➔ *Fortsetzung von Seite 19*

KrankenpflegerIn sowie einer Ordinationsassistentin. Fakultativ kann zusätzlich auch ein/e KinderärztIn Teil des Kernteams werden. Als Mindestöffnungszeit ist bei drei Ärztestellen ein Korridor von mindestens 40 bis 50 Sprechstunden ganzjährig in der Zeit von 7 bis 19 Uhr vorgesehen. Sind es mehr Ärzte, verlängern sich die Öffnungszeiten.

Der Rahmenplan spricht außerdem von den erweiterten Teams, die hinzugezogen werden „können". Infrage kommen Physiotherapeuten, Diätologen, Ergotherapeuten, Psychologen, Psychotherapeuten, Hebammenhilfe bis hin zu Sozialarbeitern. Auch soll ein Ordinationsmanager Organisatorisches und Bürokratisches übernehmen können. Leiter einer PVE sind aber immer Ärzte.

Frage des Geldes

Der Rahmenvertrag sieht einen Mix aus verschiedenen Honorarsystemen vor. Den Bundesländern wird es überlassen, aus den Bausteinen das eigene Gebäude fertig zu stellen. Dabei wird auch entschieden, ob die einzelnen PVEs Anschubfinanzierungen für den Aufbau der Ordination erhalten und ob – sehr wichtig – ein Ordinationsmanagement von den Kassen bezahlt wird. In Oberösterreich und Niederösterreich sind vier Honorarsysteme festgeschrieben, die die Realität weitgehend abdecken:

- **Modell Einkommensabgeltung:** Das in den oberösterreichischen Pilotzentren genutzte Modell sichert jedem/r in die PVE eintretenden Kassenarzt/-ärztin pauschal so viel Honorar zu, wie in den vergangenen drei Jahren durchschnittlich in der bestehenden Praxis vor Steuer und nach Abzug aller Kosten verdient worden war. Dazu gibt es noch einen Aufschlag von fünf Prozent. Ebenfalls bezahlt werden die Kosten der Mitarbeiter aus den anderen Gesundheitsberufen, die entweder angestellt oder assoziiert sind.
- **Modell Umsatzabgeltung:** Dabei bieten die Kassen die pauschalierte Abgeltung der bisherigen Ordinationsumsätze an. Sämtliche Kosten für Investitionen, Gehälter und Abgaben werden vom Ärzteteam getragen. Auch in diesem Modell werden die Kosten für das erweiterte Kernteam von den Kassen separat getragen.
- **Modell Fallpauschale:** Das dritte Modell setzt auf die Honorierung nach altersgestaffelten Fallpauschalen. Dazu kommt meist wie beim niederösterreichischen Grundlagenvertrag eine kontaktunabhängige Grundpauschale, mit der Leistungen wie längere Öffnungszeiten, Qualitätsmanagement, Gesundheitsförderung und Prävention sowie „administrativer Mehraufwand für übergreifende Aufgaben" abgegolten werden.
- **Modell Honorarordnung:** Modell 4 bringt für Kassenärzte wenig Neuerungen. Die Honorierung erfolgt gemäß der aktuellen Honorarordnung ohne Gruppenpraxis-Abschlag. Die Limitierungen bzw. Staffelungen der Honorarordnung werden entsprechend der Anzahl der teilnehmenden Ärzte angehoben. Über die Personalkosten des vereinbarten erweiterten Teams wird im Vorfeld verhandelt. Auch sie werden gegen Nachweis abgegolten. Das Modell wird vor allem in Hinsicht auf Primärversorgungsnetzwerke am Land bereitgestellt.

Mit dem Grundlagenvertrag sind die bundesweiten gesetzlichen Grundlagen für die heimische Primärversorgung endlich geschaffen. Jetzt braucht es begeisterungsfähige Ärztinnen und Ärzte, die der Vision auch in den Alltag helfen. ■

Nachhaltig behandeln

Je nach Größe behandeln die bereits aktiven PV-Zentren und -Netzwerke zwischen 3.000 und 7.000 Patientinnen und Patienten im Quartal. Die heimische Gesundheitspolitik plant, mit den geplanten 75 PVEs österreichweit 10 Prozent der Bevölkerung zu versorgen.
Von Kassenseite geht es dabei um die Gesundheitsversorgung von Regionen, in denen AllgemeinmedizinerInnen nur mehr schwer anzusiedeln sind. Im Schnitt arbeiten zwischen drei und fünf Ärztinnen und Ärzte in PVEs – hochgerechnet auf 75 PVEs macht das 300 bis 400 Allgemeinmediziner, mögliche Kinderärzte noch nicht mitgerechnet.
Neben verbesserter Work-Life-Balance – es sind in PVEs auch Teilzeitjobs leicht umsetzbar – können Allgemeinmediziner gemeinsam mit den multiprofessionellen Teams eine deutlich verbesserte Versorgung vor allem chronischer Patienten umsetzen.

DIE PRAKTISCHE FRAGE

Mag. Iris Kraft-Kinz
MEDplan, 1120 Wien,
Tel. 01/817 53 50-260

Wie überzeuge ich meine Patientenschaft vom Impfen?

Das Thema der Masern-Impfung sorgt aktuell für extreme Reaktionen. Dabei ist Impfen jahrein, jahraus ein Thema in den Praxen. Dennoch unterlassen es immer noch viele Ordinationen, ihre PatientInnen aktiv auf Impfaktionen hinzuweisen. Das gilt auch für die jährliche Grippe-Impfung. Impf-Aktionen sind aus Patienten- und aus Ordinationssicht eindeutige Gewinnsituationen: Der Patient übersteht Masern- und Grippewelle ohne Erkrankung, und Arzt wie Ärztin bringen sich bei ihren – noch – gesunden Patienten nützlich in Erinnerung. Entscheidend ist ein geschlossenes Marketing-Konzept der Praxis, das jeder mitträgt. Das fängt bei Plakaten im Wartezimmer an, geht über gezielte Recall-Maßnahmen und ist mit der gezielten Ansprache der Patienten durch die Arzthelfer und Arzt/Ärztin noch lange nicht zu Ende. Die Arzthelferin spielt für den Erfolg einer Impfaktion eine zentrale Rolle. Denn sie ist es, die die Patienten auf die verschiedenen Impfleistungen in der Praxis ansprechen soll. Jeder Patient wird beim Empfang auf die Impfaktion aufmerksam gemacht. Spontaneität spielt dabei eine große Rolle. Der Besuch im Arztzimmer kann leicht mit einer Impfung abgeschlossen werden – sofern dies dem Patienten rechtzeitig nahegebracht wurde.

Patienten haben meist nichts dagegen, auch zu Hause angesprochen zu werden. Das Ordinationsteam muss nur die Zustimmung des Patienten zur Kontaktnahme vorher einholen. Recall-Aktionen per Brief, Telefon, E-Mail oder SMS können die Impfquote spürbar erhöhen. Den geringsten Aufwand bei der Umsetzung des Impf-Marketings haben die Praxen, die eindeutige Prozess- und Ablaufbeschreibungen haben. Diese sind in der Praxis-EDV zu hinterlegen. Wesentlich ist dabei, keine Wartezeiten aufkommen zu lassen. Spontanen Entschlüssen der Patienten muss nachgekommen werden können. Ein ausreichender Vorrat an Impfstoff ist daher stets anzuraten.

FOTO: MEDPLAN