

DIE ROLLE DES PRAKTISCHEN ARZTES IM GESUNDHEITSWESEN

1. Hausärztliche Versorgung.....	132
2. Versorgungsqualität	134
3. Versorgungsmodelle	136
4. Innovative Versorgungsformen	141
5. Erwartungen der Patienten/Patientinnen.....	146
6. Ausblick.....	147

Auszug aus WISO 1/2009

isw

Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften

Volksgartenstraße 40

A-4020 Linz, Austria

Tel.: +43(0)732 66 92 73, Fax: +43 (0)732 66 92 73 - 2889

E-Mail: wiso@akooe.at

Internet: www.isw-linz.at

**Oskar
Meggeneder¹**

**Lehrbeauftragter an
den Universitäten
Linz und Salzburg
sowie an der Sigmund
Freud Privatuni-
versität Wien**

Rollenbild der Allgemeinmediziner/-innen hat sich in den letzten Jahren entscheidend gewandelt.

hausärztliche Betreuung in Österreich nahezu ausschließlich durch das Vertragsarztsystem sicher gestellt

Im ambulanten Bereich des Gesundheitswesens sind in Österreich die Anlaufstellen für Patient/-innen Spitalsambulanzen, niedergelassene Facharzt/-innen und praktische Ärzte/Ärztinnen (Synonyme: Allgemeinmediziner/-in, Hausärztin/Hausarzt). Den Allgemeinmediziner/-innen kommt hier insofern eine Schlüsselrolle zu, da sie bei Gesundheitsproblemen überwiegend als Erste in Anspruch genommen werden. Gemäß der „Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007“ geben vier von fünf Österreicher/-innen ab 15 Jahren an, innerhalb der letzten zwölf Monate eine/n Allgemeinmediziner/-in aufgesucht zu haben.² Das Rollenbild der Allgemeinmediziner/-innen hat sich in deren Selbstverständnis, aber auch real in den letzten Jahren entscheidend gewandelt. Es sind vermehrt Kooperations- und Koordinationsaufgaben wahrzunehmen. In diesem Zusammenhang ist auf neue Betreuungsstrukturen zu verweisen, wie Fallmanagement (Case Management) und Disease Management bei der Behandlung und Betreuung chronisch Kranker. Obwohl das häufig diskutierte Gatekeeper-Modell (die Patient/-innen haben ausschließlich über die Hausärztin oder den Hausarzt Zutritt zum Gesundheitswesen) nicht angewendet wird, begreifen sich viele Allgemeinmediziner/-innen als Lotsen,³ welche ihre Patient/-innen sicher durch die Untiefen des komplexen Gebiets von Diagnose und Therapie steuern sollen. Massiv wird insbesondere von den Allgemeinmediziner/innen eine bessere Kommunikationsfähigkeit gefordert. Dies vor allem deshalb, weil einerseits integrative Versorgungsmodelle Patient/-innen stärker aktiv in den therapeutischen Prozess einbeziehen und andererseits Patient/-innen nicht zuletzt aufgrund der neuen Informationstechnologien deutlich besser informiert sind und in medizinische Entscheidungsprozesse, im Sinne eines informed consent⁴, einbezogen werden wollen.⁵

1. Hausärztliche Versorgung

Die hausärztliche Betreuung wird in Österreich nahezu ausschließlich durch das Vertragsarztsystem sichergestellt, wobei die Anzahl der Arztstellen, deren regionale Verteilung und

die Auswahl der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, deren Honorierung und anderes mehr zwischen dem sozialen Krankenversicherungsträger und der Ärztekammer vertraglich vereinbart werden.

Tabelle 1: Verteilung der Vertragsärzte/-ärztinnen für Allgemeinmedizin im Bundesländervergleich 2007

Bundesland	Anzahl Vertragsärzt/innen	Anspruchsber echtigte Pro Vertragsärzt/in	Anzahl Vertragsärzt/innen pro 100.000 Anspruchsberechtigte
Oberösterreich	662	1.741	57
Niederösterreich	772	1.457	69
Steiermark	614	1.440	69
Burgenland	144	1.292	77
Kärnten	257	1.615	62
Salzburg	243	1.781	56
Tirol	316	1.719	58
Vorarlberg	155	1.964	51
Wien	816	1.806	55

Quelle: Ärztekostenstatistik und KVA-Statistik 2007 des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

Die Ärztedichte von Allgemeinmediziner/-innen im Bundesländervergleich ist sehr unterschiedlich. Sie hängt wesentlich von der Versorgungsstruktur im jeweiligen Bundesland ab. Die Unterschiede werden durch mehrere Faktoren begründet: Altersstruktur der Ärzte/Ärztinnen, Länge der Öffnungszeiten der Ordinationen, Krankheitsstruktur (bei vielen Krankheiten gibt es ein Ost-West-Gefälle) und bei den Fachärzten/-ärztinnen die Mitversorgung von Patienten/Patientinnen anderer Bundesländer (z. B. Burgenländer/-innen und Niederösterreicher/-innen in Wien). Wien weist bei den Ärzten/-Ärztinnen insgesamt die höchste Dichte auf⁶, bei der Versorgung mit Allgemeinmediziner/-innen mit einem Kassenvertrag liegt Wien allerdings an vorletzter Stelle. Bedingt durch die überdurchschnittliche Versorgung mit Fachärzten/-ärztinnen und Ambulanzen, nehmen die Patienten/Patientinnen dieses Angebot in deutlich höherem Ausmaß wahr. Untersuchungen habe gezeigt, dass es bei der Versorgung mit niedergelasse-

... bei der Versorgung mit niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen mitunter erheblichen Fehlallokationen

nen Ärzten/-innen mitunter zu erheblichen Fehlallokationen kommt. Insbesondere im fachärztlichen Bereich besteht ein Trend zur Überversorgung. Dies trifft regional unterschiedlich auch auf die Versorgung mit Allgemeinmediziner/-innen zu, wobei es aber in diesem Bereich auch eine eklatante Unter-versorgung gibt.⁷ Oberösterreich, das bei der ärztlichen Versorgung (berufsausübende Ärzte/Ärztinnen insgesamt) gemeinsam mit Vorarlberg und Burgenland das Schlusslicht bildet,⁸ findet sich aber bei der Versorgung mit Allgemeinmedizinern/medizinerinnen im Mittelfeld. Im Übrigen lässt die Ärztedichte nur beschränkt Rückschlüsse auf das Niveau der Versorgung zu. So wurde im Rahmen einer Sonder-Mikrozensususerhebung gezeigt, dass Oberösterreich zwar das Schlusslicht bei der Ärztedichte bildet aber bei der Erreichbarkeit von Ärzten/Ärztinnen (gemessen am Zeitaufwand), der Wartezeit auf einen Arzttermin und der Wartezeit in der Ordination⁹ im oberen Mittelfeld zu finden war.¹⁰ Gebietskrankenkasse und Ärztekammer stützen sich bei der Stellenplanung in Oberösterreich auf ein rechnergestütztes Modell, welches z. B. neben der Altersstruktur und Geschlechtsverteilung der zu versorgenden Anspruchsberechtigten auch die Pendlerströme und Verkehrsinfrastruktur berücksichtigt. Damit wird zweifellos die Allokation der Vertragsarztstellen optimiert. Ein weiterer Grund für die relativ gute Versorgung mit Allgemeinmedizinern/-medizinerinnen ist zweifellos, dass sich die OÖ Gebietskrankenkasse bei ihrer Vertragspolitik am noch darzustellenden Hausarztmodell orientiert. In Bezug auf die Ärzte-/Ärztinnendichte wurde zu Recht bemerkt: „Diese Kennzahl sagt aber in Wahrheit wenig bis nichts über die tatsächliche Versorgung der PatientInnen aus. Qualitätsunterschiede in der Versorgung (z.B. ein effizientes Case Management und eine Gatekeeper-Funktion der AllgemeinmedizinerInnen) werden mit dieser Methode generell ignoriert.“¹¹

Ärzte/Ärztinnendichte sagt wenig bis nichts über die tatsächliche Versorgung der Patienten/Patientinnen aus

2. Versorgungsqualität

Die Qualität der medizinischen Versorgung durch Allgemeinmediziner/-innen ist neben der Erreichbarkeit und den War-

tezeiten von weiteren Faktoren abhängig. Vor allem von der fachlichen und persönlichen Qualifikation, der Ausstattung der Ordination oder einem barrierefreien Zugang. Aufgrund der absoluten und relativen Zunahme der älteren Bevölkerung, die zudem länger im eigenen Haushalt verbleibt, ist dem Aspekt der Barrierefreiheit zunehmend Beachtung zu schenken. Die fachliche und persönliche Qualifikation von Ärzten/Ärztinnen zu erheben, ist ein schwieriges Unterfangen. Dies zeigt sich auch bei den Auswahlverfahren bei der Besetzung von freien Arztstellen. Es werden im Wesentlichen formale Kriterien (Zeitpunkt des Abschlusses der Ausbildung, formale Zusatzausbildungen etc.) berücksichtigt. So wichtige Voraussetzungen, wie Kommunikationsfähigkeit oder Empathie werden nicht mit einbezogen. Letztendlich bleibt es den Patienten/Patientinnen überlassen, sich ein Bild von der Qualifikation ihres Hausarztes zu machen. Dieses wird allerdings die fachliche Qualifikation im engeren Sinn aussparen müssen, da sich diese im Regelfall dem Beurteilungsvermögen der Patienten/Patientinnen entzieht. Letztendlich kann ein/e Patient/-in nur ein allgemeines Zufriedenheitsgefühl benennen, das als Vertrauensindex herangezogen werden kann. Obwohl die freie Wahl des Arztes noch am ehesten bei den Allgemeinmedizern/-medizinerinnen gegeben ist, kann ein Arztwechsel in ländlichen Regionen oft mit erheblichen Unannehmlichkeiten verbunden sein.

Eine objektive Qualitätsbeurteilung ist am ehesten bei der Ausstattung der Ordination möglich. Diese ist auch gesetzlich vorgeschrieben und wird von eigenen Einrichtungen der Ärztekammern durchgeführt, ein Umstand, der immer wieder kritisiert wird. Grundsätzlich ist gegen eine Einrichtung der Interessenvertretung nichts einzuwenden, wenn diese unabhängig und transparent agiert. Wenn aber eine Interessenvertretung Sanktionen gegen eines ihrer Mitglieder setzen soll, könnte es mentale Barrieren geben. In vielen Ländern der EU sind staatliche Einrichtungen oder vom Staat beauftragte unabhängige Agenturen mit dieser Aufgabe betraut, was zumindest eine bessere Optik darstellt. In Österreich wäre mit der

durch Bundesgesetz gegründeten Gesundheit Österreich GmbH und ihrem Geschäftsbereich „Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen“ geradezu eine ideale Einrichtung vorhanden.

3. Versorgungsmodelle

*„Managed Care“:
unterschiedliche
Organisations- u.
Finanzierungs-
modelle,
insbesonderer
der primär-
ärztlichen
Versorgung*

„Managed Care“ ist ein Begriff, unter dem unterschiedliche Organisations- und Finanzierungsmodelle – insbesondere der primärärztlichen Versorgung – zusammengefasst werden. Sie haben ein gemeinsames Ziel: durch Steuerung und Kontrolle des Leistungsgeschehens, und zwar der Leistungsanspruchnahme und der Leistungserstellung, die Ausgaben zu senken, die Effizienz zu erhöhen und die Qualität zu verbessern. So besehen, wären auch die Bemühungen der sozialen Krankenversicherungsträger unter Managed-Care einzuordnen. Dies erklärt auch, warum die sozialen Krankenversicherungen in Österreich und Deutschland Managed Care-Modellen eher skeptisch gegenüberstehen, betrachten sie doch Steuerung und Kontrolle medizinischer Leistungserbringung als eine ihrer Kernaufgaben. Es lohnt trotzdem, sich mit Managed Care auseinanderzusetzen, da sich durchaus Impulse für die österreichische Versorgungspraxis ableiten lassen.

3.1. Health Maintenance Organization

*„klassische“
Form von
Managed Care:
die aus den USA
kommende
Health
Maintenance
Organization*

Die „klassische“ Form von Managed Care ist die aus den USA kommende Health Maintenance Organization (HMO). Es handelt sich hierbei um Ärzte-/Ärztinnennetze, die mit einer oder mehreren Krankenversicherungen einen Vertrag abschließen, auf Grundlage dessen sie im Rahmen eines vereinbarten Budgets die Versicherten, die der HMO beitreten, im vereinbarten Leistungsumfang medizinisch betreuen. Bei Ausgabenüberschreitung erhält das Netz einen Bonus, bei Unterschreitung einen Malus. Damit sind die Ausgaben für die Versicherung überschaubar und kalkulierbar. Die Versicherten erhalten als Anreiz zum Beitritt einen Prämienrabatt. Für die Ärzte/

Ärztinnen besteht der ökonomische Anreiz, nur das an Leistungen zu erbringen, was medizinisch unbedingt notwendig ist, was – in Parenthese angemerkt – zumeist auch das medizinisch Sinnvollste ist. Auf der anderen Seite muss eine Unterversorgung vermieden werden, weil sonst die eingeschriebenen Versicherten aus der HMO austreten. Die HMO ist somit ein selbststeuerndes System, das idealtypischerweise eine gute Versorgung bei vertretbaren Ausgaben sicherstellt. Es gibt eine breite Palette von HMO-Modellen, die hauptsächlich bezüglich der Organisationsform der Leistungserbringer variieren. So gibt es Versorgungsverträge mit Zusammenschlüssen unabhängiger Ärzte/Ärztinnen (Independent Practice Association), einer größeren Ärztegruppe in Form einer Praxisgemeinschaft (Pre-Paid Group Practice) oder einem Netzwerk kleinerer Ärztegruppen (Network Model). Bei der Pre-Paid Group Practice kann noch danach unterschieden werden, ob die Ärzte/Ärztinnen in eigener Verantwortung in ihrer Gruppenpraxis selbstständig arbeiten und investieren (Group Model) oder ob sie bei der HMO angestellt sind (Staff Model). In Verbindung mit den HMOs kommen zunehmend sogenannte Point-of-Service-Plans (POS) zur Anwendung. Hier kann die/der Versicherte im Krankheitsfall entscheiden, ob sie/er die Leistung der Vertrags-HMO seiner Versicherung in Anspruch nehmen möchte oder außerhalb versorgt werden will. In letzterem Fall wird nur ein Teil der Kosten erstattet. Darüber hinaus sind die Versicherungsprämien in Verbindung mit einem POS höher.¹²

3.2. Preferred Provider Organization

Dies ist ein Managed-Care-Modell bei dem für die Versicherten ein finanzieller Anreiz besteht, Leistungen nur von solchen Leistungserbringern in Anspruch zu nehmen, mit welchen die Krankenversicherung Verträge zur Erbringung der medizinischen Versorgung abgeschlossen hat, wobei die Versicherung für die Vergütung von Einzelleistungen Rabatte ausgehandelt hat. Die Ärzte/Ärztinnen müssen sich verschiedenen Kosten- Leistungs- und Qualitätskontrollen unterziehen. Der

Rabattierung auf Einzelleistungen soll sicherstellen, dass keine medizinisch nicht notwendigen Leistungen erbracht werden

wesentliche Unterschied zu den HMOs ist, dass die Einzelleistungen vergütet werden und keine Pauschalvergütung (z. B. pro Kopf eingeschriebener Versicherter) besteht. Die Rabattierung auf die Einzelleistungen soll sicherstellen, dass keine medizinisch nicht notwendigen Leistungen erbracht werden, wozu in einem angebotsinduzierten Markt, wie der Gesundheitsmarkt einer ist, ja immer ein Anreiz besteht.¹³

In den USA wird etwa die Hälfte der Bevölkerung über HMOs versorgt. Obwohl häufig diskutiert und in manchen Ländern stark propagiert, konnten die HMO-Modelle in Europa nur in beschränktem Umfang Fuß fassen. In der Schweiz wurden im Zuge der Liberalisierung des Gesundheitsmarktes starke Anreize gesetzt, HMOs einzuführen. Dabei orientierte man sich eng am US-amerikanischen Vorbild. Geschätzte zwei Prozent der Bevölkerung werden durch HMOs im engeren Sinn betreut, weitere sechs Prozent durch Hausarztmodelle.¹⁴

Obwohl das HMO-Modell in Europa und damit auch hierzulande keinen Anklang gefunden hat, hat es zweifellos die Diskussion um Kosteneffizienz in der gesundheitlichen Versorgung und die Steuerung von Leistungsanspruchnahme und Leistungserstellung nachhaltig beeinflusst. Sowohl die soziale Krankenversicherung in Österreich als auch die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland haben erkannt, dass eine lediglich gesetzliche Verpflichtung der Vertragsärzte/-ärztinnen zu ökonomischem Behandlungs- und Verordnungsverhalten ein stumpfes Instrument ist, wenn nicht für dieses Anliegen unterstützende Instrumente eingesetzt werden. Diese wurden in den letzten Jahren in beiden Ländern entwickelt, aber nur Deutschland hat im Bereich der Allgemeinmediziner/-innen in Form des Hausarztmodells ein entsprechendes Organisationskonzept entwickelt und umgesetzt. Für die in der Schweiz eingerichteten Hausarztmodelle war die Angst weiter Teile der Ärzteschaft vor Gründung der HMOs Auslöser.

3.3. Hausarztmodell

Seit 2004 hat der Gesetzgeber die deutschen gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, neben der herkömmlichen Versorgung durch Allgemeinmediziner/-innen eine Versorgung nach dem Hausarztmodell anzubieten. Auslöser war in erster Linie die chronische Finanznot der Krankenkassen, obwohl die Bundesregierung dies vorrangig mit einer Qualitätsverbesserung der medizinischen Versorgung begründete,¹⁵ ein Argument, das nach Meinung der Patienten/Patientinnen in der Praxis offenbar nicht hielt, wie jüngst eine Erhebung der Bertelsmann Stiftung zeigte.¹⁶ Aber auch auf Seiten der Krankenversicherung war Skepsis angesagt. Nach Expertenmeinung ist „... die Realisierung der klassischen Gatekeeper-Idee in Deutschland weder attraktiv noch versorgungspolitisch sinnvoll ...“¹⁷

Im Hausarztmodell können sich Versicherte ab dem 18. Lebensjahr einschreiben lassen. Damit verpflichten sie sich, mindestens ein Jahr lang im Bedarfsfall immer zuerst ihren Hausarzt aufzusuchen, und verzichten damit auf den unmittelbaren Facharztzugang. Ambulante fachärztliche Leistungen erfolgen nur auf Überweisung des gewählten Hausarztes. Dieser weist auch ins Krankenhaus ein und hat idealerweise einen umfassenden Überblick über die Krankengeschichte der Patientin/des Patienten und ist von ihr/ihm autorisiert, Untersuchungsergebnisse und Befunddaten zu erheben und an Fachärzte/-ärztinnen weiterzureichen. Damit sollen Mehrfachuntersuchungen, Mehrfachbehandlungen sowie die Gesundheit beeinträchtigende Wechselwirkungen von Arzneimitteln, Polypragmasie und unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden werden. Die potenziellen Vorteile des Hausarztmodells sind:

- Eine Stärkung der Beziehung der Patienten/Patientinnen zu ihren Hausärzten/Hausärztinnen und damit verbunden eine Reduktion von Facharztbesuchen, da die Hausärzte/-ärztinnen viele Krankheiten, die zum Facharzt „getragen“ werden, selbst behandeln können.

Mehrfachuntersuchungen, Mehrfachbehandlungen sowie die Gesundheit beeinträchtigende Wechselwirkungen von Arzneimitteln, Polypragmasie und unnötige Krankenhauseinweisungen vermeiden

- In das Modell eingebundene Ärzte/Ärztinnen können vertraglich verpflichtet werden, bestimmte Weiterbildungsmaßnahmen zu absolvieren.
- Gezielte Überweisungen durch den Hausarzt/die Hausärztin und Terminkoordination durch die Ordinationshilfe.
- Optimaler Überblick über die Krankheitsgeschichte/n durch die Dokumentation in einer Hand.
- Ausgabensenkungen für die Krankenkassen, wofür es bislang aber keine Evidenz zu geben scheint.¹⁸

Als potenzielle Nachteile des Hausarztmodells werden genannt:

- Einschränkung des Rechts auf freie Arztwahl; wiewohl angemerkt werden muss, dass die Einschreibung einer/eines Versicherten auf freiwilliger Basis erfolgt.
- Insbesondere aus Sicht mancher Ärzte/Ärztinnen wird eine Einschränkung der Therapiefreiheit befürchtet, da Krankenkassen die Allgemeinmediziner/-innen verpflichten können, Behandlungsleitlinien einzuhalten. Wenn es sich um evidenzbasierte Leitlinien handelt, kann dies aber eher als ein Vorteil betrachtet werden, zumal derartige Vereinbarungen zumeist ein Abweichen von der Leitlinie zulassen, wenn dies medizinisch (ebenfalls evidenzbasiert) begründet wird.¹⁹
- Erhöhter Verwaltungsaufwand für teilnehmende Ärzte/Ärztinnen.
- Kritiker meinen, dass die Allgemeinmediziner/-innen derart komplexen Aufgaben nicht gewachsen seien, eine Behauptung,²⁰ die erst noch verifiziert werden muss.
- Aufgrund eines Selektions-Bias könnten sich vor allem junge gesunde Patienten/Patientinnen, die voraussichtlich keine fachärztliche Versorgung brauchen, in Hausarztmodelle einschreiben. Bei einem Kostenvergleich würden dann die in Hausarztmodellen versorgten Patienten/Patientinnen nur scheinbar „effizienter“ betreut, die geringeren Behandlungskosten werden aber durch ihren besseren Gesundheitszustand und nicht vom Hausarztmodell verursacht.

Eine umfassende Untersuchung, inwieweit die Erwartungen der Krankenkassen, Ärzteschaft und Patienten/Patientinnen (sofern deren Erwartungen überhaupt im Zielfindungsprozess bei der Entwicklung der Modelle erhoben und einbezogen wurden) zutreffen, ist noch ausständig. Die Ergebnisse des „Gesundheitsmonitors“²¹ zeigen, dass die Patienten/Patientinnen bislang keinen Qualitätsunterschied in der Versorgung beobachten. Die gegenwärtige österreichische Bundesregierung hat im Rahmen der geplanten Gesundheitsreform die Aufwertung der Rolle des Hausarztes vorgesehen. Wie dies umgesetzt werden soll, wird derzeit in einer ministeriellen Arbeitsgruppe diskutiert. Seitens der Ärzteschaft dürfte es aber Bedenken gegen eine allfälligen Einführung eines Hausarztmodells nach deutschem Muster geben.²² Dass HMOs und Hausarztmodelle als alternative Primärversorgungsformen in Österreich kaum diskutiert wurden, bedeutet aber keinesfalls, dass eine Auseinandersetzung bezüglich der Entwicklung von Steuerungsinstrumenten zur Verschränkung von Ökonomie und Qualität nicht stattgefunden hätte. Im Gegenteil, die sozialen Krankenversicherungen, Krankenanstaltenträger und Interessenvertretungen der Gesundheitsberufe haben zahlreiche innovative Schritte in diese Richtung gesetzt. Deren wichtigste Ergebnisse sind die Entwicklung von integrierten Versorgungsmodellen und von Projekten, die ökonomisches Verhalten der Akteure im Gesundheitswesen und Sicherung oder Verbesserung der Qualität vereinen.

4. Innovative Versorgungsformen

Ein wesentliches Merkmal unseres Gesundheitswesens ist seine Fragmentierung. Diese zeigt sich auf den unterschiedlichsten Ebenen. Trotz einiger Erfolge bei den Bemühungen, die schwierigen Naht- und Schnittstellen zwischen intra- und extramuraler Versorgung zu meistern, sind diese zum Teil über das Projektstadium noch nicht hinausgekommen. Es gibt aber dennoch erfolgreiche Beispiele, wie die Übergangs- oder Überleitungspflege, die mittlerweile schon von vielen Krankenhäusern eingesetzt wird, oder die integrierte Schlaganfall-

*Patienten/
Patientinnen
beobachten
bislang keinen
Qualitätsunter-
schied in der
Versorgung*

*Bemühungen, die
schwierigen
Naht- und
Schnittstellen
zwischen intra-
und extramuraler
Versorgung zu
meistern: zum
Teil über das
Projektstadium
noch nicht
hinausgekommen*

versorgung, die über das Projektstadium hinaus gelangt ist und auf dem besten Weg ist, bei den Partnern strukturell verankert zu werden. Verbesserungsbedürftig ist auch die Kooperation zwischen und die Koordination der Vertreter/innen der unterschiedlichen Gesundheitsberufe. Positive Beispiele sind in diesem Fall ambulante Versorgungsmodelle zur Behandlung von Schlaganfallpatienten/-patientinnen. Es wird zwar zunehmend erkannt, dass die Patienten/Patientinnen Koproduzenten ihrer Gesundheit sind, im Alltagsgeschehen der Krankenbehandlung sehen sich Patienten/Patientinnen aber häufig paternalistischen Strukturen gegenüber. Überhaupt werden die Patienten/Patientinnen im Behandlungsverlauf oft nur fragmentiert wahrgenommen, das heißt, die jeweiligen Krankenbehandler und Behandlungseinrichtungen sind nur auf ihre Therapie am konkreten Patienten/an der konkreten Patientin fokussiert und wissen manchmal nicht, was ihre Vorgänger im Behandlungsverlauf gemacht haben. So kann es bei medikamentösen Verordnungen, die ein/e Patient/-in vom praktischen Arzt/von der praktischen Ärztin, den Fachärzten/-ärztinnen und einem Krankenhaus erhält, ungewollt zu Polypragmasie und/oder gesundheitsgefährdenden Wechselwirkungen kommen. Im Rahmen dieses Beitrags interessieren aber vor allem Modelle, Projekte und Maßnahmen, die sich auf die Primärversorgung durch praktische Ärztinnen und Ärzte beziehen.

seit 2001 für freiberuflich tätige Ärzte/-Ärztinnen die Möglichkeit, sich zu einer Gruppenpraxis in Form einer Offenen Erwerbsgesellschaft zusammenzuschließen

4.1. Gruppenpraxen

Seit 2001 besteht für freiberuflich tätige Ärzte/Ärztinnen die Möglichkeit, sich zu einer Gruppenpraxis in Form einer Offenen Erwerbsgesellschaft zusammenzuschließen. Die Gründung einer Gruppenpraxis ist auch als eine Vertragseinrichtung möglich. In diesem Fall wird zwischen dem sozialen Krankenversicherungsträger und der Ärztekammer eines Bundeslandes ein Gesamtvertrag ausgehandelt. Auf der Grundlage dieses Gesamtvertrages kann dann ein Einzelvertrag zwischen einer Gruppenpraxis und dem Krankenversicherungsträger abgeschlossen werden. Der erste Gruppenpraxis-

Gesamtvertrag wurde zwischen der OÖ Gebietskrankenkasse und der Oö. Ärztekammer vereinbart. Im Rahmen des Vertrages stehen mehrere Modelle zur Auswahl. Diese Versorgungsmodelle stehen sowohl Fachärzten/-ärztinnen als auch Allgemeinmedizinern/-medizinerinnen offen.

Modell 1: Zusammenlegung von zwei bestehenden vollen Vertragsarztstellen zu einer Vertragsgruppenpraxis. Der Vorteil für die Ärzte/-ärztinnen liegt in der gemeinsamen Nutzung von Räumlichkeiten und Apparaten und dem Erfahrungsaustausch (z. B. Fallbesprechungen). Die Ordination kann das ganze Jahr über geöffnet sein (wenn die Ärzt/innen durch Urlaub und Weiterbildung bedingte Abwesenheiten aufeinander abstimmen). Durch zeitversetzte Ordinationszeiten der Ärzte/-ärztinnen kann die Gesamtordinationszeit der Gruppenpraxis ausgeweitet werden. Die beiden letztgenannten Punkte sind zugleich auch für die Patienten/Patientinnen vorteilhaft. Der Krankenversicherungsträger hat den Vorteil von Honorarabschlägen, die sich aufgrund der geringeren Fixkosten ergeben. Diese sind bei einer gemeinsamen Ordination geringer als bei zwei Einzelordinationen.

Modell 2: Vertragsgruppenpraxis dort, wo ein Zusatzbedarf an einer vertragsärztlichen Versorgung im Ausmaß einer nicht vollen Stelle (grundsätzlich 0,3 bis 0,7 Stellen) besteht. Für die Ärzte/Ärztinnen, Patienten/Patientinnen und die Krankenversicherung ergeben sich die gleichen Vorteile wie bei Modell 1. Der zusätzliche Vorteil dieses Modells liegt darin, dass das Arztangebot für die Versicherten im Einzugsgebiet erhöht wird und die Krankenkasse ihrem Versorgungsauftrag besser nachkommen kann. Ohne die Möglichkeit der Gruppenpraxis würde im Regelfall im Einzugsgebiet erst dann eine zusätzliche Arztstelle eingerichtet werden, wenn der Bedarf an einer vollen Stelle besteht.

Modell 3: Jobsharing-Modell: Zwei Ärzte/Ärztinnen teilen sich eine volle bestehende Vertragsarztstelle in Form einer Vertragsgruppenpraxis. Dieses Modell ist aus versorgungspolitischen Gründen irrelevant.

Modell 4: Vertragsgruppenpraxis als Nachfolgepraxis: Job-sharing-Modell kurz vor der Pensionierung eines Vertragsarztes mit folgenden Zielen: Jungärzte/-ärztinnen bekommen die Möglichkeit, in einer Vertragsarztpraxis (als „Juniorpartner/-in“) tätig zu sein, und brauchen nicht in eine Wahlarztpraxis investieren. Ein Vertragsarzt kann kurz vor seiner Pensionierung seine Arbeitszeit reduzieren („Gleitpension“). Ein Vertragsarzt kann seine Praxis gegen Entgelt übergeben und hat damit einen Anreiz, bis zum Ende seiner vertragsärztlichen Tätigkeit in die Ordination zu investieren, was unter dem Aspekt der Qualitätssicherung zweifellos von Bedeutung ist. Für die Patienten/Patientinnen bringt es zusätzlich zu den unter Modell 1 genannten Vorteilen (die allerdings nur so lange bestehen, wie die „Gleitpension“ dauert) den Gewinn, dass Patienten/Patientinnen und Jungärzte/-ärztin einander frühzeitig kennenlernen, sodass mit dem Ausscheiden des Seniorpartners/der Seniorpartnerin kein Bruch entsteht.

4.2. Disease-Management-Programme

Disease-Management-Programme: koordinieren Behandlung und Betreuung meist chronischer Gesundheitsstörungen über professionelle, organisatorische und sektorspezifische Grenzen hinweg

„Diese Programme koordinieren Behandlung und Betreuung meist chronischer Gesundheitsstörungen über professionelle, organisatorische und sektorspezifische Grenzen hinweg. Sie beziehen sich in der Behandlung einzelner Krankheitsbilder (z. B. Diabetes, Asthma oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen) nicht nur auf einzelne Krankheitsperioden bzw. Interventionen, sondern richten sich auf ganze Lebensphasen und umfassen auch Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation.“²³

Neben den bereits genannten Krankheiten werden aber auch Programme zu Depression, chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD), Rheuma, Epilepsie, Parkinson, zystischer Fibrose und Brustkrebs angeboten.²⁴ In Deutschland wurden nach der Implementierung von Modellversuchen mit der Gesundheitsreform 2000 zur gesetzlichen Krankenversicherung und der Einführung der „integrierten Versorgung“ in das Sozialgesetzbuch von den gesetzlichen Krankenversicherun-

gen systematisch Disease-Management-Programme entwickelt und ihren betroffenen Versicherten angeboten.²⁵ Die Wirksamkeit der Programme wird unterschiedlich beurteilt; generell besteht aber kein Zweifel an ihrer Notwendigkeit.²⁶

Auch dieser Prozess wurde in Österreich aufgegriffen und mehrere Krankenversicherungsträger entwickelten, zum Teil mit Unterstützung des Hauptverbandes, Disease-Management-Programme zu Diabetes mellitus Typ 2. Diabetes bietet sich geradezu für ein Disease-Management-Programm an, sind doch die Behandlungskosten für den Typ 2 von Diabetes (auch als Altersdiabetes bezeichnet) und insbesondere für die Folgeschäden diabetischer Fuß (Nervenschäden, Amputationsrisiko), diabetische Augenveränderungen (Erblindung, Sehstörungen), Durchblutungsstörungen, diabetische Nierenveränderungen, diabetische Nervenschädigung, metabolisches Syndrom sehr hoch; ganz abgesehen vom Leid der betroffenen Personen. Diabetes mellitus Typ 2 hat sich mittlerweile zu einer Volkskrankheit entwickelt, und zwar mit steigender Tendenz.²⁷ Dabei kann das Auftreten von Spätfolgen durch eine gezielte Therapie, die auch eine Veränderung des Lebensstils mit einschließt, verhindert oder zumindest verzögert werden. Therapeutisches Ziel ist die möglichst weitgehende Normalisierung des Kohlenhydratstoffwechsels. Dies ist im Rahmen des vorliegenden Beitrages deshalb interessant, weil hierbei dem/der praktischen Arzt/Ärztin eine zentrale Rolle bei der Behandlung und Führung der Patienten/Patientinnen zugeschrieben wird. Die Therapie ist nur dann durchführbar, wenn der/die Patient/-in über eine gute Information, eine hohe Motivation und eiserne Disziplin verfügt. Deshalb ist eine enge Führung durch den/die Hausarzt/-ärztin²⁸ notwendig. Für die strukturierte Therapie und Patienten-/Patientinnenführung gibt es eigene Leitlinien. Die behandelnden Ärzte absolvieren eine entsprechende Schulung. Sie schulen ihrerseits die betroffenen Patienten/Patientinnen, erstellen eine Dokumentation, um den Behandlungserfolg kontrollieren zu können, und kooperieren, abhängig vom Zustand der jeweiligen Patient/innen, mit Orthopädieschuhmachern/-macherinnen, Ernährungsberater/-beraterinnen, Augen-

Auftreten von Spätfolgen wird durch eine gezielte Therapie, die auch eine Veränderung des Lebensstils mit einschließt, verhindert

ärzten/-ärztinnen und anderen. In Oberösterreich wurde die Diabetikerbetreuung ab April 2006 flächendeckend eingeführt. Ab 2007 folgten mit Ausnahme von Burgenland, Kärnten und Vorarlberg die übrigen Bundesländer. Im europäischen Vergleich zwischen 29 Ländern findet sich Österreich in der Qualitätsbeurteilung der Betreuung aus Sicht der Diabetiker/-innen auf Platz zwölf.²⁹ Verbesserungspotenziale sind also vorhanden.

*ökonomische
Grundsätze mit
Qualitätssicherung
verbinden*

Abschließend bleibt zu erwähnen, dass es noch weitere Steuerungsmaßnahmen im Wirkungsbereich von Allgemeinmediziner/-medizinerinnen gibt, die darauf abzielen, ökonomische Grundsätze mit Qualitätssicherung zu verbinden. Beispielfhaft sei der gemeinsam von der OÖ Gebietskrankenkasse und der Oö. Ärztekammer entwickelte „Arzneidialog“ angeführt, mithilfe dessen es gelungen ist, die Ausgabenentwicklung für Arzneimittel deutlich unter dem Österreichdurchschnitt zu halten und gleichzeitig die Qualität der Arzneimittelverordnungen zu verbessern.³⁰

5. Erwartungen der Patient/-innen

Wenn auch die Einführung radikal neuer Versorgungsmodelle – wie beispielsweise HMO – in Österreich nicht explizit in der gesundheitspolitischen Diskussion vorkommt, ist die immer wieder ventilerte Einführung von Wettbewerb in die Krankenversicherung nur mit der Implementierung eines derartigen Modells umsetzbar. Entsprechende Umfrageergebnisse über die Präferenz der Österreicher/-innen liegen nicht vor. Orientiert man sich an Befragungen in Deutschland, dessen Gesundheitssystem trotz einer mehr wirtschaftsliberalen Ausrichtung dem unseren sehr ähnlich ist, so ist die Mehrheit der Bürger/-innen gegen einen radikalen Wandel.³¹

*gegenwärtig
Paradigmen-
wechsel in der
Arzt-Patient/-
innen-
Beziehung*

Gegenwärtig findet ein Paradigmenwechsel in der Arzt-Patient/-innen-Beziehung statt, und zwar weg vom überkommenen Muster der Konsultation, in welcher der ärztliche Monolog und die ärztliche Anweisung überwiegen, hin zu einer aktiveren

Rolle der Betroffenen im Ärzte/Ärztinnen-Patienten/Patientinnen-Gespräch und einer stärkeren Einbindung in den therapeutischen Entscheidungsprozess. Die Patientinnen und Patienten wünschen sich von ihren praktischen Ärzten/Ärztinnen eine gute Beratung, ausführliche Informationen und genügend Raum für ihre Anliegen.³² Insgesamt ist im Zuge der Ausbildung von Medizinern/Medizinerinnen mehr Wert auf die Kommunikationsfähigkeit zu legen. Kommunikation ist ein wichtiger Bestandteil ärztlicher Berufsausübung. Dies trifft in besonderem Maß auf Allgemeinmediziner/-innen zu. Ein Umstand, auf den die Reform des Medizinstudiums reagiert hat. In Kanada müssen beispielsweise Medizinstudierende eine „Kommunikationsprüfung“ absolvieren.³³

6. Ausblick

Seit wenigen Jahren zielt die gesundheitspolitische Ausrichtung auf eine Nutzerorientierung des Gesundheitswesens ab.³⁴ Nutzerorientierung bedeutet:

- Eine qualitätsgesicherte Behandlung, die sich an State of the Art Leitlinien, Standards und Fachgesellschaften orientiert
- Transparenz bezüglich der Therapiewahl, Behandlungsmöglichkeiten und Leistungsangebote
- Beachtung des Selbstbestimmungsrechts, wenn dies die Patienten/Patientinnen wollen
- Umfassende Information bezüglich der anstehenden Untersuchungen, Therapien und deren Verfahrensabläufe, Risiken, Nebenwirkungen und möglichen Alternativen³⁵

Die Qualität der Leistungserbringung von Allgemeinmedizinern/-medizinerinnen kann zweifellos durch die Beachtung von Leitlinien erhöht werden und sie helfen auch Zeit sparen. Sie müssen aber von unabhängigen Stellen bereitgestellt werden. Leitlinien wurden in der Vergangenheit häufig mit der Begründung abgelehnt, dass sie die Therapiefreiheit des Arztes/der Ärztin einschränken würden. Mittlerweile hat hier innerhalb der

seit wenigen Jahren zielt die gesundheitspolitische Ausrichtung auf eine Nutzerorientierung des Gesundheitswesens ab

Leitlinien wurden in der Vergangenheit häufig mit der Begründung abgelehnt, dass sie die Therapiefreiheit des Arztes/der Ärztin einschränken

Interessengemeinschaft der Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin ein Umdenken eingesetzt.³⁶ Insbesondere ist der Einsatz von Disease-Management-Plänen zu forcieren, hat doch eine Metaanalyse gezeigt, dass die Pläne an sich schon eine Verbesserung der Steuerung und Kontrolle des Krankheitsverlaufs mit sich bringen, wenngleich die Qualität zu variieren scheint.³⁷ Dass dieses Umdenken bereits Früchte trägt, zeigt eine Befragung von Patienten/Patientinnen mit Hypercholesterinämie von Hausärzten/-ärztinnen und Internisten/Internistinnen, die an einer Behandlung zur Cholesterinsenkung teilgenommen haben. Demnach waren rund 86 Prozent der Befragten mit der Behandlung ihrer Ärztin oder ihres Arztes zufrieden.³⁸ Grundsätzlich ist aber festzuhalten, dass das gesundheitspolitische Ziel der Erhöhung der Patienten-/Patientinnenzufriedenheit nicht alleine eine Sache von Programmen ist, sondern dass sich die „Kultur“ der ärztlichen Behandlung in diese Richtung entwickeln muss.³⁹ Damit Leitlinien auf eine breite Zustimmung innerhalb der Ärzteschaft stoßen, ist der administrative Aufwand, der auf jeden Fall einzuhalten ist (Dokumentation etc.), auf das unbedingt Notwendige zu beschränken.⁴⁰

Abgesehen von den Gesundenuntersuchungen betätigen sich Allgemeinmediziner/-innen nur eingeschränkt auf dem Gebiet der Prävention. Dies kann aber ein künftiges Betätigungsfeld sein, welches auch gesundheitspolitisch sinnvoll ist, wenn sich Schulung und Beratung der Patienten und Patientinnen an evidenzbasierten Leitlinien orientieren.⁴¹ Die hausärztliche Prävention sollte ein integraler Bestandteil der normalen hausärztlichen Versorgung sein.⁴²

*hausärztliche
Prävention
sollte integraler
Bestandteil der
normalen haus-
ärztlichen Ver-
sorgung sein*

Abschließend kann festgehalten werden, dass zwar ein Hausarztmodell im klassischen Sinn in Österreich derzeit wohl kaum durchsetzbar ist, dass aber eine Hausarztzentrierung in der ärztlichen Primärversorgung ein erklärtes Ziel von Gesundheitspolitik, Ärztekammer und sozialer Krankenversicherung zu sein scheint.⁴³

Anmerkungen:

- 1 Für wertvolle Anregungen und Hinweise danke ich Heide Said. Allfällige Fehler gehen ausschließlich zu meinen Lasten.
- 2 http://www.statistik.at/web-de/statistiken/gesundheitsversorgung/gesundheitsversorgung/ambulante_versorgung/index.html
- 3 Dieser mittlerweile etablierte Begriff wurde von Schwening in Österreich eingeführt, in: Meggeneder, O., Schwening, O., Arzneidialog. Qualität und Ökonomie in der Arzneimitteltherapie, Linz 2004, S. 17
- 4 <http://www.cancer.gov/ClinicalTrials/AGuidetoUnderstandingInformedConsent/Page2>
- 5 Vgl. das Interview mit Erwin Rebhandl, dem Präsidenten der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin: <http://www.aerztewoche.at/ViewArticleDetails.do?articleId=6268>
- 6 Im Jahr 2007 kamen auf 100.000 Personen der Bevölkerung in Wien 643 Ärzte/Ärztinnen im Vergleich zum Österreichdurchschnitt von 453; OÖ: 368
- 7 Uhlemann, T., Klose, J., Bedarfsplanung vor dem Umbruch: Fehlallokation in der Verteilung niedergelassener Ärzte, in: Janssen, C. et al., Medizinsoziologische Versorgungsforschung. Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde, Weinheim und München 2007, S. 125 ff.
- 8 Streng genommen, müssten beim Vergleich Burgenland und Vorarlberg überhaupt herausgenommen werden, da die Versorgung mit Krankenanstalten vergleichsweise gering ist, diese aber viele Ärzte/Ärztinnen beschäftigen.
- 9 Im Jahr 2007 betrug die Wartezeit in der Ordination von Allgemeinmediziner/-medizinerinnen bei rund 80 % der Patienten/Patientinnen bis zu 30 Minuten, bei mehr als 44 % bis zu 15 Minuten (Quelle: Patientenbefragung des Ärztlichen Qualitätszentrums der Ärztekammer für OÖ).
- 10 Vötsch, W., Erreichbarkeit von bestimmten Einrichtungen, in: Statistische Nachrichten, Heft 6/2000, S. 448 ff.
- 11 Said, H., Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Versorgungskosten – Konsequenzen für Finanzierung und Steuerung des österreichischen Gesundheitswesens, Masterthesis an der Medizinischen Universität Graz 2006
- 12 Vgl. Sommer, J. H., Gesundheitssysteme zwischen Plan und Markt, Stuttgart – New York 1999, S. 126 ff.
- 13 Vgl. Preuß, K.-J. et al., Managed Care. Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle, Stuttgart – New York 2002, S. 280
- 14 Finsterwald, D., Managed Care – Pionierland Schweiz, Bern 2004, S. 110; sowie: <http://de.wikipedia.org/wiki/Managed-care> (Zugriff: 17.2.2009)
- 15 <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Magazine/emags/ebalance/044/t4-so-funktioniert-ein-hausarztmodell.html>
- 16 <http://www.gesundheitsstrukturreform.de/kassen/kassenprofil.pl?val=1233547131&sheet=pm&pm=503170718&kasse=33801912>
- 17 Hamacher, T. et al., Der Hausarzt – ein Mann für gewisse Fälle. Hausarztzentrierung muss der Integration folgen, in: Die Ersatzkasse, Heft 5/2004, S. 189
- 18 Vgl. Said, H., Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Versorgungskosten ..., a. a. O., S. 42 f.
- 19 Sepers, C., Meulen, R. ter, Regulating Health Care. The Development of Guidelines in Medical Practice and Health Policy, in: Meulen, R. ter et al. (Eds.), Evidence-based Practice in Medicine & Health Care, Berlin – Heidelberg 2005, S. 9 ff.

- 20 <http://de.wikipedia.org/wiki/Hausarztmodell> (Zugriff: 17.2.2009)
- 21 Böcken, J. et al. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2008. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung, Gütersloh 2008
- 22 <http://www.aerztewoche.at/viewArticleDetails.do?articleId=2994>
- 23 Said, H., Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Versorgungskosten ..., a. a. O., S. 188
- 24 <http://www.joanneum.at/?id=987&L=0>
- 25 Vgl. Jann, A., Neue Wege in der Gesundheitsversorgung. Ziele und Wünsche der Versicherten der Ersatzkassen, in: Die Ersatzkasse, Heft 6/2002, S. 232
- 26 Vgl. dazu die Beiträge in Teil 3 der Publikation: Pfaff, H. et al. (Hrsg.), Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung, Bern – Göttingen – Toronto – Seattle 2003
- 27 Nach Schätzung der WHO waren 2006 weltweit rund 246 Millionen Menschen an Diabetes erkrankt. Die Schätzungen für 2025 betragen zwischen 299 und 380 Millionen. <http://de.wikipedia.org/wiki/Disease-Management-Programm> (Zugriff: 18.2.2009); in Österreich gibt es etwa 400.000 Diabetiker/-innen, lt. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- 28 Vgl. Reif, M. et al., DIALA. Strukturierte Diabetesbetreuung im ländlichen Raum, Linz 2005, S. 6 f.
- 29 Vgl. Wilbacher, I., Health Consumer Empowerment. Österreich im Vergleich europäischer Gesundheitssysteme, in: Soziale Sicherheit Heft 2/2009, S. 114
- 30 Interessierte Leser/-innen seien auf die ausführliche Darstellung verwiesen: Meggeneder, O., Schwening, O. (Hrsg.), Arzneidialog ..., a. a. O.
- 31 Vgl. Andersen, H. H. et al., Innovative Versorgung im Qualitätswettbewerb: Welche Präferenz haben die Versicherten der GKV?, in: Sozialer Fortschritt, Heft 2 - 3/2000, S. 48 ff.
- 32 <http://www.donau-uni.ac.at/imperial/md/content/donau-uni/ректор/prev/prv-felder/puig-pdf>
- 33 Vgl. Egger, J. W., Fakten zur Bedeutung der Arzt-Patient-Kommunikation, in: Psychologische Medizin, Heft 4/2007, S. 2
- 34 Vgl. beispielhaft: Schaeffer, D., Der Patient als Nutzer, Bern 2004; Mozygemba, K. et al. (Hrsg.), Nutzerorientierung – ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung?, Bern 2009
- 35 Düver, S., Nutzerorientierung aus der Sicht der PatientInnen, in: Mozygemba, K. et al. (Hrsg.), Nutzerorientierung ..., a. a. O., S. 86
- 36 <http://www.aerztewoche.at/ViewArticleDetails.do?articleId=3013>
- 37 Weingarten, S. R. et al., Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness – which one works, in: British Medical Journal vol. 325/2002, S. 1
- 38 Vgl. Hinterreiter, G., Auswirkungen der Arzt-PatientInnen-Beziehung am Beispiel Cholesterinsenkung, Linz 2008, S. 193
- 39 Press, I., Patient Satisfaction. Defining, Measuring, and Improving the Evidence of Care. Chicago 2002, S. 151 ff.
- 40 Vgl. Kaduskiewicz, H. et al., Disease-Management-Programme: Was erwarten HausärztInnen und PatientInnen? In: Die BKK, Heft 10/2002, S. 446
- 41 <http://www.donau-uni.ac.at/imperial/md/content/donau-uni/ректор/prev/prv-felder/puig-pdf>, S. 12 f.
- 42 Vgl. Abholz, H.-H., Hausärztliche Prävention, in: Kirch, W., Badura, W., Prävention, Heidelberg 2006, S. 55
- 43 <http://www.aerztewoche.at/ViewArticleDetails.do?articleId=6268>

INSTITUT FÜR SOZIAL- UND WIRTSCHAFTSWISSENSCHAFTEN

WISO

WIRTSCHAFTS-UND SOZIALPOLITISCHE ZEITSCHRIFT

Die Zeitschrift WISO wird vom Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften (ISW) herausgegeben. Sie dient der Veröffentlichung neuer sozial- und wirtschaftswissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der Behandlung wichtiger gesellschaftspolitischer Fragen aus Arbeitnehmersicht.

Lohnpolitik, soziale Sicherheit, Arbeitsmarkt und Arbeitslosigkeit, Arbeit und Bildung, Frauenpolitik, Mitbestimmung, EU-Integration - das sind einige der Themen, mit denen sich WISO bereits intensiv auseinander gesetzt hat.

WISO richtet sich an BetriebsrätInnen, GewerkschafterInnen, WissenschaftlerInnen, StudentInnen, Aktive in Verbänden, Kammern, Parteien und Institutionen sowie an alle, die Interesse an Arbeitnehmerfragen haben.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Preise:* Jahresabonnement EUR 22,00 (Ausland EUR 28,00)
Studenten mit Inskriptionsnachweis EUR 13,00
Einzelausgabe EUR 7,00 (Ausland EUR 12,00)

(* Stand 2005 - Die aktuellen Preise finden Sie auf unserer Homepage unter www.isw-linz.at)

Wir laden Sie ein, kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen ein WISO-Probeexemplar zu bestellen. Natürlich können Sie auch gerne das WISO-Jahresabonnement anfordern.

Informationen zum ISW und zu unseren Publikationen - inklusive Bestellmöglichkeit - finden Sie unter www.isw-linz.at.



BESTELLSCHEIN*

Bitte senden Sie mir kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen

- 1 Probeexemplar der Zeitschrift WISO
- 1 ISW Publikationsverzeichnis

Ich bestelle _____ Exemplare des WISO-Jahresabonnements (Normalpreis)

Ich bestelle _____ Exemplare des WISO-Jahresabonnements für StudentInnen mit Inskriptionsnachweis

* Schneller und einfacher bestellen Sie über das Internet: www.isw-linz.at

Name _____

Institution/Firma _____

Straße _____

Plz/Ort _____

E-Mail _____

BESTELLADRESSE:

ISW
Volksgartenstraße 40, A-4020 Linz
Tel. ++43/732/66 92 73
Fax ++43/732/66 92 73-28 89
E-Mail: wiso@akooe.at
Internet: www.isw-linz.at