praxis als auch beim Patienten zu Hause
- Behandlung und Management von chronischen Krankheiten, wie z.B. Diabetes und COPD
- (Akut-)Therapeutische Behandlungen, wie z.B.:
 - Ambulante Kompressionstherapie für Magengeschwüre
 - Behandlung und Nachsorge einer tiefen Beinvenenthrombose
 - Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Auge

⁶ Hinweis: Da diese Dokumente ausschließlich in Niederländisch verfügbar sind, wurde unter Zuhilfenahme von „google translate“ übersetzt. Hierdurch entstandene Übersetzungsfehler liegen daher außerhalb unseres Einflussbereiches. Zudem kann für die Vollständigkeit der Auflistung des Leistungsspektrums keine Garantie übernommen werden.

- Therapeutische Injektionen, z.B. in Gelenke oder Sehnenansätze
- Diagnostische Ultraschalleistungen der Aorta, der Leber, der Galle, der Niere, der Gebärmutter, der Eierstöcke, der Blase sowie im Rahmen einer Schwangerschaft
- Betreuung von Patienten zu Randzeiten (am Abend, in der Nacht und am Wochenende)
- Hausbesuche
- Betreuung von Patienten in Pflegeheimen
- Palliativpflege und -betreuung, sowohl in der Praxis als auch telefonisch
- Sterbehilfe

Zusätzlich sichteten wir die Leistungsbeschreibung der Primärversorgung nach *Boerma et al. (2013)*. Sie beschreiben das Leistungsspektrum wie folgt:

- Erstkontakt für kurative medizinische Versorgung/Behandlung
- Kleine operative Eingriffe (z.B. Nähen von (Platz-)wunden, Entfernung von Warzen, chirurgische Versorgung von eingewachsenen Zehennägeln)
- Hausbesuche (z.B. zur kurativen Behandlung, im Trauerfall)
- Diagnostische Leistungen (z.B. vom Allgemeinmediziner veranlasste Röntgenuntersuchungen, Laboruntersuchungen)
- „Lebenslange“ Behandlung/Behandlungsbegleitung:
 - Schwangerschaftsbetreuung (optional)
 - Geburten (durch Hebammen, nur in seltenen Fällen durch Allgemeinmediziner)
 - Kontrolluntersuchungen bei Kindern (optional, vor allem in ruralen Gebieten)
 - Management von chronischen Krankheiten/von chronisch kranken Patienten (Unterstützung durch Krankenpflegepersonal optional)
 - Palliativbetreuung (zu Hause oder im Hospiz)
 - Primärversorgung im Bereich der mentalen Gesundheit (mit Hilfe von speziell ausgebildeten Krankenpflegepersonal und Psychologen)
- Selektive Präventionsmaßnahmen (z.B. PAP-Abstriche, Darmkrebsscreening, Impfungen)
- Aufgaben im Public Health Bereich
- Patientenadministration
- Optional: praxisnahe Lehrtätigkeit für Allgemeinmediziner, Teilnahmen an Research-Netzwerken
- Verpflichtend: kontinuierliche fachliche Weiterbildung/Weiterentwicklung

3.5.3. Evidenz zum Überweisungsverhalten

In vielen europäischen Ländern haben Patienten einen Hausarzt, welcher die formale *gate-keeping* Rolle innehat. Damit zeigt sich der Hausarzt verantwortlich, ob ein Patient in den fachärztlichen Bereich überwiesen wird oder nicht. Das Überweisungsverhalten von Hausärzten ist eine Determinante um die Kosten im Gesundheitssystem zu stabilisieren oder zu reduzieren. In der Regel überweisen Hausärzte Patienten zu einem Facharzt für eine weiterführende Diagnostik oder Behandlung oder aber auch zur Absicherung der eigenen Diagnose bzw. Behandlung. Charakteristiken der Hausärzte und Praxen, wie zum Beispiel Erfahrung, die Bereitschaft Risiko einzugehen und ob es sich um eine Einzel- oder Gruppenpraxis handelt sind ebenfalls wichtige Determinanten im Entscheidungsprozess des Überweisens. (van Dijk et al. 2014)

Unterschiede im Überweisungsverhalten von Hausärzten haben international dazu geführt, dass Richtlinien für gewisse Erkrankungen⁷ erstellt wurden. Weiter gab es Bestrebungen das Wissen und die Sicherheit im Umgang mit verbreiteten (chronischen) Krankheiten im Primärversorgungsbereich zu stärken um die Überweisungen vom primären in den sekundären Versorgungsbereich zu reduzieren. (Atella und Deb 2008)

Eine Möglichkeit das Überweisungsverhalten mittels monetärer Anreize zu vermindern, sind zum Beispiel eine bessere Vergütung bestimmter Leistungen oder die Möglichkeit Zusatzpersonal anzustellen. Finanzielles Interesse, zusätzliche Leistungen im Hausarztbereich seitens der Zahler bzw. Finanzierungsträger anzuregen besteht jedoch nur dann, wenn dadurch Leistungen im Sekundärversorgungsbereich substituiert werden. Ob jedoch zusätzliche Leistungen im Primärversorgungsbereich eine Reduktion an Leistungen im Sekundärversorgungsbereich hervorrufen ist nicht eindeutig geklärt. Studien, die sich mit dieser Thematik auseinandergesetzt haben, zeigen, dass dies nicht im Verhältnis 1:1 geschieht. Es braucht mehr als eine zusätzliche Leistung im Primärversorgungsbereich, um eine Leistung im fachärztlichen Bereich zu substituieren. Es ist Aufgabe weiterer Studien zu eruieren, bei welchen Leistungen bzw. bei welchen Patientengruppen dieser Substitutionseffekt am stärksten ist. (Atella und Deb 2008)

Eine aktuelle Studie vom *Niederländischen Institut für Gesundheitsforschung (NIVEL)* versucht festzustellen, ob Überweisungsraten aus dem Primär- in den Sekundärversorgungsbereich durch zusätzliche Leistungen im Primärbereich vermindert werden. Gegenstand der Untersuchung sind 70 Hausarztpraxen mit über 650.000 Patienten im Zeitraum von 2006 bis 2010. Mittels elektronischer Datenerfassung und einer logistic

⁷ Die WHO gibt zum Beispiel Richtlinien zur Behandlung von chronisch erkrankten Personen heraus (Diabetes Typ II, Asthma, COPD,...), ferner existieren Richtlinien zur präventiven Behandlung von Herzkrankheiten oder Krebs

multilevel regression⁸ wurde untersucht, zu welchem Ausmaß ausgewählte diagnostische und therapeutische Leistungen einen Effekt auf das Überweisungsverhalten von Hausärzten haben. Jedoch wurde bei nur zwei Leistungen eine signifikante Verbindung gefunden. Erstens eine leicht verminderte Überweisungsrate, wenn mehr klein chirurgische Eingriffe bei Patienten mit Talgzysten im Primärversorgungsbereich stattfinden (Odds Ratio: 0.98). Zweitens eine leicht erhöhte Rate der Überweisungen von Patienten mit peripheren arteriellen Erkrankungen, bei denen ein Doppler-Ultraschall im Primärversorgungsbereich durchgeführt wurde. Nachdem im Allgemeinen aber eine Verbindung zwischen der Anzahl an therapeutischen und diagnostischen Leistungen zum Überweisungsverhalten eines Hausarztes fehlt, wurde geschlussfolgert, dass in den Niederlande eine Erweiterung an Leistungen im Primärversorgungsbereich nicht notwendigerweise mit einer Verminderung von Überweisungen in den Facharztbereich einhergeht. Es wird allerdings vermutet, dass eine Erweiterung von Leistungen im Mutter-Kind-Primärversorgungsbereich positiv wirken und Überweisungen in den fachärztlichen Bereich reduzieren kann. Eine Substitution von Leistungen des Sekundärversorgungsbereiches durch den Primärversorgungsbereich bedarf jedenfalls folgender Punkte:

- Einer Auswahl von fachärztlichen Leistungen die, in Absprache zwischen Hausärzten und medizinischem Fachpersonal, in der Hausarztpraxis umgesetzt werden können
- Hausärzte die ausgebildet bzw. qualifiziert sind, solche Leistungen angemessen umzusetzen
- Anreize für Hausärzte und medizinisches Fachpersonal, ein solches Mehr an Leistungen umzusetzen
- Patienten die einem Hausarzt vertrauen und keinen Facharzt aufsuchen, um solche fachärztlichen Leistungen durchzuführen zu lassen. (van Dijk et al. 2014)

3.6. Schweden

Die Erkenntnisse aus diesem Kapitel beruhen auf den Ergebnissen einer Literatur- und Internetrecherche und den Informationen aus den in Tabelle 9 angeschriebenen Kontakten. Zusätzlich beinhaltet das Kapitel „Fokus Gruppe“ eine Expertenmeinung von Dr. Eva Arvidsson, praktizierende Hausärztin und Forschungsleiterin im Bereich Primärversorgung des schwedischen Landkreises Jönköping.

⁸ Statistische Methode um Hierarchisch strukturierte Daten (z.B. Patienten zu Kliniken, oder Leistungen zu Patientengruppen) zu analysieren

3.6.1. Angeschriebene Kontakte

Um einen Überblick zu generieren, über welches Leistungsspektrum die Primärversorgung in Schweden verfügt, wurden die in Tabelle 9 angeführten Personen und Institutionen angeschrieben. In Schweden wurden nur jene Landkreise angeschrieben, wo eine „persönliche Ansprechperson“ ermittelt werden konnte. Landkreise mit einer „allgemeinen E-Mail-Adresse“ (z.B. info@..., contact@...) wurden nicht kontaktiert, weil hier erfahrungsgemäß mit keiner Antwort zu rechnen ist.

Tabelle 9: Angeschriebene Kontakte - Schweden

Name	Institution	A	Kontakt
	Sveriges Kommuner och Landsting (Schwedische Vereinigung der Landkreise)		info@skl.se
	Folkhälsomyndigheten (Schwedisches Institut für öffentliche Gesundheit)		info@folkhalsomyndigheten.se
Cecilia Stahl	Landkreis Vasterbotten	X	cecilia.stahl@vll.se
Hakan Larsson	Landkreis Vasterbotten		hakan.larsson@vll.se
Anders Ostblom	Landkreis Vasterbotten		anders.ostblom@vll.se
Gunilla von Bergen	Landkreis Vasterbotten		gunilla.von.bergen@vll.se
Anders Anell	Universität Lund	X	anders.anell@fek.lu.se
Olle Olsson	Sveriges Kommuner och Landsting (Schwedische Landkreis-Vereinigung)	X	olle.olsson@skl.se
K. Stehen Carlsson	Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (Schwedisches Institut für Gesundheitsökonomie)		ksc@ihe.se
Cecilia Klüft-Frih	Landkreis Beklinge		cecilia.kluft-frih@ltblekinge.se

Anmerkung: A, Antwort; X, Antwort erhalten; (X), Antwort wurde versprochen, aber zum Zeitpunkt der Berichterstattung noch nicht eingetroffen.

3.6.2. Leistungsspektrum

In Schweden bestimmt jeder Landkreis sowohl über die Aufgaben und Pflichten als auch über die Vergütung der Allgemeinärzte/Hausärzte. Eine einheitliche Regelung zu den (medizinischen) Leistungen in der Primärversorgung gibt es nicht. Generell findet der Erstkontakt in Gesundheitszentren statt, in denen eine Vielzahl unterschiedlicher Gesundheitsdienstleister (Ärzte, Krankenpflegepersonal, Hebammen, Physiotherapeuten, etc.) zusammenarbeitet. Die Aufgabenpalette der Dienstleister in den Gesundheitszentren variiert allerdings von Landkreis zu Landkreis. (Olsson 2014)

Keine der angeschriebenen Personen und Institutionen konnte uns relevante Informationen zum Leistungsspektrum der schwedischen Primärversorgung bereitstellen.

Nach *Boerma et al.* (2013) umfasst die Primärversorgung in Schweden folgende Leistungen:

- Erstkontakt für kurative medizinische Versorgung/Behandlung
- Röntgenuntersuchungen sowie einfache Laboruntersuchungen
- Management von chronischen Krankheiten/von chronisch kranken Patienten
- Primäre Prävention (z.B. PAP-Abstriche, Impfungen)
- Schulung der Patienten durch Pflegepersonal in der Selbstversorgung
- Sozial- und familienbezogene Interventionen

4. Fokusgruppe

Eine fundierte Analyse und Beschreibung des Leistungsspektrums in den „klassischen“ Primärversorgungsländern ist auf Basis der obigen Recherche nicht möglich. Dieser Umstand ist auf folgende Gründe zurückzuführen und zeigt damit die Grenzen von Desk Research auf:

- 1) es fehlen von einigen angeschriebenen Kontakten noch versprochene Rückmeldungen,
- 2) die im Internet recherchierte bzw. von angeschriebenen Kontakten zur Verfügung gestellten Dokumente mit den beschriebenen Leistungsspektren im Primärversorgungsbereich sind oftmals aus dem Kontext gerissen, daher kann für die Vollständigkeit der beschriebenen Leistungsspektren keine Garantie gegeben werden,
- 3) die uns zur Verfügung stehenden Dokumente mit den beschriebenen Leistungsspektren sind nur in der jeweiligen Landessprache verfügbar, durch die Übersetzung mit „google translate“ kann es hier zu Fehlübersetzungen und in Folge zu Falschinterpretationen kommen.

Aufgrund der oben beschriebenen Unzulänglichkeiten bei der Ermittlung der Leistungsspektren sowie zur Komplementierung der eruierten Leistungsspektren, wurden praktizierende Allgemeinmediziner aus England, den Niederlanden und Schweden zu einer Fokusgruppe eingeladen.

4.1. Internationale Expertise

Das Ziel der Fokusgruppe war es einerseits das Leistungsspektrum der Primärversorgung zu erörtern und andererseits aber auch (gesetzliche) Rahmenbedingungen (z.B. eine mögliche Mindestausstattung an Personal), welche beim Betrieb eines Primärversorgungszentrums zu berücksichtigen sind, zu eruieren. Ein spezieller Fokus bei der Diskussion des Leistungsspektrums war es mit den praktizierenden Allgemeinmediziner*innen eingehend zu erörtern, welche Leistungen auch praktisch erbracht werden und welche nur theoretisch vorgesehen sind.

Um eine strukturierte Diskussion zu gewährleisten wurde ein Interviewleitfaden, welcher im Vorfeld mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger abgestimmt wurde, entwickelt und den Teilnehmern vorab via E-Mail zugesendet. Dieser ist im Anhang unter 6.2 zu finden.

Die Fokusgruppe fand am 22. September 2014 von 11.00 Uhr bis 16.30 Uhr am Institut für Höhere Studien (IHS) in Wien statt. Die Fokusgruppe setzte sich aus drei praktizierenden

Allgemeinmediziner aus England, den Niederlanden und Schweden (alle eingeladen vom IHS), drei Entsandten des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger sowie einen Allgemeinmediziner auf Einladung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger zusammen.

Im Folgenden werden die Teilnehmer aus England, den Niederlanden und Schweden kurz beschrieben.

Dr. Joop H. Blaauw aus den Niederlanden arbeitet seit 35 Jahren als praktizierender Arzt in einer Kleinstadt mit knapp 5.500 Einwohnern im östlichen Teil der Niederlande. Neben seiner Tätigkeit als Arzt war er neben anderen Positionen auch Vize-Vorsitzender der Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV - Nationale Vereinigung für Allgemeinmediziner) und ist seit 2013 Vorsitzender der Huisartsopleiding Nederland (Niederländische Hausärzteausbildung). Ein Thema mit dem er sich beschäftigt ist die postgraduelle Ausbildung von Allgemeinmedizinern. An einem Praxistag behandelt er zwischen 30 und 35 Patienten.

Dr. Eva Arvidsson ist praktizierende Hausärztin und arbeitet zudem beim Landkreis Jönköping in Schweden als Leiterin der Abteilung *Forschung und Entwicklung in der Primärversorgung*. Seit 2005 ist sie medizinische Beraterin an der Linöping Universität und seit 2006 im Komitee für Qualitätsverbesserung der Schwedischen Vereinigung der Allgemeinmediziner. Bis zu ihrem Wechsel im Juni 2014 in den Landkreis Jönköping, war sie seit 1998 als Spezialistin für Familienmedizin im Landkreis Kalmar tätig. An einem Praxistag untersucht Dr. Arvidsson durchschnittlich 15 Patienten, wobei Patienten durchschnittlich dreimal jährlich ihre Praxis aufsuchen. Eine Konsultation dauert in der Regel zwischen 15 und 30 Minuten.

Dr. Richard Hooker aus England war der dritte internationale Teilnehmer der Fokusgruppe. Er arbeitet Vollzeit als Allgemeinmediziner (GP) in einer Gruppenpraxis in West-London, welche rund 9.000 Patienten versorgt. Dr. Hooker arbeitet neben seiner Tätigkeit als praktizierender Arzt ein bis zwei Tage in der Woche in einer *Clinical Commissioning Group*, welche aus regionalen Ärzten besteht, die gemeinsam den „Einkauf“ von Leistungen für ihre PatientInnen organisieren. Diese Leistungen werden von Krankenhäusern, gemeinnützigen Organisationen oder Organisationen für psychisch Kranke erworben und an die Bevölkerung weitergegeben. Zusätzlich unterrichtet Dr. Hooker in einem drei-jährigem Ausbildungsprogramm für Allgemeinmediziner am bekannten Imperial College in West-London. In der Regel suchen Patienten zweimal jährlich seine Praxis auf (Durchschnitt in England ist rund 4-mal) und nehmen pro Konsultation 15 Minuten in Anspruch. Am Tag behandelt Dr. Hooker zwischen 25 und 50 Patienten.

4.2. Themenbereiche

Im Rahmen der Fokusgruppe wurden die unterschiedlichen Bereiche der Leistungserbringung in der Primärversorgung eingehend diskutiert. Die Diskussion folgte dem oben erwähnten und im Anhang beschriebenen Interviewleitfaden. Die Beschreibung Leistungsspektrums in diesem Kapitel folgt der Chronologie des Leitfadens.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinweisen, dass der Inhalt dieses Kapitels auf dem Gedankengut der obengenannten Teilnehmer fußt und nicht literaturbasiert ist.

4.2.1. Grundlegende Struktur eines Primärversorgungszentrums

Niederlande

In den Niederlanden existiert keine gesetzliche Definition über die Ausgestaltung eines Primärversorgungszentrums (PVZ), da diese in der Regel von der Anzahl der Patienten, dem Ort und der möglichen Einbettung in bestehende Netzwerke an PVZ abhängig sind. Als ideal wird es gesehen, wenn ein PVZ um 7.000 bis 8.000 Patienten versorgt. In der primären Ausgestaltung eines PVZ besteht kein Unterschied zwischen urbanen und ländlichen Regionen.

In der „Basisausstattung“ besteht ein PVZ aus folgenden vier Berufsgruppen: Ärzte (drei bis vier VZÄ), Praxisassistenten (zwei VZÄ), diplomierte Pflegefachkräfte (ein bis zwei VZÄ) und spezialisierte diplomierte Pflegefachkräfte (ein bis zwei VZÄ). Die Praxisassistenten übernehmen einerseits administrative Tätigkeiten und unterstützen andererseits die Triage⁹. Die diplomierten Pflegefachkräfte zeichnen sich für die Patientenbetreuung in den unterschiedlichen Patientenversorgungsprogrammen z.B. für Patienten mit Diabetes, Asthma, COPD verantwortlich. Die spezialisierten diplomierten Pflegefachkräfte sind auf die Versorgung von Patienten mit psychischen Problemen spezialisiert.

Abgesehen von diesen vier Berufsgruppen arbeitet ein PVZ in der Regel mit selbstständigen Physiotherapeuten, Hebammen, Diätologen, Apothekern, etc... zusammen. Eine Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern findet nur in seltenen Fällen statt, da die spezialisierten diplomierten Pflegefachkräfte oftmals deren Agenda übernehmen, vor allen in Bezug auf die psychische Gesundheit von Patienten.

⁹ Eine Triage beginnt, wenn der Patient anruft und die Praxisassistentenz nach dem Problem fragt. Der Patient hat die Möglichkeit ohne Angabe von Gründen einen Termin zu vereinbaren und erst dem Arzt das Problem mitzuteilen (in den meisten Fällen wird das Problem gleich mitgeteilt). Falls es mitgeteilt wird und es lebensbedrohlich klingt (z.B. Schmerzen in der Brust), beginnt der nächste Schritt der Triage und der Kern des Problems wird ausfindig gemacht (z.B. Art der Schmerzen: drückend, bis in den Arm ziehend, mit Übelkeit verbunden,...)

Wie und von wem der Patient behandelt wird liegt, ebenso ob und wie ein Patient weiterbehandelt wird (z.B. nur noch von diplomierten Pflegefachkräften), in der Entscheidungsgewalt des Arztes,.

Schweden

In Schweden existiert keine einheitliche gesetzliche Definition über die Ausgestaltung eines PVZs; vielmehr sind PVZ von Region zu Region verschieden. Da Schweden aus 21 unterschiedlich dicht besiedelten Regionen besteht, kann ein PVZ zwischen einem Allgemeinmediziner mit einer diplomierten Pflegefachkraft und 15 Allgemeinmediziner und einer beträchtlichen Anzahl an medizinischem Personal variieren.

In der Regel sind PVZ von der Region in der sie angesiedelt sind organisiert und auf die jeweiligen Gegebenheiten angepasst. Im Durchschnitt ähneln die Zentren in Hinsicht auf Größe den niederländischen PVZ (7.000 bis 8.000 Patienten pro PVZ). Idealerweise soll ein Arzt eines PVZs maximal 1.500 Patienten versorgen. Diese Quote wird derzeit aber nur von wenigen PVZ auch tatsächlich erreicht.

Das Kernteam eines schwedischen PVZ besteht aus Ärzten, diplomierten Pflegefachkräften und Administrativkräften, welche Sekretariatstätigkeiten übernehmen. Die diplomierten Pflegefachkräfte sind in der Regel auf die Behandlung von chronisch Kranken spezialisiert, z.B. eine diplomierte Pflegefachkraft auf die Behandlung von Patienten mit Asthma, eine weitere auf die Behandlung von Patienten mit Diabetes, etc...

Zusätzlich sind bei den PVZ in der Regel ein bis zwei Psychologen angestellt, oder es besteht zumindest enger Kontakt zu selbstständig tätigen Psychologen. Dasselbe gilt für Physiotherapeuten. Die Leitung eines PVZ übernimmt in der Regel ein Arzt, was rund die Hälfte seiner Arbeitszeit in Anspruch nimmt. Es gibt jedoch keine gesetzliche Bestimmung wer ein PVZ leiten darf, daher kommt es auch vor, dass diplomierte Pflegefachkräfte oder Personen gänzlich außerhalb des PVZ und ohne medizinischen Hintergrund die Leitung übernehmen. Bei letzter Personengruppe besteht die Gefahr, dass das Wohl und die Bedürfnisse der Patienten verloren gehen, da kein direkter Kontakt mehr zum Patienten besteht. Traditionell übernimmt daher eine im PVZ tätige Person diese Aufgabe.

Im Norden von Schweden, wo die Bevölkerungsdichte extrem dünn ist, wird Telemedizin zur Kommunikation verwendet. Zudem besitzen die PVZ in dieser Gegend Möglichkeiten Patienten über Nacht zu behalten.

England

Im englischen Gesundheitssystem existieren verschiedene Modelle, die alle nur leicht voneinander abweichen. Normalerweise sind Hausärzte selbstständig tätig und arbeiten in Partnerschaften zusammen. Diese Partnerschaften bestehen im Durchschnitt aus drei VZÄ-

Hausärzten, die insgesamt zwischen 5.400 und 6.000 Patienten betreuen. In den letzten zehn Jahren entwickelte sich das Gesundheitssystem in die Richtung, dass Ärzte und andere Unternehmer Unternehmen gründeten und mehrere Praxen betreiben. Dieses Modell, in dem ein Hausarzt mehr als Unternehmer gilt und andere Ärzte und medizinisches Personal einstellt, scheint das traditionelle Modell der Ärzte-Partnerschaft zu verdrängen. Betreffend Personal sind in einer „guten“ Praxis Physiotherapie, Osteopathie, Phlebotomie, Diätetik und verschiedene Formen von Psychotherapie vorhanden.

Normalerweise arbeitet eine Gemeindeschwester mit der Hausarztpraxis zusammen und betreut Patienten auch außerhalb der Räumlichkeiten der Praxis. Dies hängt auch mit dem Ziel zusammen, Sekundärversorgung durch Primärversorgung zu substituieren, d.h. Patienten möglichst lange vom Krankenhaussektor fernzuhalten und integrierte Versorgung anzubieten. Ein Projekt namens „Community Independent Service“ versucht zum Beispiel Patienten, die keine Facharztbetreuung benötigen, direkt vor dem Krankenhaus abzufangen und wieder nach Hause bzw. in eine Hausarztpraxis zu schicken.

Lessons Learned:

1) Gesetzliche Regelungen/Definitionen über die Ausgestaltung von PVZ

In den Niederlanden und in Schweden existieren keine (gesetzlichen) Definitionen, über die Ausgestaltung eines PVZ z.B. in Hinsicht von Mindestpersonalanforderungen. Vielmehr orientiert sich die Ausgestaltung an den regionalen Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung

2) Zusammensetzung des Basisteams eine PVZ

Niederlande: hier besteht das Kernteam aus Allgemeinmediziner, Praxisassistenten, diplomierten Pflegefachkräften und auf Psychiatrie spezialisierte diplomierte Pflegefachkräfte; selbstständige Physiotherapeuten, Hebammen, Diätologen und Apotheker arbeiten mit den PVZ zusammen

Schweden: hier besteht das Kernteam aus Allgemeinmediziner, diplomierten Pflegefachkräften (jede Pflegefachkraft verfügt über ein eigenes Spezialisierungsgebiet) und Administrativkräften; zusätzlich sind noch Psychologen und Physiotherapeuten im PVZ angestellt oder als Selbstständige für das PVZ tätig

England: hier konnte keine klare Zusammensetzung eines Kernteams eruiert werden

Qualitätssicherung des vom HVB definierten Versorgungsauftrages:

Der vom HVB definierte Versorgungsauftrag Primärversorgung sieht als Kernteam Allgemeinmediziner, diplomierte Pflegefachkräfte und Praxisassistenten vor. Dieses Kernteam soll mit Diätologen, Ergotherapeuten, Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter und PSY-Berufen zusammenarbeiten

Auf Basis des Erkenntnisgewinnes von den Niederlanden und Schweden erscheint die vom HVB geplante Zusammensetzung des Kerns realistisch. Auch die Zusammenarbeit mit (selbstständig tätigen) anderen medizinischen Berufen ist zielführend

4.2.2. Ausstattung eines Primärversorgungszentrums**Niederlande**

Die Ausstattung von niederländischen PVZ macht es möglich Spirometrien, Endoskopien, Ultraschall-Doppler-Untersuchungen, Audiometrien und Tonometrien durchzuführen. Zusätzlich bestehen Einrichtungen zum Abnehmen von Blut und Urin, und ein kleines Labor. Daneben existieren im Allgemeinen Verträge mit den Krankenhäusern für Leistungen, die nicht im PVZ durchgeführt werden können (z.B. Retinoskopie, Kardioskopie, ...). Diese Leistungen werden dann im Krankenhaus erbracht. Die Besprechung der Untersuchungsergebnisse und weitere Behandlung erfolgt soweit wie möglich wieder im PVZ.

In den Niederlanden besteht keine gesetzliche Regelung über die Mindestausstattung an Gerätschaften von PVZ. Vielmehr wählen die Ärzte selbstständig wie weit die eigene Ausstattung an medizinischen Geräten geht. Kann ein Arzt nachweisen, dass er fähig ist bestimmte Leistungen durchzuführen, werden diese zusätzlich vergütet.

Schweden

Die Ausstattung in schwedischen PVZ kann von Region zu Region unterschiedlich sein. Eine einheitliche (gesetzliche) Definition, welche Geräte vorhanden sein müssen, gibt es nicht. In der Regel sind aber ein Spirometer, ein kleines Labor, ein Elektrokardiograph, ein Mikroskop, ein Otoskop und ein Augenmikroskop vorhanden. Im Labor werden Blutproben genommen und dann zur Analyse ins Krankenhaus gesendet.

England

In England muss ein Arzt dem Patienten eine grundlegende Versorgung sicherstellen. Eine genaue Definition über die Mindestausstattung an medizinischen Geräten existiert nicht.

Vielmehr müssen jene Gerätschaften vorhanden sein, um den Versorgungsauftrag erfüllen zu können.

Es existieren verschiedene Modelle zur Erfüllung eines Versorgungsauftrages. In den Praxen der Netzwerk-Vereinigung von Dr. Hooker sind z.B. 20 Leistungen definiert (u.a. auch HIV-Screening-Tests), die erbracht werden müssen. Kann eine Leistung nicht erbracht werden, wird der Vertrag obsolet. Aus diesem Grunde müssen alle medizinischen Geräte vorhanden sein, auch wenn nicht alle im selben Ausmaß Anwendung finden.

Wenn ein Arzt über besondere Qualifikationen verfügt, hat er die Möglichkeit die Erbringung von individuellen Zusatzleistungen mit der Versicherung auszuhandeln, welche dann zusätzlich vergütet werden. Dasselbe gilt für zusätzliche Ausstattung an medizinischen Geräten, falls z.B. fortgeschrittene bildgebende Systeme, wie ein Magnetresonanztomograph (MRT) vorhanden sind. Einrichtungen zum Abnehmen von Blut und Urin bestehen ebenfalls, jedoch werden die Proben an ein externes Labor zur Auswertung übermittelt.

Lessons Learned:

1) Gesetzliche Regelungen über die Mindestausstattung an medizinischen Geräten von PVZ

In den Niederlanden, Schweden und England existieren keine (gesetzlichen) Regelungen über die Mindestausstattung von Gerätschaften von PVZ

2) Gerätschaften der Basisausstattung von PVZ

Niederlande: hier zählen Gerätschaften für Spirometrie, Endoskopie, Ultraschall-Doppler-Untersuchungen, Audiometrie und Tonometrie zur Standardausstattung

Schweden: hier zählen ein Spirometer, ein kleines Labor, ein Elektrokardiograph, ein Mikroskop, ein Otoskop und ein Augenmikroskop zur Basisausstattung

England: hier ist die Ausstattung an medizinischen Geräten an den Versorgungsauftrag gebunden

4.2.3. Versorgung durch PVZ an Tagesrandzeiten und am Wochenende

Niederlande

Die niederländischen Öffnungszeiten von PVZ sind in der Regel von 8:00 Uhr bis 17:30 Uhr. Von 17:30 Uhr bis 8:00 Uhr des nächsten Tages stellt der sogenannte *Doctors post* eine Notfallbetreuung sicher. Die Notfallbetreuung an Tagesrandzeiten von Montag bis Freitag ist

für gewöhnlich in zwei Schichten geteilt: Schicht 1 von 17:00 Uhr bis 23:00 Uhr und Schicht 2 von 23:00 Uhr bis 8:00 am nächsten Tag. Am Wochenende sind die Schichten wie folgt unterteilt: Von 8:00 Uhr bis 16:00 Uhr, von 15:00 Uhr bis 23:00 Uhr und von 23:00 Uhr bis 8:00 Uhr. Die Gründe für die einstündige Überschneidung zwischen Wochenendschicht 1 und Wochenendschicht 2 sind nicht genannt/thematisiert worden.

Es gibt keine gesetzliche Regelung wie eine Notfallbetreuung sicherzustellen ist, sondern nur dass eine sicherzustellen ist. Generell organisieren die Regionen die *Doctors post* Notfallbetreuung selbstständig indem sich die Hausärzte der Region zu einer Organisation zusammenschließen. Zur Remuneration der Notfallbetreuung werden Verträge zwischen solchen Organisationen und der Krankenversicherung geschlossen.

In der Region in der Dr. Blaauw tätig ist leben rund 180.000 Personen. Für diese stellen zwischen 90 und 95 Ärzte die Notfallbetreuung im Rahmen von *Doctors post* sicher. Die Anzahl der Schichten die ein Arzt im Rahmen von *Doctors post* zu übernehmen hat, richten sich nach der Anzahl der bei ihm eingeschriebenen Patienten. Ein Arzt mit 2.800 eingeschriebenen Patienten leistet in der Regel eine Nacht- bzw. Abendschicht pro Woche und ein Wochenende im Monat.

Bezüglich der zu leistenden Schichten im Rahmen von *Doctors post* gibt es keine Unterschiede zwischen urbanen und ländlichen Regionen. Erklärtes Ziel der *Doctors post* Versorgung ist es Notfallbetreuung anzubieten und Patienten mit weniger dringlichen Leiden im Rahmen der „normalen“ Öffnungszeiten des PVZs zu behandeln. Da eine Einschätzung über den Schweregrad der Erkrankung bei einzelnen Personen schwierig ist, werden die meisten Patienten die *Doctors post* aufsuchen auch behandelt.

Schweden

Regulär haben schwedische PVZ von 8:00 Uhr bis 17:00 Uhr geöffnet. An Tagesrandzeiten und am Wochenende ist prinzipiell ein nationaler Telefonservice für die medizinische Versorgung zuständig. Generell obliegt die darüber hinausgehende Organisation einer Versorgung an Tagesrandzeiten und am Wochenende den einzelnen Regionen.

Im Allgemeinen kann zwischen zwei Schichten in der Randzeitenversorgung unterschieden werden:

- Zeit von 17:00 Uhr bis 22:00 Uhr:
Einige PVZ bieten zwischen 17:00 Uhr bis 22:00 Uhr eine Versorgung für „halb-dringende“ Fälle bzw. Patienten an, deren Behandlung nicht bis am nächsten Tag um 8:00 Uhr aufgeschoben werden kann. Für die Einschätzung ob eine Behandlung akut notwendig ist oder auf den nächsten Tag verschoben werden kann, sind die diplomierten Pflegefachkräfte verantwortlich.

- Zeit von 22:00 Uhr bis 8:00 Uhr:
Hier haben nur einige sehr wenige PVZ pro Region geöffnet. Diese PVZ werden mit Ärzten und medizinischen Personal von den umliegenden PVZ beschickt. Abhängig von der Anzahl der in der Umgebung zu versorgenden Bevölkerung haben ein bis zwei Ärzte Dienst. Die personelle Besetzung eines PVZs am Wochenende ist mit jener zwischen 22.00 Uhr und 8.00 Uhr ident.

In der Zeit von 22.00 Uhr bis 8.00 Uhr haben theoretisch einige wenige PVZ, wie oben erwähnt, pro Region geöffnet, sie übernehmen in dieser Zeit jedoch keine Notfälle. In dieser Zeit sind medizinische Leistungen de facto auf folgende zwei Dinge beschränkt: 1) das Ausstellen von Totenscheinen und 2) die Durchführung von Hausbesuchen mit Polizeibegleitung bei Patienten bei denen Selbstmord- oder Verletzungsgefahr besteht.

England

Hausärzte sind in England vertraglich dazu verpflichtet 50 Stunden pro Woche für die Behandlung und Betreuung von Patienten aufzuwenden. In den letzten zehn Jahren gab es Bestrebungen Hausärzte zusätzlich zu einer Abend-Verfügbarkeit von 1,5 Stunden pro Woche zu verpflichten.

Generell gibt es kein einheitliches Modell zur Tagesrandzeiten- und Wochenendversorgung durch Hausärzte. Landesweit werden unterschiedliche Modelle eingesetzt. In der Region West-London in der Dr. Hooker tätig ist, ist durch ein Praxisnetzwerk eine tägliche medizinische Versorgung sowohl für Routine- als auch für Notfälle zwischen 8:00 Uhr und 20:00 Uhr gewährleistet.

Lessons Learned:

Niederlande:

- Reguläre Öffnungszeiten von PVZ: 8:00 Uhr bis 17:30 Uhr
- Randzeitenversorgung: es gibt keine gesetzlichen Regelungen, wie Notfallbetreuung an Randzeiten sicherzustellen ist, sondern nur, dass eine sicherzustellen ist; in der Praxis organisieren die Hausärzte einer Region gemeinsam die Notfallbetreuung; die Notfallbetreuung an Tagesrandzeiten ist in zwei Schichten unterteilt: Schicht 1 von 17:00 Uhr bis 23:00 Uhr und Schicht 2 von 23:00 Uhr bis 8:00; die Notfallbetreuung am Wochenende ist in drei Schichten unterteilt: von 8:00 Uhr bis 16:00 Uhr, von 15:00 Uhr bis 23:00 Uhr und von 23:00 Uhr bis 8:00 Uhr

Schweden:

- Reguläre Öffnungszeiten von PVZ: 8:00 Uhr bis 17:30 Uhr
- Randzeitenversorgung: obliegt den einzelnen Regionen; im Allgemeinen findet in einzelnen PVZ zwischen 17:00 Uhr und 22:00 Uhr eine medizinische Versorgung für „halb-dringende“ Fälle statt; generell findet de facto in keinem PVZ von 22:00 Uhr bis 8:00 Uhr eine medizinische Versorgung statt, auch nicht für Notfälle

England:

- Reguläre Öffnungszeiten und Randzeitenversorgung: es existieren hierzu keine einheitlichen Richtlinien, Vorgaben oder gängigen Praktiken

4.2.4. Prävention und Gesundheitsförderung

Niederlande

In den Niederlanden werden präventive und gesundheitsfördernde Leistungen teilweise im öffentlichen Gesundheitsdienst und teilweise von PVZ (wofür sie eine extra Remuneration erhalten) übernommen. Screening-Untersuchungen wie z.B. Mammographie, PAP-Test und kolorektale Untersuchungen fallen in den Aufgabenbereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Für Personen im fortgeschrittenen Alter (70+ bzw. 75+) gibt es keinen national einheitlichen Plan bzw. nationales einheitliches Programm welche Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen durchgeführt werden sollen. Vielmehr entscheiden darüber die Ärzte eines jeden PVZs selbst. In der letzten Zeit gibt es das Bestreben der Krankenversicherungen PVZ zu beauftragen, sämtliche Patienten der Altersgruppe 70+ bzw. 75+ zu screenen. Da diese Patienten aber in der Regel ohnehin in regelmäßigen Abständen ihr PVZ aufsuchen und „dem Arzt bekannt sind“, verspricht man sich hiervon keinen wirklichen Zusatznutzen.

Eine von PVZ angewandte Methode zu Prävention und Gesundheitsförderung von Personen über 75 Jahren ist, die Patienten nach Risikogruppen zu selektieren. Diese Selektion wird von der diplomierten Pflegefachkraft unter Anleitung des Hausarztes durchgeführt. Dabei wird eine Liste erstellt, welche Patienten zu screenen sind. Dieses Screening wird von der diplomierten Pflegefachkraft durchgeführt und das Ergebnis mit dem Hausarzt besprochen. Es besteht wenig Evidenz dazu, was die beste Organisation der Versorgung für ältere Menschen ist. Alternativen zu dieser nicht-evidenzbasierten Methode sind das amerikanische „Medicaid“-Model oder das spanische „Valencia“-Model (über nähere Informationen zu diesen Modellen verfügen wir nicht).

Schweden

In Schweden sind die Regionen für die Erbringung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen verantwortlich. Hierzu zählen Kindergesundheitsprogramme, Impfprogramme, PAP-Screening und Schwangerenvorsorgeprogramme. Die Regionen verpflichten die PVZ zur Umsetzung dieser Maßnahmen. Mammographien werden in der Regel nicht im schwedischen PVZ durchgeführt. Im PVZ sind für die Erbringung der Leistungen der Kindergesundheitsprogramme die diplomierten Pflegefachkräfte verantwortlich. Die Erbringung der Leistungen in der Schwangerenvorsorge und das PAP-Screening fallen in den Aufgabenbereich der Hebammen.

Grundsätzlich ist in Schweden die Teilnahme an Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen sehr hoch. Falls Patienten bei einer Teilnahme säumig sind erhalten sie vom PVZ per Post eine Aufforderung zur Teilnahme, der sie in der Regel auch nachkommen.

Ein Fokus in Schweden richtet sich auf Lifestyle-Interventionen (z.B. Tabak- und Alkoholkonsum) und die medizinische Behandlung von Sucht und zu hohem LDL-Cholesterin. Sowohl Ärzte, Physiotherapeuten als auch die diplomierten Pflegefachkräfte arbeiten an diesen Themen und treffen auf großes Interesse in der Bevölkerung. Einige kritische Stimmen behaupten jedoch, dass zu viel Fokus auf Themen wie Tabak- und Alkoholkonsum gelegt wird und dadurch Zeit für dringendere Agenden verloren geht.

England

In englischen PVZ gibt es sogenannte *extended role nurses* und *nursing practitioners* (übernehmen sämtliche Agenden die auch ein Arzt wahrnehmen würde), welche quasi autonom agieren und Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen anbieten. Hierzu zählen klassische Screening-Programme (z.B. PAP-Test), Kindergesundheitsprogramme und Programme zur sexuellen Gesundheit von Jugendlichen zwischen 16 und 25 Jahren. Da aber ein zunehmender Mangel an derartigen Fachkräften besteht, sind diese Berufsgruppen nicht mehr in jedem PVZ vorhanden.

Ein nationales Programm verpflichtet die PVZ dafür Sorge zu tragen, dass Frauen sowohl am Mammographie- als auch am Gebärmutterhalsscreeningprogramm teilnehmen. Hierzu müssen PVZ eine Patientenliste über den Status der Mammographie und Zytologie führen. Mammographien werden dabei nicht vom PVZ durchgeführt, jedoch muss jedes PVZ jene Frauen zwischen 40 und 65 Jahren postalisch erinnern zu einer Mammographie zu gehen, welche in den letzten drei Jahren (wird auf zwei Jahre reduziert werden) keine Mammographie durchführen ließen. Zytologien (inkl. PAP-Test) werden im PVZ durchgeführt. Diese „müssen“ mindestens alle fünf Jahre (empfohlen alle drei Jahre) bei Frauen ab dem 21. Lebensjahr durchgeführt werden.

In England ist es vorgesehen, dass alle Personen über 65 Jahre bei einem Hausarzt eingeschrieben sind und über einen Pflegeplan verfügen. Dieser Pflegeplan wird für jede Person individuell vom Hausarzt erstellt. Wie er diesen Pflegeplan allerdings erstellt, ist dem jeweiligen Hausarzt überlassen. Wie die Betreuung im Rahmen des Pflegeplanes (Praxisbesuche und/oder Hausbesuche) und von wem die Betreuung (Hausarzt, PHC Navigator, Gemeindeschwester) übernommen wird, variiert.

Kritisiert wird, dass die Erfüllung der Leistung innerhalb des Pflegeplanes überdurchschnittlich viele Ressourcen bindet, verglichen mit einer relativ kleinen Patientengruppe. Es ist eine im Gang befindliche Debatte, wie die Versorgung älterer Menschen am effektivsten und ressourcenschonendsten umgesetzt werden kann.

Lessons Learned:

1) Zuständigkeit und Organisation von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Niederlande: hier ist die Zuständigkeit geteilt; ein Teil der Maßnahmen wird vom öffentlichen Gesundheitsdienst und ein Teil von PVZ erbracht

Schweden: hier fällt die Zuständigkeit in den Bereich der Regionen. Diese delegieren die Verantwortung und damit die Durchführung an die PVZ.

England: hier liegt die Zuständigkeit im Bereich der PVZ/Hausärzte

2) Durchführung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen

- In den Niederlanden, Schweden und England werden die Leistungen in der Regel von (speziell ausgebildeten) diplomierten Pflegefachkräften, Hebammen und anderen medizinischen Personal erbracht
- Hausärzte spielen bei der Erbringung dieser Leistungen eine untergeordnete Rolle (diesen Eindruck hat das IHS zumindest im Rahmen der Fokusgruppe gewonnen)

3) Umfang von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen

- siehe hierzu die obigen Länderbeschreibungen

4.2.5. Kontinuierliche medizinische Versorgung

Schweden

In Schweden werden Personen mit chronischen Krankheiten einmal jährlich von ihrem Hausarzt und zusätzlich mindestens einmal pro Jahr von spezialisierten diplomierten Pflegefachkräften untersucht. Die Aufgabenteilung zwischen Hausärzten und spezialisierten diplomierten Pflegefachkräften bei der Behandlung von chronischen Kranken stellt sich wie folgt dar: Der Hausarzt sieht den Patienten einmal pro Jahr zu einer rund 30 minütigen Konsultation. Hierbei wird der Krankheitsverlauf dokumentiert, der Behandlungserfolg untersucht und die Medikamente gegebenenfalls adaptiert. Danach übernehmen die spezialisierten diplomierten Pflegefachkräfte die Routine-Kontrollen und die weitere Behandlung (z.B. Wiederverordnung der Medikamente, falls nichts anderes vom Hausarzt angeordnet wird). Der Hausarzt und die spezialisierten diplomierten Pflegefachkräfte stehen dabei in engen Kontakt und tauschen sich regelmäßig über die zu behandelnden Patienten aus.

Zu chronischen Leiden wie Asthma, COPD, Depressionen, Blut-Hochdruck, Diabetes, Epilepsie, Herzfehler und ischämische Herzerkrankung existieren in Schweden Behandlungsprogramme. Zudem gibt es in Schweden auf die Behandlung jedes chronischen

Leidens spezialisierte diplomierte Pflegefachkräfte (z.B. diplomierte Pflegefachkraft spezialisiert auf die Betreuung und Behandlung von COPD Patienten oder spezialisiert auf Diabetes Patienten).

Hinsichtlich der Qualitätssicherung der kontinuierlichen medizinischen Versorgung gibt es in Schweden kein einheitliches System, jedes PVZ versucht selbstständig Patienten einmal jährlich einzuladen und niemanden „auf dem Weg“ zu verlieren.

Niederlande

Das niederländische System ähnelt betreffend kontinuierliche medizinische Versorgung dem schwedischen System. Ein Unterschied besteht darin, dass die diplomierten Pflegefachkräfte Medikamente verschreiben, der Arzt die Verschreibung aber gegenzeichnen muss. Außerdem finden institutionalisierte wöchentliche Treffen zwischen den Hausärzten und den diplomierten Pflegefachkräften statt, um sich über die Patienten auszutauschen.

In den Niederlanden sind auch auf Psychiatrie spezialisierte diplomierte Pflegefachkräfte und Hebammen in den Prozess der kontinuierlichen medizinischen Versorgung eingebunden.

England

Obwohl die Primärversorgung in England seit jeher einen wichtigen Stellenwert einnimmt, befand sie sich Ende des 20. Jahrhunderts in einer Krise. Hausärzte wurden durch viele Überstunden und geringe Bezahlung demotiviert, während die Qualität stark schwankte. Als Abhilfe wurde der Quality and Outcomes Framework (QOF)¹⁰ eingeführt und der Anteil der Gesundheitsausgaben erhöht. Erfüllung von QOF-Indikatoren sind mit Zusatzeinkommen für Hausärzte verbunden und machen zwischen 20% und 25% des Gesamteinkommens einer Praxis aus.

Die QOF Indikatoren beinhalten unter anderem auch Zielvorgaben für die Behandlung chronisch Kranker. Gemessen werden insgesamt 148 Indikatoren in vier verschiedenen Bereichen (klinischer Bereich, organisatorischer Bereich, Patientenerfahrung, zusätzliche Leistungen) durch eine automatische elektronische Datenauswertung. Die Kriterien orientieren sich an dem „best practice“-Verfahren und sind mit Punkten bewertet. Am Ende eines Bilanzjahres wird die Gesamtpunktezahl von einer offiziellen Behörde berechnet und eine Praxis dementsprechend finanziert. Ein typischer Indikator würde der Anteil an Patienten mit koronarer Herzkrankheit, deren Cholesterin im letzten Bilanzjahr gemessen wurde, sein. Ein weiterer Indikator ist die Anzahl an Patienten mit Depression, die einen Fragebogen bezüglich der Schwere Ihrer Erkrankung ausgefüllt haben. Der QOF regelt dabei die Intervalle in denen Patienten mit Bluthochdruck (zweimal jährlich), Diabetes (einmal jährlich), oder anderen Krankheiten mindestens untersucht werden müssen.

¹⁰ Eine detaillierte Beschreibung des QOF findet sich auf folgender Webpage: <http://www.hscic.gov.uk/qof>

Insgesamt sind 1.000 Punkte zu erreichen und es wurde damit gerechnet, dass im Durchschnitt rund 75% dieses Wertes von den Hausärzten erreicht werden. Tatsächlich erreichen die Hausärzte im Durchschnitt knapp 90% der maximalen Punkte, was die geschätzten Kosten von NHS England übertrifft, aber eine deutliche Qualitätssteigerung sichtbar macht. Eine Kritik am QOF ist, dass Hausärzte viel Zeit damit aufbringen, Daten für den QOF zu sammeln und dabei den eigentlichen Blick auf den Patienten verlieren. Das eigentliche Ziel sollte es sein, mehr Zeit für die Behandlung des Patienten zu haben.

Die Behandlung von Patienten mit COPD, Asthma, Herzkrankheiten oder Diabetes wird von diplomierten Pflegefachkräften übernommen.

Lessons Learned:

Niederlande: hier werden chronisch Kranke im Rahmen der kontinuierlichen medizinischen Versorgung im Zusammenspiel zwischen Hausärzten und diplomierten Pflegefachkräften betreut und behandelt; institutionalisierte wöchentliche Treffen zwischen die beiden Gruppen dienen zum Informationsaustausch

Schweden: hier werden chronisch Kranke im Rahmen der kontinuierlichen medizinischen Versorgung einmal jährlich beim Hausarzt und zumindest einmal jährlich (je nach Bedarf auch öfters) bei einer spezialisierten diplomierten Pflegefachkraft vorstellig

England: hier findet die kontinuierliche medizinische Versorgung im Rahmen des Quality and Outcomes Framework (QOF) statt

Generell lässt sich in diesem Zusammenhang feststellen, dass (spezialisierte) diplomierte Pflegefachkräfte in allen drei Ländern für einen wesentlichen Teil der Betreuung und Behandlung von chronisch Kranken verantwortlich sind.

4.2.6. Behandlungsspektrum

Notfallbehandlung

Niederlande

In den Niederlanden rufen Patienten entweder den nationalen Notruf 111 oder den eigenen Hausarzt/eigene PVZ an, wenn es um Notfallbehandlung geht. Es wird dann telefonisch besprochen/abgeklärt, um was es sich handelt und in den meisten Fällen suchen die Patienten das PVZ anstelle des Krankenhauses auf. Abends und am Wochenende gehen Patienten zum bereits beschriebenen *Doctors post*. Die Anzahl der Patienten die auf eigene

Entscheidung das Krankenhaus aufsuchen, ist sehr gering und normalerweise gehen Niederländer zuerst entweder ins PVZ oder zum *Doctors post*.

Schweden

In Schweden rufen Patienten im Falle eines Unfalls oder einer Verletzung ein PVZ, ein Krankenhaus, oder den Notruf an. Telefonisch wird eine Triage vorgenommen und die Patienten angewiesen ob sie ein PVZ oder ein Krankenhaus aufsuchen sollen. Patienten die ohne vorherige telefonische Triage sofort ein Krankenhaus aufsuchen, werden im Krankenhaus triagiert. Wenn festgestellt wird, dass die Verletzung nicht schwerwiegend ist und auch eine Versorgung im PVZ möglich ist, werden die Patienten vom Krankenhaus ins PVZ geschickt/überwiesen.

Kleine Verletzungen werden prinzipiell in Schweden immer in einem PVZ versorgt, z.B. Entfernung eines Splitters aus dem Auge. Im PVZ erfolgt die Versorgung der Verletzungen in der Regel durch den Hausarzt. Nur bei sehr geringfügigen Verletzungen findet eine Versorgung ausschließlich durch eine diplomierte Pflegefachkraft statt.

Derzeit wird in Schweden darüber debattiert, inwiefern die Notfallbehandlung Gegenstand/Aufgabe der Primärversorgung ist.

England

Das englische Gesundheitssystem bietet dem Patient verschiedene Möglichkeiten zur Notfallbehandlung. Neben den klassischen Notfallambulanzen (Accident and Emergency unit, A&E) gibt es noch „walk-in centres“ und „minor injury centres“.

In den „A&E“-Einheiten werden in der Theorie ausschließlich schwerere Verletzungen behandelt. Die „walk-in centres“ dienen zur Versorgung von kleinen Verletzungen¹¹. Die „walk-in centres“ sind örtlich meist mit „A&E“-Einheiten verbunden, verfügen aber über einen separaten Eingang oder ein eigenes Gebäude. Die „walk-in centres“ werden in der Regel von diplomierten Pflegefachkräften geleitet. „Minor injury units“ existieren vor allem in ländlichen Regionen und werden ausschließlich von diplomierten Pflegefachkräften betrieben; in der Regel ist auch kein Allgemeinmediziner vor Ort anwesend. Diese Einrichtungen sind bei Familien beliebt und werden oft für Verletzungen aufgesucht, die im Haushalt geschehen (z.B. kleinere Schnittverletzungen), da die Wartezeiten wesentlich geringer sind als z.B. in „walk-in centres“.

¹¹ Kleinere Verletzungen sind zum Beispiel: Stoßverletzungen, Fußverletzungen, Sportverletzungen, kleinere Kopfverletzungen, Brüche und Verletzungen ohne größere Traumata

Lessons Learned:

Aus den Berichten von den Niederlanden und Schweden, aber auch von England ist deutlich erkennbar, dass die Versorgung von kleineren Verletzungen klar in den Aufgabenbereich von PVZ fällt. Um den Patienten in das richtige Versorgungssetting zu lotsen, findet in den Niederlanden und in Schweden schon eine Triage via Telefon statt.

Qualitätssicherung des vom HVB definierten Versorgungsauftrages:

Der vom HVB definierte Versorgungsauftrag Primärversorgung sieht eine Erstversorgung von Notfällen und eine Weiterleiterleitung an die geeignete Versorgungseinheit vor.

Auf Basis des Erkenntnisgewinnes von den Niederlanden, Schweden und England sollte für „kleinere“ Verletzungen nicht nur eine Erstversorgung sondern eine vollständige Versorgung in den PVZ stattfinden. Für schwerwiegende Verletzungen erscheinen die vom HVB geplante Erstversorgung und die anschließende Weiterleitung an eine geeignete Versorgungseinheit realistisch.

Grundversorgung

Das Leistungsspektrum in der Grundversorgung ist in den Niederlanden, Schweden und England ähnlich. In Tabelle 10 soll verdeutlicht werden, welche Behandlungen innerhalb der Primärversorgung erbracht werden, und welche dem Sekundärversorgungsbereich zugeordnet sind. Die aufgelisteten Leistungen beziehen sich auf die in der Fokus Gruppe diskutierten und vom HVB im „Versorgungsauftrag Primärversorgung“ definierten Leistungen hinsichtlich der Grundversorgung.

Tabelle 10: Leistungsspektrum in der Grundversorgung

Leistungsspektrum		
Basisdiagnostik, klinische Untersuchung, Anamnese, abgestufte weiterführende Diagnostik und Therapie, Beratung/Behandlung und Nachsorge von episodischen Krankheiten (auch bei Schwangeren) und akuten Verletzungen. Abschließende Behandlung wenn möglich, bei spezialisiertem Versorgungsbedarf qualifizierte Weiterleitung an den Facharzt		
Erkennen von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, psychosozialen Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen (z.B. Demenz, Alzheimer, Suchterkrankungen, Depressionen, Essstörungen), psychosoziale Versorgung		
Impfberatung, Kinderimpfkonzept		
Information über oder Behandeln von sexuell übertragbare Krankheiten, bei Bedarf Weiterleitung		
Kleine Chirurgie (z.B. Entfernung von Nähten ¹⁾ , Hühneraugen und Warzen; Naht einer Wunde)		
Infusionen, Injektionen, Infiltrationen, Punktion		
Katheterisierung		
Fremdkörperentfernung (z.B. Entfernung von kleinen Fremdkörpern aus einer Wunde)		
Verbandswechsel, Naht-/ Klammerentfernung		
Wundversorgung		
Verschreibung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln		
Zusätzliche Leistungen im Leistungsspektrum		
England	Niederlande	Schweden
Familienplanung	Gipsabnahme Familienplanung Vasektomie Palliativmedizin ²⁾	Gipsabnahme
Nicht Teil des Leistungsspektrums		
England	Niederlande	Schweden
Gipsverband und –abnahme Behandlung von Infektionen ³⁾ Behandlung von Suchterkrankungen und Essstörungen ⁴⁾	Gipsverband Schwangerschaftsberatung, Stillberatung, Säuglingspflege (ausschließlich von Hebammen)	Gipsverband Behandeln von sexuell übertragbare Krankheiten Familienplanung, Stillberatung, Säuglingspflege (ausschließlich von Hebammen)

Anmerkung: 1) Entfernen von Nähten: Wird vom medizinischen Fachpersonal durchgeführt. 2) Wird hauptsächlich vom Arzt ausgeführt (Krankenhaus wird vermieden, Hausbesuche sind üblich), oder von speziell ausgebildeten Fachangestellten. 3) Sind im Vertrag gelistet, werden praktisch aber nicht erbracht, sondern an Krankenhäuser überwiesen. 4) Werden von Psychiatern oder seltener von Allgemeinärzten mit Zusatzausbildung erbracht.

Quelle: IHS HealthEcon 2014, HVB 2014

Box 1: England: Allgemeinärzte mit Zusatzausbildung

In England ist es einem Allgemeinmediziner möglich, eine Akkreditierung zu einem Allgemeinmediziner mit spezieller Zusatzausbildung zu erwerben. Diese Allgemeinmediziner mit Zusatzausbildung sind sogenannte GPwSI (General Practitioner with Special Interest). Eine derartige Zusatzausbildung ist unter anderem in folgenden Bereichen möglich: Demenz, Endoskopie, Dermatologie, Schmerztherapie, Palliativmedizin und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Die Tarife der Allgemeinmediziner mit Zusatzausbildung liegen für eine idente Leistung unter jenen der Fachärzte. Der Grundgedanke bei der Einführung von GPwSI war einerseits, dass durch die „billigere Leistungserbringung“ Kosten gespart werden können und andererseits, dass dadurch das Leistungsspektrum in der Primärversorgung erweitert wird.

Die Leistungen in der oben stehenden Tabelle werden, wenn nicht anders vermerkt ist, von den Hausärzten selber ausgeführt. Falls weiteres medizinisches Personal (Diätologe, Logopäde, Physiotherapeut, Psychologe,...) benötigt wird, steht dieses in der Regel innerhalb bzw. außerhalb des PVZs zu Verfügung. Welches zusätzliche medizinische Personal vor Ort ist und welches nicht, ist von PVZ zu PVZ verschieden. Anzumerken ist in diesem Zusammenhang noch, dass in Schweden Kinderpsychologen und Kinderärzte nicht dem Bereich der Primärversorgung, sondern dem Krankenhaussektor zugeordnet sind.

Qualitätssicherung des vom HVB definierten Versorgungsauftrages:

Auf Basis des Erkenntnisgewinnes von den Niederlanden, Schweden und England kann festgehalten werden, dass sich das vom HVB definierte Leistungsspektrum „**Grundversorgung/Nachkontrolle**“ über weite Strecken mit jenem von den Niederlanden, Schweden und England in PVZ deckt und es daher als realistisch betrachtet werden kann.

Versorgung von chronisch kranken, multimorbiden und geriatrischen Patienten

Das Leistungsspektrum bei der Versorgung chronisch kranker, multimorbider und geriatrischer Patienten ist in den Niederlanden, Schweden und England ähnlich. In Tabelle 11 ist das Leistungsspektrum dargestellt. Die aufgelisteten Leistungen beziehen sich auf die in der Fokus Gruppe diskutierten und vom HVB im „Versorgungsauftrag Primärversorgung“ definierten Leistungen.

Tabelle 11: Leistungsspektrum Versorgung von chronisch kranken, multimorbiden und geriatrischen Patienten

Leistungsspektrum
Basisdiagnostik, klinische Untersuchung, Anamnese, Beratung/ Behandlung, bei spezialisierten Versorgungsbedarf qualifizierte Weiterleitung an den FA
Langzeitbehandlung, kontinuierliche Begleitung, fortgesetzte Betreuung, Anleitung und Behandlung nach „state of the art“, Durchführung von integrierten Versorgungsprogrammen (z.B. im Rahmen von DMP)
Telemedizinische Versorgung
Erkennen von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, psychosozialen Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen (Demenz, Alzheimer, Suchterkrankungen, Depressionen, Essstörung, etc.), psychosoziale Versorgung
Behandlung und Betreuung geriatrischer PatientInnen unter Berücksichtigung ihrer individuellen Bedürfnisse (symptomorientiert, geriatrisches Basisassessment)
Prävention (Dekubitus, Sturzprophylaxe, Kachexie, etc.)
Infusionen, Injektionen, Infiltrationen, Punktion
Katheterisierung
Nicht Teil bzw. nur teilweise bzw. nur in Kooperation mit einem Krankenhaus Teil des Leistungsspektrums (Niederlande, Schweden, England)
Schmerztherapie (nur im Krankenhaus)
Management Inhalationstherapie (Asthma, COPD)
Stoma- und Inkontinenzberatung
Management Sondennahrung
Management Portkatheter
Verschreibung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln
Wundmanagement
Strukturiertes Medikamentenmanagement
Schulung in der Selbstversorgung, Patient-Empowerment

Quelle: IHS HealthEcon 2014, HVB 2014

Im Rahmen der Diskussion zur Qualitätssicherung des vom HVB definierten Versorgungsauftrages wurde folgendes festgestellt: Die Leistungen, welche in Tabelle 11 unter „nicht Teil bzw. nur teilweise bzw. nur in Kooperation mit einem Krankenhaus Teil des Leistungsspektrums“ kategorisiert sind, sind arbiträr ausgewählt, sehr spezialisiert und werden z.B. in den ausgewählten Ländern nur in Kooperation mit oder ausschließlich im

Krankenhaus durchgeführt. In allen drei Ländern stellen diese Leistungen nur einen äußerst geringen Teil des Leistungsspektrums eines PVZ dar. Darüber hinaus wurde festgehalten, dass bei der Formulierung eines Versorgungsauftrages Begriffe wie „Management“ (von Portkatheter oder Sondennahrung) genau definiert werden sollten, damit verständlich wird, was genau darunter zu verstehen ist. „Management“ ist ein zu breiter Begriff „um ihn dingfest zu machen“.

Am Beispiel „Management von Portkatheter“ wurde diskutiert, dass es eine Frage der Effektivität ist, ob derartige Leistungen im Primärversorgungsbereich anzusiedeln werden sollen. In Österreich, wo einem Hausarzt zwischen 2.000 und 2.500 Patienten zugehörig sind, scheint es empfehlenswert wenn „Management von Portkatheter“ die Weiterführung der Behandlung aus dem Krankenhaus beinhaltet, jedoch nicht die gesamte bzw. den Beginn einer Behandlung.

Aspekt Medikamentenmanagement: Medikamentenmanagement wird in den Niederlanden und in England so gehandhabt, dass gemeinnützige/nicht-kommerzielle Pharmazeuten in regelmäßigen Kontakt mit den PVZ stehen und in diesem Zusammenhang Hinweise und Verbesserungsvorschläge zum Verschreibeverhalten geben, Fallbeispiele besprechen und Fragen der Hausärzte zu Verschreibungen beantworten. Eine Möglichkeit ist auch bestimmte Risikogruppen zu definieren, wie zum Beispiel einen „polypharmazeutischen“ Patienten – eine Patientengruppe denen mehr als fünf Medikamente verschrieben sind. Das Verschreibeverhalten dieser Patientengruppe wird dann in einer höheren Frequenz von den Pharmazeuten gegengecheckt.

In Schweden werden zum Medikamentenmanagement von chronisch kranken Personen keine externen Pharmazeuten beigezogen, weil laut einer aktuellen Studie dadurch kein zusätzlicher Nutzen nachgewiesen werden konnte. Änderungen von Verschreibungen bei Patienten werden zwischen Arzt, diplomierter Pflegefachkraft und wenn möglich/nötig Angehörigen des Patienten besprochen.

Schweden

Zusätzlich zu den oben angeführten Leistungen, ist die Palliativversorgung in Schweden auch ein Teil der Versorgung von chronisch kranken, multimorbiden und geriatrischen Patienten. Patienten sterben in Schweden in der Regel zu Hause und es wird versucht Krankenhausaufenthalte so kurz wie nötig zu gestalten. Zudem gibt es für hochbetagte Menschen „häusliche Pflege“, die nicht von der gesamten Region sondern von einzelnen Gemeinden organisiert wird. Meistens verfügen die Pflegefachkräfte, welche die Hausbesuche durchführen, über eine umfassende Spezialisierung (z.B. diplomierte Pflegefachkräfte mit einer Spezialausbildung für Demenz).

England

Auch in England ist die Palliativversorgung ein wesentlicher Teil der Versorgung von chronisch kranken, multimorbiden und geriatrischen Patienten. Im Gegensatz zu z.B. Schweden ist sie auf Seite der Hausärzte sehr unpopulär, weil sie mit enormem bürokratischem Aufwand verbunden ist. Zudem ist eine Palliativversorgung, wenn sie gut und richtig gemacht wird, sehr zeitintensiv.

Qualitätssicherung des vom HVB definierten Versorgungsauftrages:

Auf Basis des Erkenntnisgewinnes von den Niederlanden, Schweden und England kann festgehalten werden, dass sich das vom HVB definierte Leistungsspektrum „**Versorgung von chronisch kranken, multimorbiden und geriatrischen Patienten**“ teilweise mit jenem von den Niederlanden, Schweden und England in PVZ deckt.

Die im oberen Teil der Tabelle 11 anführten Leistungen sind auch in den Niederlanden, Schweden und England Bestandteil der Versorgung von chronisch kranken, multimorbiden und geriatrischen Patienten in PVZ und können daher als realistisch betrachtet werden.

Die im unteren Teil der in Tabelle 11 angeführten Leistungen sind in den Niederlanden, Schweden und England hingegen kein oder nur teilweise oder nur in Kooperation mit Krankenhäusern Bestandteil der Versorgung von chronisch kranken, multimorbiden und geriatrischen Patienten und erscheinen daher als nicht gänzlich realistisch. Vielmehr wurde von den Experten darauf hingewiesen, dass die Formulierung eines Versorgungsauftrages nicht derartig spezielle Leistungen enthalten sollte. Andererseits wurde aber kritisiert, dass der Begriff „Management“ zu allgemein ist und daher nicht klar ist, was z.B. genau unter Management von Portkatheter zu verstehen ist.

Spezialversorgung – Bereich Dermatologie

In den Niederlanden, Schweden und England werden in der Regel folgende dermatologischen Leistungen im Bereich Primärversorgung erbracht:

- Entfernen von Muttermalen
- Entfernen von Hautgeschwülsten und Hauttumoren
- Entfernen von eingewachsenen Nägeln
- Andere kleinere operative Eingriffe

Die Hauptaufgabe in der Primärversorgung liegt in den drei Ländern in der Anamnese und Diagnose von Hautunregelmäßigkeiten.

In den Niederlanden und in Schweden liegt es im eigenen Ermessen des Hausarztes wann er einen Patienten zur weiterführenden Diagnostik/Behandlung an einen Facharzt überweist. In England gibt es hingegen exakte Richtlinien, unter welchen Gegebenheiten ein Patient an einen Facharzt überwiesen werden muss. Diese Richtlinien ähneln dabei dem Zeitpunkt, ab wann ein Hausarzt für gewöhnlich in den Niederlanden und in Schweden einen Patienten zu einem Facharzt überweisen würde.

In England müssen jegliche Eingriffe, die oberhalb des Halses stattfinden würden, von einem Facharzt durchgeführt werden. Weiters darf ein Hausarzt keine Pigmentveränderungen behandeln, wenn es sich um ein Melanom handeln könnte. Laserbehandlungen werden ausschließlich von dafür vorgesehenen Zentren durchgeführt. Generell besteht folgende Abstufung zwischen Komplexität der zu erbringenden Leistung und Aufzusuchendem: Allgemeinmediziner, Allgemeinmediziner mit Zusatzausbildung (im Bereich Dermatologie), dermatologisches PVZ (PVZ, welches von Dermatologen geleitet wird), Krankenhaussektor.

In Schweden spielt in der dermatologischen Versorgung Telemedizin eine immer wichtigere Rolle. Möchte ein Hausarzt bei einer Diagnoseerstellung einen Facharzt zu Rate ziehen, so macht dieser von der betroffenen Hautpartie ein Foto und schickt es via Internet an einen Facharzt der Dermatologie. Dieser befundet das Foto und berät den Hausarzt bei der weiteren Vorgehensweise; z.B. Muttermal muss nicht entfernt werden, Muttermal ist klein und kann leicht durch den Hausarzt entfernt werden oder Muttermal ist sehr groß und schwierig zu entfernen und daher soll der Patient zwecks weiterführender Behandlung an einen Dermatologen überwiesen werden.

Lessons Learned:

In den Niederlanden, Schweden und England fallen kleine operative Eingriffe aus dem Bereich Dermatologie wie z.B. die Entfernung eines eingewachsenen Nagels oder die Entfernung eines kleinen Muttermals in den Leistungsbereich der Primärversorgung.

Spezialversorgung – Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe

Niederlande

Der Bereich Gynäkologie fällt nicht in den Primärversorgungsbereich, was bedeutet, dass Hausärzte keine gynäkologischen Leiden behandeln.

Gynäkologische Vorsorge: PAP-Tests werden durch diplomierte Pflegefachkräfte in niederländischen PVZ durchgeführt und zur Auswertung an eine Pathologie geschickt. Das Ergebnis wird an den Hausarzt übermittelt. Im Falle eines positiven Befundes wird der Patient umgehend zu einem Facharzt der Gynäkologie zur Weiterbehandlung überwiesen.

Schweden

Der Bereich Gynäkologie fällt nur peripher in den Primärversorgungsbereich. In urbanen Regionen ist es üblich, dass Frauen bei gynäkologischen Problemen sofort einen Gynäkologen aufsuchen. In ruralen Regionen hingegen suchen Frauen bei „kleineren“ Beschwerden (z.B. Regelbeschwerden) zuerst ihren Hausarzt auf und erst bei „größeren“ Problemen einen Gynäkologen.

Gynäkologische Vorsorge: PAP-Tests werden im Rahmen von Vorsorgeprogrammen (siehe auch Kapitel 4.2.4) von Hebammen durchgeführt und zur Auswertung an eine Pathologie geschickt. Das Ergebnis wird von der Pathologie direkt an den Patient übermittelt und im Falle eines positiven Befunds wird auch die Überweisung zum Gynäkologen mitgeschickt. Der Hausarzt erhält weder Information über das Ergebnis, noch ist er für die Überweisung zum Gynäkologen zuständig.

Lessons Learned:

In den Niederlanden und in Schweden fällt der Bereich Gynäkologie (vor allem die Behandlung) nicht in den Primärversorgungsbereich.

Gynäkologische Vorsorge: In den Niederlanden sowie in Schweden werden PAP-Tests nicht vom Gynäkologen sondern von diplomierten Pflegefachkräften bzw. Hebammen durchgeführt.

Spezialversorgung – HNO

In den Niederlanden und in Schweden werden unter anderen folgenden Leistungen in der Primärversorgung erbracht:

- Audiometrie
- Ohrmikroskopie
- Entfernen von Fremdkörpern der Nase oder des Ohres (nur einfache Fälle)

In England werden diese Belange und sämtliche andere Belange ausschließlich in der Sekundärversorgung, also bei einem HNO-Arzt, abgewickelt.

Spezialversorgung – Innere Medizin

Niederlande

Im Bereich der Inneren Medizin werden folgende Leistungen in einem PVZ durchgeführt: EKG, Belastungs-EKG, 24h-EKG, Spirometrie, 24h-Blutdruckmessung, Doppler-Ultraschall-Untersuchung.

Für eine Echokardiographie oder eine Computertomographie werden die Patienten zwecks Diagnostik an eine entsprechende Stelle überwiesen. Der Befund wird dem Hausarzt übermittelt, der ihn dann auch mit dem Patienten bespricht.

Schweden

Aus dem Bereich der Inneren Medizin werden folgende Leistungen in einem PVZ durchgeführt: EKG, Belastungs-EKG, 24h-EKG, Spirometrie, 24h-Blutdruckmessung, Doppler-Ultraschall-Untersuchung.

Benötigt ein Patient eine Endoskopie oder ein EEG (Hirnstrommessung), wird er an eine entsprechende Stelle überwiesen, wo die Diagnostik und Befundbesprechung stattfindet. Benötigt ein Patient hingegen eine Echokardiographie wird er ebenfalls an eine entsprechende Stelle überwiesen, wo die Diagnostik stattfindet. Der Befund wird aber dem Hausarzt übermittelt, der ihn dann auch mit dem Patienten bespricht.

England

In England besteht großes Interesse daran, Leistungen aus der Sekundärversorgung in die Primärversorgung zu verschieben, um Kosten zu senken. Allerdings werden Hausärzten diagnostische Leistungen wie z.B. EKG etc... nicht vergütet. Daher werden derartige diagnostische Leistungen in PVZ auch nicht angeboten. Vielmehr gibt es eigene „Diagnostik-Zentren“, welche EKG, Belastungs-EKG, 24h-EKG, Röntgen, Computertomographien, Magnetresonanztomographien, Doppler-Ultraschall, etc... durchführen und die Ergebnisse dann an das PVZ übermitteln. Als Vorteil derartiger Zentren wird gesehen, dass die Qualität der Diagnostik und Befundung aufgrund der höheren Frequenz an Untersuchungen höher ist als in einem PVZ.

Lessons Learned:

„**Basisdiagnostische**“ **Leistungen** wie z.B. EKG, Belastungs-EKG, 24h-EKG, Spirometrie, 24h-Blutdruckmessung, Doppler-Ultraschall-Untersuchung werden in den Niederlanden und in Schweden in PVZ durchgeführt.

Weiterführende diagnostische Leistungen wie z.B. Echokardiographie, Computertomographie werden nicht in PVZ durchgeführt. Hierzu werden die Patienten an entsprechende Stellen überwiesen.

Eine Frage, die sich also gestellt werden muss ist, ob Allgemeinmediziner in Österreich hinreichend Ausbildung und Erfahrung besitzen, um bestimmte diagnostische Tests zu bewerten, oder ohnehin die Meinung eines Facharztes benötigen. Dinge die für eine solche Evaluierung der Kosteneffizienz in Frage kommen, sind das 24-Stunden EKG bzw. die 30-Tage Herzereignisüberwachung, der direkte Zugang zu Endoskopie, oder die Beurteilung von EEGs. Falls diese Diagnosemittel in der Primärversorgung anwendung finden sollen, kann evtl. eine kurze Zusatzqualifikation als Abrechnungskriterium eingeführt werden.

Spezialversorgung – Ophthalmologie

In allen drei Ländern ist der Großteil der ophthalmologischen Leistungserbringung im Sekundärversorgungsbereich verortet. Im Primärversorgungsbereich werden nur minimale Leistungen erbracht, wie z.B. das Entfernen eines Fremdkörpers im Auge (solange der Fremdkörper für den Hausarzt mit freiem Auge erkennbar ist).

In allen drei Ländern herrscht Einigkeit darüber, dass ein Spaltlampenmikroskop in einem PVZ nicht kosteneffizient betrieben werden kann.

Lessons Learned:

Der überwiegende Anteil an ophthalmologischen Leistungen wird weder in den Niederlanden, in Schweden noch in England im Primärversorgungsbereich, sondern im Sekundärversorgungsbereich erbracht.

Spezialversorgung – Orthopädie

In den Niederlanden und in Schweden fällt ein Teil der orthopädischen Versorgung in den Primärversorgungsbereich. Das betrifft im Wesentlichen die Schmerztherapie.

Diagnostik (Computertomographie, Magnetresonanztomographie), Anlegen eines Gipsverbandes, Anpassen von Einlagen, etc... sind im Sekundärversorgungsbereich angesiedelt. In den Niederlanden verordnet der Hausarzt ein CT oder MRT und der Befund wird von der ausführenden Stelle übermittelt. Der Hausarzt entscheidet selbstständig ob eine Überweisung für eine weiterführende Behandlung bei einem Orthopäden notwendig ist. In England sind die Hausärzte angehalten, CTs und MRTs zu diagnostischen Zwecken so weit als möglich zu vermeiden.

Lessons Learned:

In den Niederlanden und in Schweden fällt vor allem die Schmerztherapie aus dem orthopädischen Bereich in die Primärversorgung.

Spezialversorgung – Urologie

In den Niederlanden, Schweden und England werden in PVZ hauptsächlich urologische Vorsorgeuntersuchungen (PSA¹²-Wert) bei Patienten über 50 Jahren durchgeführt. Ansonsten werden kaum urologische Leistungen im Primärversorgungsbereich erbracht. Ein größeres Leistungsspektrum im urologischen Bereich besitzen in England Allgemeinärzte mit Zusatzausbildung in Urologie.

4.2.7. Dokumentation

Niederlande

In den Niederlanden wird nach „SOEP“ (Subjektiv, Objektiv, Auswertung/Evaluation, Maßnahme/Programme) mittels ICPC (International Classification of Primary Care)

¹² Prostataspezifisches Antigen. Die Durchführung des PSA-Tests wird in allen drei Ländern, auch wenn nationale Richtlinien zur Durchführung bestehen, versucht zu vermeiden. Patienten werden informiert und es wird über Probleme gesprochen. Falls ein Patient auf einen Test besteht, wird er auch durchgeführt.

dokumentiert. Dieses System nutzen 99% der Ärzte, obwohl keine gesetzliche Regulierung/Verpflichtung hierzu besteht, dieses System zu verwenden. Die Patienten haben auf Anfrage Zugang zur offiziellen Dokumentation des Hausarztes, welche, genau wie die persönlichen Notizen des Hausarztes, bis zu sieben Jahre gespeichert werden. Auf Anfrage muss der Arzt dem Patient zumindest Einsicht in die offizielle Dokumentation geben.

In den meisten PVZ ist vertraglich geregelt, wer auf die Dokumentation zugreifen darf. Für gewöhnlich darf der Hausarzt, sein Kernteam und während der Nachtschichten auch die Hausärzte von *Doctors' post* auf die Patienteninformationen/patientenbezogene Krankenakte zugreifen. Getrennt von der patientenbezogenen Krankenakte gibt es eine pharmazeutische Krankenakte, in denen nicht die Krankheiten der Patienten, sondern ausschließlich die Verordnungen an Arzneimitteln (inkl. Arzneimittelunverträglichkeiten) dokumentiert werden.

Die patientenbezogenen Krankenakten werden PVZ-übergreifend nur innerhalb des *Doctors post* Netzwerks einer Region gespeichert. Krankenhäuser haben keinen Zugriff auf die patientenbezogene Krankenakte, sie haben jedoch einen Zugriff auf die pharmazeutische Krankenakte der Patienten. Es wird grundsätzlich nicht als Problem gesehen, dass Krankenhäuser nicht auf die patientenbezogene Krankenakte zugreifen können, da Patienten normalerweise mit einer Überweisung ein Krankenhaus aufsuchen. Da Krankenhäuser aber jederzeit in die pharmazeutische Krankenakte Einsicht nehmen können, stellt auch bei Notfällen, wo Arzneimittelunverträglichkeiten eine Rolle spielen könnten, das Zugriffsverbot auf die patientenbezogene Krankenakte kein Problem dar.

Hebammen, Physiotherapeuten und anderes medizinisches Personal haben weder Zugriff auf die patientenbezogene Krankenakte noch auf die pharmazeutische Krankenakte. Diese Berufsgruppen sind hinsichtlich Patienteninformationen auf Informationen des Hausarztes angewiesen, welcher wiederum Informationen von diesen Berufsgruppen in die Krankenakte eintragen kann.

Krankenversicherungen und Organe der Regierung haben keinen Zugriff auf die beiden Krankenakten von Patienten.

Schweden

In Schweden sind alle Patientendaten elektronisch erfasst, jedoch sind die Systeme nicht nur von Region zu Region, sondern auch innerhalb der Regionen unterschiedlich. Manche Regionen versuchen ein einheitliches System dadurch zu etablieren, dass sie einen Teil der Finanzierung durch Steuergelder an die Nutzung eines bestimmten Systems binden. In anderen Regionen ist es aber erlaubt das System zu nutzen, welches man persönlich präferiert.

In manchen Regionen wird ein System verwendet, bei dem jedes PVZ, jedes Krankenhaus und sämtliches medizinisches Personal (Hebammen, Physiotherapeuten, ...) die Patientendaten einsehen können. Das einzige Regulativ ist, dass die Akteure nur bei jenen Patienten Daten bearbeiten und einsehen dürfen, welche sich momentan in deren Behandlung befinden. Es ist nicht erlaubt Daten von ehemaligen Patienten, geschweige denn von fremden Patienten einzusehen, es sei denn zum Zwecke der Qualitätsverbesserung (nicht jedoch zum Zwecke von Forschung oder persönlichem Interesse). Kontrolliert wird der korrekte Umgang mit diesem System einerseits stichprobenartig und andererseits auf direkte Anfragen von Patienten.

Ähnlich wie in den Niederlanden, muss der Hausarzt/ein Arzt dem Patienten Einsicht in seine Akte geben, ist jedoch nicht verpflichtet ihm eine Kopie der Akte auszuhändigen. In manchen Regionen gibt es Bestrebungen, Patienten Zugangscodes auszuhändigen, um eine Einsicht in die eigene Akte von zu Hause aus möglich zu machen. Möglichkeiten der Patienten zur Bearbeitung bzw. dem Hinzufügen von Gesundheitsdaten (Blutdruckwerte, etc.) in ihre eigene Akte bestehen derzeit noch nicht.

Dokumentiert wird mittels einer primärversorgungs-basierten Version von ICD-10 oder aber auch der vollen ICD-10 Version, nachdem Krankenhäuser nur letztere verwenden. Vorgehensweisen und Behandlungen werden nicht einheitlich dokumentiert.

England

In England wurde mit hohem Kostenaufwand ein System zur Dokumentation entwickelt; das sogenannte „System One“. Landesweit sind derzeit zwar noch unterschiedliche Systeme in Verwendung, der Großteil der Primärversorgung und Sekundärversorgung nutzt jedoch bereits das „System One“. In diesem System hat jeder Patient seine Akte und jeder Dienstleister im Gesundheitswesen kann darauf zugreifen. Vorteile sind zum Beispiel, dass wenn ältere Personen in ein Krankenhaus kommen alle Daten/Befunde (z.B. Blutwerte) vorhanden sind und mit den neu erhobenen Daten/Befunden verglichen werden können. Das System entspricht bestimmten Sicherheitskriterien, so dass Daten z.B. bei einem Systemabsturz nicht verloren gehen können. Die Erlaubnis, dass alle Gesundheitsanbieter Zugang zu den Daten haben ist derzeit noch mit hohem bürokratischem Aufwand verbunden und ein wesentlicher Kritikpunkt.

Jeder Patient kann seine Krankenakte via Mobiltelefon abrufen und es besteht eine Option mittels Textnachrichten direkt den Hausarzt zu kontaktieren. Für die Zukunft ist geplant, dass Patienten auch selbstständig ihren Blutdruckwert oder andere Werte in die Akte eintragen können.

Lessons Learned:

Wichtig ist, dass das Dokumentationsmodell einerseits eine systematische Kodierung besitzt und einfach zu handhaben ist, und andererseits festgelegt ist, welche Daten in das System übertragen werden sollen. Durch einen systematischen Ansatz kann es passieren, dass der Arzt eine Menge von Daten in das System speisen kann bzw. soll, jedoch nur eine geringe Anzahl der Daten auch nützlich zur Behandlung der jeweiligen Krankheit ist. Es sollte also darauf geachtet werden, welche Informationen Priorität besitzen und wie man ein Dokumentationssystem so simpel wie möglich und komplex wie nötig halten kann.

4.2.8. Weitere Bereiche in Bezug auf die Qualitätssicherung des vom HVB definierten Versorgungsauftrages

Qualitätsmanagement und übergreifende Aufgaben

Die in Tabelle 12 erbrachten Leistungen orientieren sich an dem vom Hauptverband für Sozialversicherungsträger erstellten Versorgungsauftrag „Übergreifende Aufgaben“.

Lotsenfunktion

Die Ärzte und die Pflegefachkräfte in den Niederlanden und in Schweden verfügen über nicht-regulierte Vernetzungen mit anderen Vertragspartnern, um den Versorgungsprozess für die Patienten innerhalb und außerhalb der Primärversorgung koordinieren zu können. In den Niederlanden gibt es Bestrebungen, eine sogenannte „Sozialkarte“ einzuführen, um die Lotsenfunktion der PVZ weiter zu stärken. Auf dieser Sozialkarte sind Überweisungs- und Konsultationsmöglichkeiten an Krankenhäuser, Fachärzte und andere medizinische Berufe gelistet, auf die das gesamte Team eines PVZs zugreifen kann.

(Re-)Zertifizierung von Hausärzten

In den Niederlanden müssen sich (Haus-)Ärzte alle fünf Jahre erneut registrieren lassen. Für die Wieder-Registrierung muss eine bestimmte Anzahl an Weiterbildungsstunden/Weiterbildungspunkten vorgewiesen werden.

Qualitätsmanagement

Niederlande

In den Niederlanden schließen sich Hausärzte zwecks Qualitätssicherung zu selbst-organisierten Gruppen zusammen. Innerhalb dieser Gruppen ist es obligat einen bestimmten

Benchmark zu erreichen. Der Benchmark orientiert sich an den letztjährigen Ergebnissen der Gruppe. Als Hausarzt ist man nicht verpflichtet einer derartigen Gruppe beizutreten, dennoch ist die Partizipation hoch.¹³

Abgesehen von dieser freiwilligen Qualitätssicherung besteht kein verpflichtendes Qualitätssicherungssystem für Hausärzte.

Schweden

In Schweden wird Qualitätssicherung teilweise von den einzelnen Regionen organisiert. Es liegt im Verantwortungsbereich der einzelnen Regionen die PVZ jährlich zu kontrollieren (welche Leistungen durchgeführt werden und wie die Leistungen durchgeführt werden). Die einzelnen PVZ besitzen zudem eigene Systeme zur Qualitätsverbesserung, die jedoch nicht verpflichtend sind.

Die Meinungen der Hausärzte über die Kontrolle der PVZ durch die Regionen sind geteilt. Der eine Teil der Hausärzte möchte sich nicht „reinreden“ lassen, wie die eigene Praxis zu führen ist, der andere Teil der Hausärzte begrüßt die Kontrollen und steht Kritik und Verbesserungsvorschlägen positiv gegenüber.

¹³ In der Region von Dr. Blaauw sind 100% der Ärzte in einer selbstorganisierten Gruppe mit verpflichteten Benchmark-Kriterien.

Tabelle 12: Übergreifende Aufgaben

Erbrachte Leistungen (alle drei Länder)
Administrative Aufgaben Verwaltung, Organisation & Wartezeitenmanagement¹⁾, Führen von Erinnerungssystemen²⁾ Erheben, Nutzen und Bereitstellen von Daten und Informationen (Abhängig von dem jeweilig genutzten System) Patientendokumentation (kompatible IT-Systeme, ELGA), Übernahme der zugehörigen Terminorganisation bei Weiterleitung Lotsenfunktion: Unterstützung der Patientinnen und Patienten beim Auffinden der richtigen Versorgungseinrichtung und Koordinierung des Versorgungsprozesses innerhalb und außerhalb der Primärversorgungsstruktur Kooperation & Koordination der Gesundheits- und Sozialberufe Vernetzung mit anderen Versorgungspartnern Sicherstellung des Zugangs zu weiteren Versorgungseinrichtungen (Nahtstellenmanagement) und Mitwirkung am Aufnahme- und Entlassungsmanagement Informationsweitergabe/ Kommunikation/ Teambesprechungen Beratung und Angebot von Information für Angehörige und über Selbsthilfegruppen, Telefonberatung für PatientInnen Qualitätsmanagement, Bildung Qualitätsmanagementsystem, Qualitätszirkel, Fort- und Weiterbildung³⁾, Qualifizierung für DMP, Anwendung evidenzbasierter Leitlinien, Ausbildung/ Lehrpraxis Gesundheitsförderung und Prävention Mitwirkung an populationsbezogenen Screening- und Gesundheitsförderungsprogrammen (verschiedene Settings) Stärkung der Gesundheitskompetenz: Interaktive Beratung/ Schulung: Unterstützung und Befähigung der PatientInnen Kontrolle über die Determinanten der Gesundheit zu erlangen und sie zu stärken (Information zu Lebensstilmodifikation: Nikotin, Alkohol, Ernährung, Bewegung und Anleitung zum Selbstmanagement bei akuten Störungen der Gesundheit)

Anmerkung: 1) In Schweden und den Niederlanden ist jedes PVZ selbst dafür verantwortlich Wartezeiten effizient zu gestalten. In England existieren verschiedene Systeme (z.B. PHC Navigator, choose & book, NHS choices). 2) Erinnerungssysteme sind weder einheitlich, noch reguliert. 3) In Schweden und den Niederlanden (noch) nicht verpflichtend

Quelle: IHS HealthEcon 2014, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2014

Weitere Aspekte

In England werden alle der in Tabelle 12 gelisteten Leistungen mehr oder weniger gut erbracht. Ergänzend existiert eine Vielzahl von Systemen rund um eine Praxis die zum Ziel beitragen sollen Primärversorgung zu stärken (Tabelle 13).

Tabelle 13: Systeme zur Stärkung der Primärversorgung in England

Wartezeitenmanagement	
PHC Navigator	Personen, die in einem Team mit Volontären und eng mit den Praxen in der Umgebung zusammenarbeiten. Aufgaben sind: 1. Zugang zu lokalen Diensten zu ermöglichen (Unterstützung von Patienten mit Überweisungen) 2. Personalisierte Patientenunterstützung 3. Koordination von multidisziplinären Experten, die an der Behandlung eines Patienten beteiligt sind 4. Dokumentation und Bewertung des Behandlungsfortschrittes
Network-wide booking appointment system	Eingeführt wurde das System, um die hohen Anzahl an Patienten besser zu bewältigen. Innerhalb eines Netzwerkes von Praxen gibt es Terminbuchungssysteme, die es einem Patienten möglich machen, verfügbare Termine bei Ärzten in der Umgebung einzusehen und zu buchen/reservieren oder um bei dringendem Bedarf einen anderen Hausarzt als den „eigenen“ Hausarzt aufzusuchen.
Choose and book	Ein System welches eingerichtet wurde, um Wartezeiten bei Überweisungen in Krankenhausambulanzen zu verkürzen. Patienten können nach einer Überweisung online zwischen Datum, Zeit und Ort (Krankenhaus) wählen.
Kooperation und Koordination	
Multidisziplinäre Treffen	Finden einmal monatlich statt, um spezielle komplexere Fälle zu besprechen. Diese Treffen sollen eine Schnittstelle zwischen Primär- und Sekundärversorgungsbereich sein und unterschiedliche Professionen umfassen.
Commission learning	Einmal im Monat kommen zwei bis drei Vertreter von zehn Praxen in der Umgebung/eines Netzwerkes zusammen und diskutieren aktuelle Behandlungen. Im Vorhinein wird anhand von Daten des Überweisungsverhaltens der Praxen entschieden, welches Thema in Form eines Vortrages von einem Spezialisten dargestellt wird.
Network Learning Forum	Ärzte und Pflegefachkräfte aus verschiedenen Praxen eines Netzwerkes treffen sich einmal im Monat für zwei Stunden. In Gruppen sollen bestimmte Themen erarbeitet werden und die Verbindung zwischen den einzelnen Mitgliedern des Netzwerkes gestärkt werden. Das Teilnehmen an diesen Treffen wird extra vergütet.
Qualitätssicherung	
NHS Choices	Ein Online-Information-Service um sich über bestimmte Krankheiten zu informieren und Dienstleistungen in der Umgebung zu finden (Allgemeinmediziner, Krankenhäuser, Apotheken, Notfallambulanzen, Augenärzte...). Zudem können Patienten Ärzte bewerten und Kommentare abgeben.
Friends and Family Test	Nur im Krankenhaus: Einfaches Patienten-Feedback mittels Fragebogen über die Qualität der Behandlung, die die Patienten erfahren haben/wahrgenommen haben. Die Daten werden systematisch über alle Krankenhäuser gesammelt und ausgewertet.
Care Quality Commission (CQC)	Die CQC ist eine unabhängige Behörde, die nicht nur Praxen, sondern auch andere Gesundheitsdienstleister überprüft. Dabei werden unter anderem Interviews mit den Angestellten geführt, Patientenbehandlungen observiert und auch unangekündigte Kontrollen außerhalb der Kernzeiten durchgeführt. Danach findet eine Bewertung statt und Maßnahmen zur Verbesserung werden festgelegt, die eine Praxis erfüllen muss.
Framework Team	Alle zwei Jahre überprüft das Framework Team von <i>Public Health England</i> die Validität der Patientendaten einer Praxis mittels Vor-Ort-Besuchen. Ziel ist es, die Evidenzbasis zu Daten wie Gewicht, Ernährungsgewohnheiten und körperliche Aktivität zu erhöhen.

Medical Appraisal	Im Abstand von neun bis 15 Monaten werden Gutachten über die Bildungsaktivität eines Arztes erstellt. Zeit und Art der Fortbildungen eines Arztes werden elektronisch in einem „Portfolio“ gespeichert. Im Zuge des Gutachtens werden (Karriere-)Ziele und in weiterer Folge Fortbildungsmaßnahmen besprochen.
Patient Participating Group (PPG)	Regelmäßige Treffen zwischen Gruppen von Patienten und Praxismanagern. Die Treffen haben einerseits einen informellen Charakter und dienen andererseits dazu Verbesserungsvorschläge und Ideen der Patienten in die Gestaltung des Praxisnetzwerkes einfließen zu lassen.

Quelle: IHS HealthEcon 2014, NHS England 2014

Qualitätssicherung des vom HVB definierten Versorgungsauftrages:

Auf Basis des Erkenntnisgewinnes von den Niederlanden, Schweden und England kann festgehalten werden, dass das vom HVB definierte Leistungsspektrum „**übergreifende Aufgaben**“ als realistisch betrachtet werden kann.

Die einzelnen Punkte und Unterpunkte bedürfen jedoch noch einer genaueren/detaillierten Ausformulierung.

Sonderleistungen Mutter-Kind-Pass-Leistungen

In den Niederlanden und in Schweden übernehmen Hebammen nahezu alle Agenden in der Versorgung von Schwangeren und Kindern bis zum 5. Lebensjahr. Kurz nach der Geburt (in der ersten Woche) führt der Arzt eine einmalige Kontrolluntersuchung durch, danach wird zur weiteren Betreuung der Babies/Kleinkinder nur mehr bei Unregelmäßigkeiten ein Arzt hinzugezogen.

In England besteht ein Mangel an Hebammen und die meisten PVZ haben daher keine Hebamme angestellt bzw. können auf keine Hebamme in ihrem Versorgungsnetz zurückgreifen. Daher werden die Versorgung von Schwangeren und die Betreuung von Kindern bis zum 5. Lebensjahr von diplomierten Pflegekräften und Hausärzten wahrgenommen. Die Säuglings- und Kinderkontrolluntersuchungen werden in England im sogenannten *Red Book* dokumentiert.

Alternativ können sich Schwangere/Mütter in England theoretisch für eine ausschließliche „Hebammen-Versorgung“ entscheiden, in der ein Kind von einer Hebamme in einer eigenen Einrichtungen zur Welt gebracht wird. Dieses Modell oder eine Betreuung durch Arzt und Hebamme wird de facto nur in wenigen Fällen gelebt, da es, wie bereits erwähnt, ein Defizit an Hebammen in England gibt.

Qualitätssicherung des vom HVB definierten Versorgungsauftrages:

Auf Basis des Erkenntnisgewinnes von den Niederlanden, Schweden und England kann festgehalten werden, dass es als realistisch betrachtet werden kann, das vom HVB definierte Leistungsspektrum „**Sonderleistungen Mutter-Kind-Pass-Leistungen**“ im Primärversorgungsbereich anzusiedeln.

In den Niederlanden, Schweden und England (würde nicht ein Mangel am Hebammen bestehen) liegt die gesamte Versorgung von Schwangeren und Kinder bis zum 5. Lebensjahr im Verantwortungsbereich von Hebammen.

Dem vom HVB definierten Versorgungsauftrag sollte darauf geachtet werden, dass die Rolle der diplomierten Pflegefachkräfte und Hebammen bei der Schwangeren- und Säuglingsversorgung explizierter dargestellt/beschrieben wird. In der derzeitigen Ausformulierung erweckt der Versorgungsauftrag den Eindruck, bei der Schwangeren- und Säuglingsversorgung ziemlich „ärztelastig“ zu sein, was nicht der Praxis in den Niederlanden, Schweden und theoretisch auch in England entspricht.

Öffentliche Gesundheitsaufgaben

Beurteilung der Fahrtauglichkeit

Weder in den Niederlanden, Schweden und England ist es nötig, sich von einem Arzt eine Bestätigung über die Fahrtauglichkeit ausstellen zu lassen, wenn man gedenkt die Führerscheinprüfung abzulegen. Eine Bewertung der Fahrtauglichkeit durch einen Arzt findet nur in Fällen statt, bei denen der Führerschein auf Grund von Alkohol am Steuer entzogen wurde.

Kurative Versorgung von kurzfristig Inhaftierten außerhalb der Anhaltezentren

In den Niederlanden haben manche Hausärzte spezielle Verträge mit Polizeianhaltezentren und Flüchtlingszentren, um die gesundheitliche Versorgung der Insassen sicherzustellen.

In Schweden ist die gesundheitliche Versorgung von kurzfristig Inhaftierten außerhalb der Polizeianhaltezentren und von Asylsuchenden keiner besonderen Regelung unterworfen und wird über Steuergelder finanziert.

Weitere Empfehlungen der Fokusgruppen-Teilnehmer

Bezüglich der Implementierung von Primärversorgungszentren sind sich die Experten einig, dass ein Bottom-Up Ansatz einem Top-Down Schema vorzuziehen ist. Bestehen gute Rahmenbedingungen und Anreize ein PVZ zu gründen, werden sich Ärzte selber dazu entscheiden zu einem PVZ zusammen zu wachsen. Diese Möglichkeit sollte einem Top-Down Ansatz, in welchem enge Richtlinien vorgegeben sind, vorgezogen werden.

Ein wichtiger Punkt der den eben beschriebenen Ansatz bestätigt ist, dass das Verbundenheitsgefühl des Personals ein wichtiger Faktor für die langfristige Erhaltung eines PVZs ist. In den 1960er Jahren wurden in England Health Care Centres geschaffen und Personal eingesetzt. Dadurch, dass kein persönlicher Bezug zu den Zentren bestand, verwarhlsten ebendiese. Es geht also auch darum, dass die Belegschaft einen gewissen „Stolz“ und eine Verbindung zum PVZ entwickelt. Dieser positive Effekt würde sich dann auch auf die Behandlung der Patienten projizieren und eine angenehmere Atmosphäre schaffen. Ein derartiges „Verbundenheitsgefühl“ kann z.B. durch Mitarbeitermotivationsmaßnahmen, Teambuilding-Maßnahmen, Weiterbildungsmaßnahmen, etc... erreicht werden.

5. Literaturverzeichnis

- Atella, V., Deb, P. (2008): Are primary physicians, public and private sector specialists substitutes or complements? Evidence from a simultaneous equation model for count data. *Journal of Health Economics*: 27:770-85.
- Axxon (2009): Pressekonferenz vom 15. Oktober 2009 in Brüssel, Belgien. <http://www.axxon.be/fr/viewobj.jsp?id=419947> [Abgerufen am 22.04.2010].
- Ärzteblatt (2013): Kritik am neuen Hausarzt-EBM hält an, vom 17.09.2013. Hrsg.: Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern) und Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Ärzte Zeitung (2014): Chronikerpauschale - KBV und Kassen verhandeln neu, vom 05.06.2014. Ärzte Zeitung Verlags-GmbH, Neu-Isenburg.
- Boerma, W., Saltman, R., Rochaix, L., Vrangbaek, K., De Maeseneer, J. (2013): Basic Primary Care Models Across Europe. Powerpoint-Presentation des European Observatory on Health Systems and Policies.
- Bundesärztekammer – BÄK (2013): Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Stand 2013. <http://www.bundesaerztekammer.de/> [Abgerufen am 07.07.2014].
- Coulson, D. (2014): E-Mail-Korrespondenz im Juni 2014 mit Debra Coulson vom National Health Service (NHS) England.
- Czypionka, T., Riedel, M., Obradovits, M., Sigl, C. (2011): Vergütung im ambulanten Bereich unter besonderer Berücksichtigung intermediärer Versorgungsformen. Studie im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger. Institut für Höhere Studien (IHS). Wien.
- Czypionka, T., Ulinski, S. (2014): Primärversorgung. Studie im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger. Institut für Höhere Studien (IHS). Wien.
- Czypionka, T., Kraus, M., Kronemann, F. (2014): Bezahlssysteme in der Primärversorgung. Studie im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger. Institut für Höhere Studien (IHS). Wien.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) (2014): Umsatzstärkste ärztliche Leistungen, die von Ärztinnen und Ärzten mit der gesetzlichen Krankenversicherung

abgerechnet wurden (Rang und in Prozent des Gesamtleistungsbedarfs). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland. <http://www.gbe-bund.de> [Abgerufen am 17.07.2014]

Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV (2014): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), Stand 3. Quartal 2014. Arztgruppen-EBM: Hausarzt. <http://www.kbv.de> [Abgerufen am 07.07.2014]

Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Westert, G., Devillé, W., van Ginneken, E. (2010): The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition*: 12(1):1-229.

Gerken, S., Merkur, S. (2010): Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*: 12(5):1-266.

Gerken, S. (2014): E-Mail-Korrespondenz im Juni 2014 mit Sophie Gerken vom Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE, Belgian Health Care Knowledge Centre) in Belgien.

Olsson, O. (2014): E-Mail-Korrespondenz im Juni 2014 mit Olle Olsson von der Sveriges Kommuner och Landsting (Schwedische Landkreis-Vereinigung) in Schweden.

Statistik Austria (2013): Personal im Gesundheitswesen, Stand 27.09.2013. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/ [Abgerufen am 07.07.2014].

Stigler, F. L., Starfield, B., Sprenger, M., Salzer, H. J. F., Campbell, S. M. (2013): Assessing primary care in Austria: room for improvement. *Family Practice*, 30 (2): 185-189.

Van Dijk, C. E., Korevaar, J. C., Koopmans, B., de Jong, J.D., de Bakker, D.H. (2014): The primary-secondary care interface: Does provision of more services in primary care reduce referrals to medical specialists? *Health Policy*, article in press.

West, R. (2014): E-Mail-Korrespondenz im Juni 2014 mit Ronny West vom Institut National Assurance Maladie Invalidité (INAMI/RIZIV/NIHDI) in Belgien.

6. Anhang

6.1. Arztgruppenübergreifende und Implizite Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (Deutschland)

Tabelle 14: Exemplarische Auflistung Arztgruppenübergreifender allgemeiner GOP des EBM

Kodierung	Leistung
01436	Konsultationspauschale: – Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt – Diagnostik einer/von Erkrankung(en) eines Patienten
01600	Ärztlicher Bericht über Ergebnis von Patientenuntersuchung
01601	Ärztlicher Brief in Form von individueller schriftlicher Information: – mit Informationen zu: Anamnese, Befund, epikritische Bewertung, Therapieempfehlung
01620	Kurze Bescheinigung
01621	Krankheitsbericht
01622	Ausführliches schriftliches Gutachten
01704	Zuschlag für Beratung im Rahmen des Neugeborenen-Hörscreenings
01707	Erweitertes Neugeborenen-Screening
01711	Neugeborenen-Erstuntersuchung (U1)
01720	Jugendgesundheitsuntersuchung (J1)
01721	Besuch im Rahmen einer Kinderfrüherkennungsuntersuchung
01722	Sonographische Untersuchung der Säuglingshöften
01730/1	Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau/bei dem Mann
01732	Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten
01734	Untersuchung auf Blut im Stuhl: – Ausgabe der Testbriefchen – Untersuchung auf Blut im Stuhl in drei Proben
01735	Beratung für chronisch Erkrankte zu Früherkennungsuntersuchungen: – Information über Inhalt, Ziel und Zweck des Programms, Häufigkeit und Krankheitsbild, Effektivität und Wirksamkeit der Früherkennungsmaßnahme – Information über Nachteile, Risiken und Vorgehensweise bei einem positiven Befund
01740	Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms: – Beratung über die Teilnahme und Motivation zur Teilnahme am Programm – Information über Inhalt, Ziel und Zweck des Programms, Häufigkeit und Krankheitsbild, Effektivität und Wirksamkeit der Früherkennungsmaßnahme – Information über Nachteile, Risiken und Vorgehensweise bei einem positiven Befund
01745	Früherkennung auf Hautkrebs
01746	Zuschlag zu 01732 bei Durchführung von 01745

01776	Vortest auf Gestationsdiabetes: – Orale Gabe von 50g Glukoselösung – Entnahme von Venenblut 1 Std. nach Gabe von 50g Glukoselösung – Veranlassung der Bestimmung der Plasmaglukosekonzentration – Beratung zum Gestationsdiabetes – Dokumentation im Mutterpass – Veranlassung eines oralen Glukosetoleranztests einschließlich Beratung – Veranlassung der weiteren Betreuung der Schwangeren
01777	Oraler Glukosetoleranztest
01816	Chlamydia trachomatis - Nachweis im Urin
01950	Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger
01955	Diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger
02300	Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation: – Operativer Eingriff mit Dauer von bis zu 5 Minuten – Primäre Wundversorgung – Epilation durch Elektrokoagulation im Gesicht und/oder an den Händen bei krankhaftem Haarwuchs
02301	Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht: – Primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern – Primäre Wundversorgung mittels Naht und/oder Gewebekleber – Koagulation und/oder Kauterisation krankhafter Haut- und/oder Schleimhautveränderungen – Operative Entfernung eines unter der Oberfläche von Haut oder Schleimhaut gelegenen Fremdkörpers nach Aufsuchen durch Schnitt – Öffnung eines Körperkanalverschlusses an der Körperoberfläche oder Eröffnung eines Abszesses oder Exzision eines Furunkels – Verschiebeplastik zur Deckung eines Hautdefektes – Eröffnung eines subkutanen Panaritiums oder einer Paronychie
02311	Behandlung eines diabetischen Fußes
02312	Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris
02313	Kompressionstherapie bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, bei oberflächlichen und tiefen Beinvenenthrombosen und/oder beim Lymphödem
02500	Einzelinhalationstherapie
02510	Wärmetherapie
02511	Elektrotherapie unter Anwendung niederfrequenter und/oder mittelfrequenter Ströme
02512	Gezielte Elektrostimulation bei spastischen und/oder schlaffen Lähmungen
02520	Phototherapie eines Neugeborenen

Quelle: HealthEcon 2014; Kassenärztliche Bundesvereinigung 2014

Tabelle 15: Exemplarische Auflistung der Arztgruppenübergreifenden speziellen GOP

Kodierung	Leistung
30110	Allergologische-diagnostischer Komplex zur Diagnostik und/oder zum Ausschluss einer (Kontakt-)Allergie vom Typ IV, einschließlich Kosten – Spezifische allergologische Anamnese – Epikutan-Testung – Überprüfung der lokalen Hautreaktion – ROAT-Testung (wiederholter offener Expositionstest) – Okklusion
30111	Allergologisch-diagnostischer Komplex bei einer Typ I Allergie
30120	Rhinomanometrischer Provokationstest
30121	Subkutaner Provokationstest
30122	Bronchialer Provokationstest
30123	Oraler Provokationstest
30130	Hyposensibilisierungsbehandlung
30200	Chirotherapeutischer Eingriff
30201	Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule
30300	Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung)
30301	Sensomotorische Übungsbehandlung (Gruppenbehandlung)
30400	Massagetherapie
30401	Intermittierende apparative Kompressionstherapie
30402	Unterwasserdruckstrahlmassage
30410	Atemgymnastik (Einzelbehandlung)
30411	Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)
30420	Krankengymnastik (Einzelbehandlung)
30430	Selektive Phototherapie
30500	Phlebologischer Basiskomplex
30501	Verödung von Varizen
30600	Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie
30610	Behandlung von Hämorrhoiden
30611	Entfernung von Hämorrhoiden
30700	Grundpauschale bei schmerztherapeutischer Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten
30706	Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz
30708	Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie
30710	Infusion
30712	Anleitung zur Selbstanwendung der transkutanen elektrischen Nevenstimulation (TENS)
30720	Analgesie eines Hirnnerven oder Hirnnervenganglions an der Schädelbasis
30721	Sympathikusblockade (Injektion) am zervikalen Grenzstrang

30722	Sympathikusblockade (Injektion) am thorakalen oder lumbalen Grenzstrang
30723	Ganglionäre Opioidä-Applikation
30900	Kardiorespiratorische Polygraphie

Quelle: HealthEcon 2014; Kassenärztliche Bundesvereinigung 2014

Tabelle 16: Auflistung impliziter Leistungen nach EBM-Hausarzt (gekürzt)

Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen
Abnahme eines mindestens unter Einschluss eines großen Gelenkes oder des Rumpfes angelegten zirkulären, individuell modellierten Verbandes aus unelastischen, nicht weiter verwendbaren erstarrten Materialien (z. B. Gips)
Absaugung körpereigener Flüssigkeiten
Abschaben der Hornhaut des Auges
Abtragung ausgedehnter Nekrosen im Hand- oder Fußbereich
Aderlass
Anamnese(n), sofern nicht gesondert ausgewiesen
Anästhesie eines peripheren Nerven
Änderung (z. B. Fensterung, Spaltung, Schieneneinsetzung, Anlegen eines Gehbügels oder einer Abrollsohle) eines nicht an demselben Tag angelegten zirkulären Gipsverbandes
Anlegen einer Blutleere oder Blutsperre an einer Extremität im Zusammenhang mit einem operativen Eingriff
Anlegen einer Finger- oder Zehennagelspange
Anlegen einer Hilfsschiene am unverletzten Kiefer bei Kieferfrakturen oder Anlegen einer Schiene bei Erkrankungen der Kiefergelenke
Anlegen eines Portioadapters
Anlegen von Drahtligaturen, Drahthäkchen, Drahtbügeln oder dergleichen
Ansteigendes Teilbad
Ansteigendes Vollbad, einschl. Herz-Kreislauf- und Körpertemperaturüberwachung
Anus praeter-Bougierung
Anwendung und Auswertung projektiver Testverfahren (z.B. Rorschach-Test, TAT, Sceno) mit schriftlicher Aufzeichnung
Anwendung und Auswertung orientierender Testverfahren (z.B. Benton, d 2)
Anwendung und Auswertung standardisierter Intelligenz- und Entwicklungs-Tests (z.B. HAWIE(K)-R, IST, CFT) mit schriftlicher Aufzeichnung
Anwendung und Auswertung von Fragebogentests (z.B. MMPI, SCL, FPI, Gießen-Test)
Anwendung und Auswertung von Funktionstests (z. B. GFT, Frostig, KTK, DRT) mit schriftlicher Aufzeichnung
Applikation von bronchokonstriktorischem wirksamen Substanzen (mit Ausnahme von Allergenen)
Ätzung im Enddarmbereich
Ätzung im Kehlkopf
Auffüllung eines subkutanen Medikamentenreservoirs oder eines Haut-Expanders oder Spülung eines Ports
Aufrichtung gebrochener Wirbel im Durchhang

Ausfräsen eines Rostringes der Hornhaut am Auge
Ausräumung einer Blasenmole oder einer "missed abortion"
Ausspülung des Magens mittels Magenschlauch
Ausspülung einer Kiefer- oder Stirnhöhle von der natürlichen oder künstlichen Öffnung aus, ggf. einschl. Einbringung von Medikamenten
Ausspülung und/oder Absaugen des Kuppelraumes
Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gemäß § 3 des Lohnfortzahlungsgesetzes
Beistand eines Vertragsarztes bei der ärztlichen Leistung eines anderen Vertragsarztes
Beratung der Bezugsperson(en)
Beratung, auch mittels Fernsprecher
Beratung, einschl. symptombezogener klinischer Untersuchung
Bestimmung der Tränensekretionsmenge und/oder Messung der "Break-up-time"
Bestimmung der Transitzeit durch Herz und Lunge mittels radioaktiv markierter Substanzen
Bestimmung des Reflexdecay
Bestimmung(en) der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut (Oxymetrie)
Differenzierende Analyse und graphische Darstellung des Bewegungsablaufes beider Augen unter Einbeziehung der Gespräche mit den versorgenden und unmittelbar betroffenen Personen zu einem dem Zustand u. Verlauf angemessenen Umgehen mit dem Sterbenden u. zu seiner abgestimmten humanen, sozialen, pflegerischen u. ärztlichen Versorgung
Binokularmikroskopische Untersuchung des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle
Biomathematische Auswertung der Haplotyp-Befunde bei indirekter Genotyp-Diagnostik mit ausführlicher schriftlicher Befundmitteilung und -erläuterung
Blutentnahme beim Feten und/oder Bestimmung des Säurebasenhaushalts und/oder des Gasdrucks im Blut des Feten, ggf. einschließlich pH-Messung
Blutentnahme durch Venenpunktion
Blutige Venendruckmessung(en) an einer Extremität, in Ruhe und nach Belastung, einschließlich graphischer Registrierung
Chemische Ätzung der Hornhaut
Chemo-chirurgische Behandlung eines Basalioms
Chemo-chirurgische Behandlung spitzer Kondylome oder chemo-chirurgische Behandlung von Präkanzerosen
Definierte Kreislauffunktionsprüfung nach standardisierten Methoden einschl. Dokumentation
Dehnung der weiblichen Harnröhre, ggf. einschließlich Spülung, Instillation von Medikamenten und/oder Katheterisierung der Harnblase
Dehnung, Durchspülung, Sondierung, Salbenfüllung und/oder Kaustik der Tränenwege
Diagnostische Peritonealspülung (Peritoneal-Lavage)
Diasklerale Durchleuchtung und/oder Prüfung entoptischer Wahrnehmung zur Beurteilung der Netzhautfunktion bei trüben Medien
Differenzierende Analyse und graphische Darstellung des Bewegungsablaufes beider Augen (mindestens 9 bzw. 36 Blickrichtungen je Auge)
Differenzierende Farbsinnprüfung (z. B. Farbfleck-Legetest, Spektral-Kompensationsmethode)
Differenzierende qualitative Bestimmung des Geruchsvermögens mit mindestens 3 aromatischen Geruchsstoffen, 3 Mischgeruchsstoffen und einem Trigeminusreizstoff, ggf. einschl. Geschmacksprüfung, einschl. Substanzkosten

Digitale Ausräumung des Mastdarms, Reposition eines Mastdarmpvorfalles und/oder Entfernung von Fremdkörpern aus dem Mastdarm
Digitaluntersuchung des Mastdarms, ggf. einschließlich der Prostata
Doppler-sonographische Druckmessung(en) an den Arterien einer Extremität, in Ruhe und nach Belastung
Doppler-sonographische Untersuchung der Skrotalfächer oder der Penisgefäße
Doppler-sonographische Untersuchung der Venen oder der Arterien einer Extremität, in Ruhe
Druckkontrollierte Insufflation der Eustachischen Röhre unter Verwendung eines Druckkompressors
Druckmessung an der Lunge mittels Compliance bzw. P I und P max, einschl. graphischer Registrierung
Druckmessung(en) oder Flußmessung(en) am freigelegten Blutgefäß
Durchführung der Ösophagoskopie/Gastroskopie als Videoösophago- bzw. gastroskopie
Durchführung einer standardisierten thermischen Labyrinthprüfung
Durchtrennung oder Sprengung eines stenosierenden Narbenstranges der Scheide oder Abtragung eines Scheidenseptums
Durchtrennung oder Sprengung von Narbensträngen ohne Eröffnung einer Körperhöhle
Einbringen einer oder mehrerer Saugdrainagen in eine Wunde über einen gesonderten Zugang
Einbringen einer oder mehrerer Spüldrainagen in Gelenke, Weichteile oder Knochen über einen gesonderten Zugang, ggf. einschließlich Spülung
Einbringung (Instillationen) von Medikamenten in Körperöffnungen
Einbringung des Kontrastmittels in einen Zwischenwirbelraum
Sialographie oder Hysterosalpingographie oder Galaktographie
Einbringung von Drainagefäden in eine Analfistel
Einbringung von Medikamenten durch Injektion in einen parenteralen Katheter
Einbringung von Medikamenten in den Kehlkopf
Einführung von Verweilsonden (z. B. Punctum Plugs) in die Tränenwege eines Auges, ggf. einschließlich Nahtfixation
Eingehende makroskopische Untersuchung, Präparation und Beschreibung von großen Operationspräparaten (z.B. Gastrektomie, Hemikolektomie)
Einrenkung der Luxationen von Wirbelgelenken im Durchhang
Einrichtung des gebrochenen Brustbeins
Einrichtung eines gebrochenen Handwurzel-, Mittelhand-, Fußwurzel- oder Mittelfußknochens
Einrichtung eines gebrochenen Oberarm- oder Oberschenkelknochens oder des gebrochenen Beckens
Einrichtung gebrochener Fingerendglied- oder Zehenknochen oder Einrichtung eines gebrochenen Fingergrundglied-, Fingermitteglied- oder Großzehenknochens
Einrichtung gebrochener Unterarm- oder Unterschenkelknochen, je Seite
Einrichtung und Fixation eines gebrochenen Kiefers außerhalb der Zahnreihen durch intraorale Schiene oder Stützapparat
Entfernen eines Verweilröhrchens am Trommelfell
Einsetzen o. Auswechseln einer Trommelfellprothese
EKG-Monitoring
Elektrokardiographische Untersuchung

Elektrokardiographische Untersuchung mittels Ösophagusableitung, einschließlich Elektrodeneinführung
Elektrolytische Epilation von Wimpernhaaren
Endobronchiale Behandlung mit weichem Rohr
Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhlen und/oder des Nasenrachenraumes
Endoskopische Untersuchung einer oder mehrerer Nasennebenhöhlen
Entfernung einer Zervix-Cerclage
Entfernung einer Geschwulst, von Fremdkörpern oder von Silikon- oder Silastikplomben aus der Augenhöhle
Entfernung eines nicht festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle
Entfernung eines oder mehrerer Polypen aus dem Gehörgang
Entfernung nicht haftender Fremdkörper von der Bindehaut oder mechanische Epilation von Wimpernhaaren
Entfernung sichtbarer Kirschnerndrähte ohne Eröffnung der Haut
Entfernung und/oder Nachbehandlung von bis zu fünf plantaren, palmaren, sub- oder paraungualen Warzen oder vergleichbaren Hautveränderungen
Entfernung und/oder Nachbehandlung von bis zu fünf vulgären Warzen bzw. Mollusken oder vergleichbaren Hautveränderungen, z. B. mittels scharfen Löffels, Kauterisation oder chemisch-kaustischer Verfahren oder Entfernung von bis zu fünfzehn pendelnden Fibromen
Entfernung von Fäden o. Klammern aus einer Wunde
Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase als selbständige Leistung
Entfernung von Korneoskleralfäden oder einer Hornhautnaht
Entfernung von Ohrenschmalzpfröpfen
Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung
Entnahme und ggf. Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung
Ergänzung der psychiatrischen Behandlung eines Kindes oder Jugendlichen durch syndrombezogene therapeutische Intervention bei behandlungsbedürftiger(n) Bezugsperson(en).
Erhebung des Ganzkörperstatus
Erhebung des vollständigen neurologischen Status (Hirnnerven, Reflexe, Motorik, Sensibilität, Koordination, extrapyramidales System, Vegetativum, hirnversorgende Gefäße), ggf. einschließlich Beratung und Erhebung ergänzender psychopathologischer Befunde
Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status (Bewußtsein, Orientierung, Affekt, Antrieb, Wahrnehmung, Denkablauf, mnestiche Funktionen) unter Einbeziehung der lebensgeschichtlichen und sozialen Daten, ggf. einschließlich Beratung und Erhebung ergänzender neurologischer Befunde, einschließlich schriftlicher ärztlicher Aufzeichnungen
Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status bei einem Kind oder Jugendlichen, ggf. auch unter mehrfacher Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en) und Berücksichtigung der entwicklungspsychologischen Gesichtspunkte, einschließlich schriftlicher ärztlicher Aufzeichnungen, ggf. einschließlich Beratung und Erhebung ergänzender neurologischer Befunde.
Erhebung ergänzender neurologischer und psychiatrischer Befunde
Eröffnung eines Abszesses der Nasenscheidewand
Eröffnung eines Gerstenkorns (Hordeolum)

Erörterung, Planung und Koordination gezielter therapeutischer Maßnahmen zur Beeinflussung systemischer Erkrankungen oder chronischer Erkrankungen mehrerer Organsysteme, insbesondere mit dem Ziel sparsamer Arzneitherapie durch den Arzt, der die kontinuierliche hausärztliche Betreuung durchführt, ggf. unter Einbeziehung von Bezugspersonen, ggf. einschließlich schriftlicher ärztlicher Empfehlungen

Erstversorgung einer (großen) Wunde

Exophthalmometrie

Extensionsbehandlung mit Gerät(en), ggf. mit gleichzeitiger Wärmeanwendung und ggf. mit Massage mittels Gerät

Extraktion eines Finger- oder Zehennagels

Farbsinnprüfung mit Anomaloskop

Fremdanamnese(n)

Funktionsprüfung von Mehrstärken- oder Prismenbrillen mit Bestimmung der Fern- und Nahpunkte bei subjektiver Brillenunverträglichkeit

Gebärmutter- und/oder Eileiter-Kontrastuntersuchung (Hysterosalpingographie), einschließlich Durchleuchtung (BV/TV)

Gefäßendoskopie, intraoperativ

Gezielte Applikation von ätzenden oder abschwellenden Substanzen unter Spiegelbeleuchtung im hinteren Nasenraum und/oder an den Seitensträngen

Gezielte Einbringung von Medikamenten in den Gehörgang unter Spiegelbeleuchtung

Gezielte Einbringung von Medikamenten in die Paukenhöhle unter Spiegelbeleuchtung

Gezielte medikamentöse Behandlung der Portio und/oder der Vagina

Gonioskopie

Hautfunktionsproben, z. B. Alkali-Resistenzbestimmung (Tropfmethode) oder Schweißversuch

Hörgeräteakupplermessungen zur Anpassung oder Kontrolle einer Hörhilfe

Hörprüfung mit Einschluß des Tongehörs (Umgangs- und Flüstersprache, Luft- und Knochenleitung) und/oder mittels einfacher audiologischer Testverfahren (mindestens fünf Frequenzen)

Hydrogalvanisches Teilbad

Immunszintigraphie mit radioaktiv markierten monoklonalen Antikörpern oder Rezeptorszintigraphie

Infiltration gewebehärtender Mittel oder Implantation von Hormonpreßlingen o. ä.

Infiltrations- oder Leitungsanästhesie(n)

Infrarotkoagulation im anorektalen Bereich

Infusion, subkutan

Injektion, intraartikulär

Injektion, intrakutan, subkutan, submukös, subkonjunktival oder intramuskulär

Injektions- und/oder Infiltrationsbehandlung d. Prostata

Instrumentelle Entfernung von Fremdkörpern von der Hornhautoberfläche, von Kalkinfarkten aus der Bindehaut oder von Milien aus den Lidern

Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung)

Intraluminale Messung(en) des Arteriendrucks oder des zentralen Venendrucks, ggf. einschließlich Punktion und/oder Kathetereinführung

Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion oder durch apparativ gesteuerte Kontrastmittelverabfolgung mit kontinuierlicher Flußrate, peripher

Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels
Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion oder intraarterielle Einbringung des Kontrastmittels
Intravenöse Injektion
Kapillarmikroskopische Untersuchung
Katheterisierung der Harnblase mit Spülung, Instillation von Medikamenten und/oder Ausspülung von Blutkoagula
EinmalKatheterisierung der Harnblase
Katheterismus der Ohrtrumpete, ggf. mit Bougierung und/oder Einbringung von Medikamenten, ggf. einschließlich Luftdusche
Kleiner Schienenverband, auch als Notverband bei Frakturen
Kleiner Schienenverband, bei Wiederanlegung derselben, nicht neu hergerichteten Schiene
Kolposkopie, einschließlich Essigsäure- und/oder Jodprobe
Konservative Behandlung der Gaumenmandeln
Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr Ärzten/psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einer Praxisgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis über die bei demselben Kranken erhobenen Befunde
Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr behandelnden Ärzten oder zwischen behandelnden Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten über die bei demselben Patienten erhobenen Befunde
Kontrolle einer Hörhilfeanpassung in einem schallisolierten Raum mit in-situ-Messungen oder Hörfeldaudiometrie
Kryochirurgischer Eingriff im Enddarmbereich
Kryotherapie mittels Eiskompressen, Eisteilbädern, Kältepackungen, Gasen, Peloiden
Kryotherapie oder Schleifen und/oder Fräsen der Haut und/oder der Nägel oder Behandlung von Akneknoten, ggf. einschließlich Kompressen und dermatologischen Externa
Legen einer "Miller-Abbott-Sonde"
Legen eines zentralen Venenkatheters durch Punktion der Vena jugularis oder Vena subclavia
Leitungsanästhesie an einem Finger oder einer Zehe
Lokalanästhesie eines oder mehrerer kleiner Wirbelgelenke
Lokalanästhesie(n) zur Schmerzbehandlung
Lokalisierung von Netzhautveränderungen für einen gezielten operativen Eingriff
Lösung einer Vorhautverklebung
Manuelle kinetische Perimetrie mit Marken verschiedener Reizwerte und/oder manuelle statische Perimetrie, einschließlich Dokumentation, je Sitzung
Manuelle Reposition eines zahntragenden Bruchstücks des Alveolarfortsatzes
Medikamentöse Infiltrationsbehandlung
Messung der Akkommodationsbreite
Messung der Hornhautkrümmungsradien
Messung(en) von Herzzeitvolumen und/oder Kreislaufzeiten mittels Indikatorverdünnungsmethode, einschließlich Applikation der Testsubstanz, mittels Thermodilutionsmethode oder mittels Rückatmung von CO ₂ oder anderer Atemgase

Mikro-Herzkatheterismus mittels Einschwemmkatheters in Ruhe sowie während und nach physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung, mit Druckmessungen, oxymetrischen Untersuchungen, fortlaufender EKG-Kontrolle und ggf. Röntgenkontrolle, einschließlich Kosten für den Einschwemmkatheter mit Ausnahme des Swan-Ganz- Katheters

Milzszintigramm, einschließlich Funktions- und/oder Kapazitätsbestimmung mit radioaktiv markierten, ggf. alterierten Erythrozyten

Mobilisierende Behandlung an der Wirbelsäule oder eines oder mehrerer Extremitätengelenke mittels Weichteiltechniken

Nachweis von Mikroorganismen bei histologischer Untersuchung

Oberflächenanästhesie der tieferen Nasenabschnitte, von Trommelfell und/oder Paukenhöhle oder von Harnröhre und/oder Harnblase

Oberflächenanästhesie des Larynx und/oder des Bronchialgebietes

Objektive Refraktionsbestimmung

Operation im äußeren Gehörgang (z. B. Entfernung gutartiger Hautneubildungen)

Operativer Eingriff in der Nase (z. B. Entfernung von bis zu zwei Nasenpolypen, anderen Neubildungen einer Nasenseite, Muschelkappung, Muschelfrakturierung, Muschelquetschung, Muschelkaustik, Synechielösung und/oder Probeexzision)

Operativer Eingriff zur Entfernung festsitzender Fremdkörper aus der Nase und/oder teilweise oder vollständige Abtragung einer Nasenmuschel und/oder submuköse Resektion an der Nasenscheidewand und/oder operative Entfernung von mehr als zwei Nasenpolypen und/oder anderen Neubildungen

Operatives Anlegen einer Schiene am gebrochenen Ober- oder Unterkiefer

Operatives Anlegen einer Schiene bei Erkrankungen oder Verletzungen des Ober- oder Unterkiefers oder Anlegen eines extraoralen Extensions- oder Retentionsverbandes

Orientierende Farbsinnprüfung mit Farbtafeln

Orientierende psychopathologische Befunderhebung

Orthograde Darmspülung, einschließlich Sondeneinführung in das Duodenum

Plastische Operation am Nagelwall eines Fingers oder einer Zehe, ggf. einschließlich Entfernung von Granulationsgewebe und/oder Ausrottung eines Finger- oder Zehennagels mit Exzision der Nagelwurzel

Plexus-, Spinal- oder Periduralanalgesie mittels Katheter zur postoperativen Analgesie nach operativen Eingriffen in Kombinationsnarkose

Prostatamassage

Prüfung der Labyrinth auf Spontan-, Provokations-, Lage-, Lageänderungs- und Blickrichtungsnystagmus, ggf. einschließlich weiterer Provokationen (z. B. rotatorisch), ggf. einschließlich Prüfung der Koordination

Pulsoxymetrische Untersuchungen

Pulsschreibung oder Druckmessung an den Digitalarterien

Pulsschreibung und/oder Druckmessung an den Digitalarterien vor und nach definierter Kälteexposition

Punktion(en) zu therapeutischen Zwecken

Quantitative Untersuchung der Augenmotorik auf Heterophorie und Strabismus, ggf. einschl. qualitativer Prüfung auf Heterophorie, Pseudostrabismus und Strabismus

Quantitative Auswertung mit Messung und Dokumentation von Impulsraten pro Flächenelement und/oder pro Volumenelement und/oder von Zeit-Aktivitätskurven

Quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes auf Simultansehen, Fusion, Fusionsbreite und Stereopsis

Quengelverband, zusätzlich zum jeweiligen Gipsverband
Radionephrographie mittels radioaktiver Substanzen in weiteren Positionen, ggf. einschließlich Restharnbestimmung, ggf. einschließlich Gabe von Pharmaka
Redressierender Klebeverband des Brustkorbs oder dachziegelförmiger Klebeverband
Rekto- und/oder Sigmoidoskopie, ggf. einschließlich Probeexzision(en)
Rhinomanometrische Untersuchung mittels Flußmessungen
Röntgenaufnahmen der Nasennebenhöhlen, ggf. in mehreren Ebenen
Röntgenaufnahmen eines Schädelteils
Röntgenaufnahmen von Kieferteilen in Spezialprojektionen
Röntgenaufnahmen von Zähnen
Schlitzung des Parotis- oder Submandibularis-Ausführungsganges
Schriftlicher Diätplan bei schweren Ernährungs- oder Stoffwechselstörungen, speziell für den einzelnen Patienten aufgestellt
Selektive in-vitro-Markierung von Blutzellen mit radioaktivem Indium
Sensibilitätsprüfung an mindestens drei Zähnen, einschließlich Vergleichstests
Sichtung, Wertung und Erörterung von Fremdbefunden, situationsentsprechende Untersuchung, Aufklärung des Patienten über das therapeutische Vorgehen, über Risiken und Maßnahmen zur Behandlung von Nebenwirkungen, ggf. einschließlich konsiliarische Erörterung mit anderen behandelnden Ärzten, im unmittelbaren Zusammenhang mit Bestrahlungen
Sondierung und/oder Bougierung des Parotis- oder Submandibularis-Ausführungsganges
Spaltlampenmikroskopie der vorderen und/oder mittleren Augenabschnitte, ggf. einschließlich der binokularen Untersuchung des hinteren Poles
Spaltung thrombosierter oberflächlicher Beinvenen, einschl. Thrombus-Expression, ggf. einschließlich Naht
Spaltung von Furunkeln im äußeren Gehörgang oder Kaustik im Gehörgang und/oder in der Paukenhöhle
Spirometrie
Sprachaudiometrische Untersuchung zur Kontrolle angepaßter Hörgeräte im freien Schallfeld
Spülung der Harnblase und/oder Instillation bei liegendem Verweilkatheter
Spülung der männlichen Harnröhre und/oder Instillation von Medikamenten
Spülung des Pleuraraumes bei liegender Drainage, ggf. einschließlich Einbringung von Medikamenten
Spülungen jeglicher Art
Standardisierte Sprachentwicklungstests (z. B. HSET, PPVT, PET, Wurst) oder gezielte Prüfungen der auditiven, visuellen, taktil-kinaesthetischen Wahrnehmungsfunktionen (z. B. Frostig, MVPT, Schilling-Schäfer, Mottier, von Deuster, BLDT) oder gezielte Prüfung der Grob- und Feinmotorik (z. B. MOT, LOS), ggf. einschließlich Prüfung der Grobmotorik, oder sensomotorische Diagnostik im Oral- und Facialbereich
Stärke- oder Gipsfixation zu einem Verband, zusätzlich
Stichkanalanästhesie vor einer Injektion, Infusion oder Punktion
Stillung einer Nachblutung im Mund-Kieferbereich, als selbständige Leistung
Stillung von Blutungen, sofern nicht gesondert ausgewiesen
Stillung von Nachblutungen, sofern nicht gesondert ausgewiesen
Stillung von Nasenbluten durch Ätzung und/oder Tamponade und/oder Kauterisation

Streckverband
Streckverband mit Nagel- oder Drahtextension
Subjektive Refraktionsbestimmung
Symptombezogene klinische Untersuchung bei einem Hausbesuch oder bei einer Visite
Symptombezogene klinische Untersuchungen zusätzlich bei Beratung und Erörterung
Szintigraphische Untersuchung der Lungenperfusion mittels 99m-Tc-markierten Partikeln
Szintigraphische Untersuchung der Lungenventilation oder -inhalation mit radioaktiv markierten Gasen
Szintigraphische Untersuchung der Lungenventilation oder -inhalation mit radioaktiven Aerosolen
Szintigraphische Untersuchung der Nebennieren und ggf. Metastasen mit radioaktiv markierten funktionsspezifischen Substanzen
Szintigraphische Untersuchung der Nebenschilddrüsen
Szintigraphische Untersuchung des Gehirns, der Liquorräume, der Augenhöhlen oder der Tränenwege bei Verwendung von 99m-Tc-markierten Substanzen oder bei Verwendung von radioaktiv markierten biogenen Aminen oder ähnlichen Substanzen oder bei Verwendung von radioaktiv markierten Komplexbildnern
Szintigraphische Untersuchung des Gesamtskeletts mittels radioaktiv markierter osteotroper Substanzen
Szintigraphische Untersuchung des Knochenmarks mit 99m-Tc-markierten Substanzen
Szintigraphische Untersuchung von Speicheldrüsen, Intestinaltrakt, Leber (einschl. Milz), Gallenwegen oder Pankreas mit radioaktiv markierten Substanzen
Szintigraphische Untersuchungen eines Skeletteils, ggf. einschl. der kontralateralen Seite, mittels radioaktiv markierter osteotroper Substanzen
Szintigraphische Untersuchungen mehrerer Skeletteile mittels radioaktiv markierter osteotroper Substanzen
Szintigraphischer Nachweis von Radioaktivitätsverteilungen im Körper (soweit nicht von anderen Leistungsansätzen erfaßt), z. B. Ganzkörpermessungen, Suche nach Tumoren, Metastasen und/oder Infektionen
Tamponade der Nase von vorn als selbständige Leistung
Tape-Verband eines kleinen Gelenkes
Temperaturgesteuerte Thermokoagulation oder Kryokoagulation der Portio und/oder kryochirurgischer Eingriff im Bereich der Vagina und/oder der Vulva
Thermokoagulation bzw. Kauterisation krankhafter Haut- und/oder Schleimhautveränderungen, z. B. mittels Infrarot-, Elektro-, Lasertechnik
Tonometrische Untersuchung
Transkranielle gepulste Doppler-sonographische Untersuchung, einschließlich graphischer Registrierung
Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks, ggf. einschließlich Provokation
Transurethrale Koagulation von Blutungsherden und/oder Entfernung von Fremdkörpern in/aus der Harnblase
Trepanation eines Finger- oder Zehennagels
Trichromfärbung bei histologischer Untersuchung
Tympanometrie mittels Impedanzmessung zur Bestimmung der Bewegungsfähigkeit des Trommelfell-Gehörknöchelchen-Apparates mit graphischer Darstellung des Kurvenverlaufs, auch beidseitig
Tympanoskopie
Unblutige Beseitigung einer Paraphimose

Unblutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels in Anästhesie/Narkose oder Reposition eines Analschleimhautprolapses
Untersuchung der oberen Trachea
Untersuchung der Sehschärfe im Fern- und Nahbereich mittels Landolt-Ringen, E-Haken oder gleichwertigen Optotypen bei einem Kind bis zum vollendeten 6. Lebensjahr
Untersuchung des Dämmerungssehens ohne, während und ggf. nach Blendung
Untersuchung(en) mittels CERA
Uroflowmetrie einschließlich Registrierung
Vektorkardiographie
Verband (einschließlich Schnell- und Sprühverbände, Augenklappen, Ohrenklappen, Dreiecktücher, vorgefertigte Wundklebepflaster) oder Halskrawattenfertigverband
Verschlußplethysmographische Untersuchung der Venen einer Extremität, einschließlich graphischer Registrierung
Versilberung bei histologischer Untersuchung
Vertiefte Exploration mit differentialdiagnostischer Einordnung eines psychiatrischen Krankheitsbildes unter Einbeziehung der dokumentierten Ergebnisse der selbsterbrachten Leistungen "Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status bei einem Erwachsenen oder bei einem Kind/Jugendlichen" zur Entscheidung der Behandlungserfordernisse
Verwendung von selektiv in-vitro-markierten Zellen (Indium) oder Verwendung von Gallium
Vollständige Untersuchung eines oder mehrerer Organsysteme
Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder Änderungen an derselben oder teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten oder Entfernung einer Schiene
Wiederanlegen und ggf. Änderung von fixierenden Verbänden (mindestens zwei Gelenke, Extremität mit einem Gelenk, Extremität mit mindestens zwei Gelenken, Rumpf)
Wurzelkanalaufbereitung und Wurzelfüllung bei Wurzelspitzenresektion, je Wurzelkanal
Extraktion eines Milchzahnes
Zervixrevision bei Blutung nach der Geburt
Zirkulärer Verband des Kopfes, des Rumpfes, stabilisierender Verband des Halses, des Schulter- oder Hüftgelenks oder einer Extremität über mindestens zwei große Gelenke, als Wundverband oder zur Ruhigstellung, oder Kompressionsverband
Zurückbringen oder Versuch des Zurückbringens eines eingeklemmten Bruches
Zusätzliche Aufnahme(n) zur Funktionsprüfung des Bandapparates eines Daumengrund-, Schulterreck-, Knie- oder Sprunggelenks
Beratung, Erörterung, Abklärung sofern nicht als eigenständige Position enthalten
Prüfung/Verordnung der häuslichen Krankenpflege
Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege
Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege
Beobachtung und Betreuung - Praxisklinische Betreuung bis zu 6h
Beobachtung nach diagnostischer Koronarangiografie
Beobachtung nach therapeutischer Koronarangiografie
Beobachtung nach diagnostischer Angiografie
Beobachtung nach therapeutischer Angiografie
Ärztlicher Bericht nach Untersuchung

Individueller Arztbrief
Kopie eines Briefes
Bescheinigung zur Belastungsgrenze
Konsiliarbericht vor Psychotherapie
Infusion
Infusionstherapie
Erst-Transfusion
Folge-Transfusion
Eigenblut-Reinfusion
Erstprogrammierung einer Zytostatikapumpe
Tuberkulintestung
Magenverweilsonde
Legen eines suprapubischen Harnblasenkatheter
Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter
Legen/Wechsel transurethraler Dauerkatheter
Blutentnahme durch Arterienpunktion
Intraarterielle Injektion
Punktion(en) (Lymphknoten, Schleimbeutel, Ganglien, Serome, Hygrome, Hämatome, Wasserbrüche (Hydrocelen), Ascites, Harnblase, Pleura-/Lunge, Schilddrüse, Prostata, Speicheldrüse, Mammae, Knochenmarks, Leber, Nieren, Pankreas, Gelenke, Adnextumoren, ggf. einschl. Douglasraum, Hodens, Ascites, Milz)
Lumbalpunktion
Entlastungspunktion des Pleuraraums und/oder Pleuradrainage
Fixierender Verband
Anwendung von Lokalanästhetika
13C-Harnstoff-Atemtest
H2-Atemtest
Hausärztliche Grundvergütung
Betreuung, Behandlung, Gespräch
Koordination der hausärztlichen Betreuung
Koordination der hausärztlichen Betreuung eines Kranken entspr. der Leistung nach der Nr. 03001 bei Versorgung in beschützenden Wohnheimen / Pflege- und Altenheimen
Beratung, Erörterung, Abklärung
Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-degenerativer und/oder entzündlicher Erkrankung(en) des Bewegungsapparates
Ganzkörperstatus
Allergologische Basisdiagnostik (einschl. Kosten)
Kinder- und jugendmedizinische Grundvergütung
Koordination der kinder- und jugendmedizinischen Betreuung
Beratung, Erörterung, Abklärung

Ganzkörperstatus

Klinisch-neurologische Basisdiagnostik

Orientierende Erhebung des psychopathologischen Status

Blutgasanalyse, Säure-Basen-Status

Allergologische Basisdiagnostik (einschl. Kosten)

Quelle: HealthEcon 2014; Kassenärztliche Bundesvereinigung 2014

6.2. Interviewleitfaden der Fokusgruppe

Guideline Focus Group

Date: September 22nd, 2014.

Location: Institute for Advanced Studies, Stumpergasse 56, 1060 Vienna, Austria.

1. Basic requirements - Primary health care centre

1.1. Staff

- What is the standard or usual number of staff in primary health care centres?

	Overall	<i>therefrom</i>	GP	Nurses	Receptionist	Midwives	Physio-therapists	Other staff
Number of								

- Is there a legal or otherwise regulated minimum number of staff for primary health care centres?

If yes,

	Overall	<i>therefrom</i>	GP	Nurses	Receptionist	Midwives	Physio-therapists	Other staff
Number of								

If yes,

- Are there any differences between urban and rural areas?
- Are there any differences concerning minimum criteria along other dimensions?

1.2. Equipment

- What is the standard or typical basic equipment (e.g. electrocardiogram, spirometer, etc...) in primary health care centres?
- Is there a legal or otherwise regulated minimum basic equipment (electrocardiogram, spirometer, etc...) for primary health care centres?

If yes,

- Please specify

If yes,

- Are there any differences between urban and rural areas?
- Are there any differences concerning minimum criteria along other dimensions?

2. Out-of-hours care

- What are the standard opening hours during day time?
- Are primary health care centres required to provide out-of-hours care? If yes, please specify.

If yes,

- How many “nights” for out-of-hours services per week are required by law/regulations?
- How many “nights” for out-of-hours services per week does a “standard” primary health care centre provide?
- How many “weekends” for out-of-hours services per month are required by law/regulations?
- How many “weekends” for out-of-hours services per month does a “standard” primary health care centre provide?
- Concerning the questions above,
 - Are there any differences between primary health care centres in urban and rural areas?
 - Are there differences between the regulation and the reality?
- Is there a predefined skill mix of professionals for out-of-hours care?

If yes,

- What is the required number of staff by skill group (by law/regulations)?
- Does the “standard” out-of-hours care team differ from the (legally or otherwise) required minimum staff size/composition?
- Concerning the questions above,
 - Are there any differences between primary health care centres in urban and rural areas?
- Are there differences between the minimum services provided standard opening hours during day time and out-of-office hours?

If yes,

- Which services have to be offered out-of-hours (by law/regulations)?

3. Prevention and health promotion

3.1. Prevention

- Which services are provided by primary health care centres in the context of prevention?
- Can you please describe the scope of these services...
- Which professionals (e.g. GP, nurse, etc...) provide which services?
- Are there suggested intervals between repetitions of the services? If yes, how long are these (one year, two years, etc...)?
- Are these services regulated by law/regulations? If yes, what is exactly regulated? (e.g. minimum set of services which have to be offered)

3.2. Health promotion

- Which services are offered by primary health care centres in the context of health promotion?
- Can you please describe the scope of these services...
- Which professionals (e.g. GP, nurse, etc...) provide which services?
- Are there suggested intervals between repetitions of the services? If yes, how long are these (one year, two years, etc...)?
- Are these services regulated by law/regulations? If yes, what is exactly regulated? (e.g. minimum set of services which have to be offered)

4. Continuing health care

- Is continuing health care offered by primary health care centres?
If yes,
 - For which health conditions, illnesses or diagnoses is continuing health care offered?
 - Is the continuing health care for these health conditions, illnesses or diagnoses regulated by law/regulations?
- How is continuing health care organized in the primary health care centres?

In this context:

- In principle, who is responsible to organize continuing health care/is anyone responsible to organize continuing health care (e.g. nurse, case manager)?
- Which measures are taken to ensure continuing health care?
- Which professional groups participate in providing continuing health care?

5. Referrals

- How are referrals from primary health care centres to medical specialists, hospitals, other health care professionals, other health care institutions organized/regulated?
- Who defines/decides whether a patient's referral to the next level of care is warranted?
- What measures are taken to avoid referrals due to "cost-shifting" (reimbursement of treating patient X with illness Y is not cost covering for the primary health care centre, thus patient is referred to a medical specialist or hospital)?

6. Treatment and treatment spectrum

6.1. Emergency treatment

- Which services are provided in context of emergency treatment? (plaster cast (y/n); suture (y/n), if yes, to what extent are cuts sutured in primary health care centres; ...)
- To which extent can emergency treatment services be provided in a primary health care centre?
- By which professionals (e.g. GP, nurse, etc...) are these services provided?

6.2. "Basic" treatment

- Which services/diagnostic and treatments are provided in the context of "basic" care?
- By which professionals (e.g. GP, nurse, etc...) are these services/measures provided?

6.3. Chronic care

- Which services/treatments are provided in the context of chronic care?
- How is chronic care organized in a primary health care centre?
- By which professionals (e.g. GP, nurse, etc...) are these services/treatments provided?

6.4. “Specialised” treatment

- We want to find out the following:
 - Which “specialised” services are provided in primary health care centres?
 - To which extent can “specialised” services be provided in primary health care centres?
 - By which professionals (e.g. GP, nurse, etc...) are these “specialised” services provided?
 - How is the procedure if further diagnostic or treatment is necessary (e.g. positive PAP-test or PSA-test)? Which further diagnostics and treatments can be done in primary health care centres?
 - Who decides that further treatment cannot take place in the primary health care centre and that a referral to a hospital is necessary?
- Below we provide some examples by medical specialities:
 - **Speciality – dermatology:** e.g. varices sclerotisation, removal from birth marks, removal from cutaneous skin tumour, removal from toe nail, etc...
 - **Speciality – gynaecology:** e.g. Pap-test, antenatal class, prenatal care, postnatal care, etc...
 - **Speciality – internal medicine:** e.g. electrocardiogram, spirometry, etc...
 - **Speciality – ophthalmology:** e.g. ophthalmotonometry, etc...
 - **Specialty – orthopedics:** casting, arch support, (articulation) infiltration, pain treatment, varices sclerotisation, etc...
 - **Speciality – otolaryngology:** e.g. audiometry, otomicroscopy, removal from foreign body in ear, nose, etc...
 - **Speciality – surgery:** e.g. removal of birth mark, removal of warts, removal of abscess, varices sclerotisation, etc...
 - **Speciality – urology:** e.g. cancer prevention, etc...

7. Documentation

- What is documented in the context of patient care documentation in primary health care centres (standard)?
- Is documentation of patient care regulated by law/regulations? If yes, what is exactly regulated? (e.g. what has to be documented, for how long have records to be saved, Is coding obligatory (ICD10? ICPC2?))
- Who can access (read or enter information into) the patient care documentation? (Everyone in the primary health care centre? Other health professionals or health care providers? The patients?)? Are there partial reading rights?
- Can primary health care centers access patient records including information from other health care providers?

Autoren: Thomas Czypionka, Markus Kraus, Frank Kronemann

Titel: Leistungserbringung in der Primärversorgung

Projektbericht/Research Report

© 2014 Institute for Advanced Studies (IHS),
Stumpergasse 56, A-1060 Vienna • ☎ +43 1 59991-0 • Fax +43 1 59991-555 • <http://www.ihs.ac.at>
