



Ergeht an:

alle niedergelassenen Ärzte
alle Wohnsitzärzte

T 0316/8044-0

F 0316/8044-135

ngl.aerzte@aekstmk.or.at

Graz, 13. Juni 2014

A 3-47 – rs-phc.docx

Gesundheitsreform – Aufregung über neues Konzept

Sehr geehrte Frau Kollegin!

Sehr geehrter Herr Kollege!

Durch die geplante Gesundheitsreform sollte die Zusammenarbeit zwischen Spitälern, den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie den anderen Gesundheitsprofessionen besser aufeinander abgestimmt werden.

Mit dem von der Arbeitsgruppe im Gesundheitsministerium nunmehr geplanten Konzept eines neues primary health care (PHC-) Modells, welches in Österreich die bisherige Primärversorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ersetzen soll, wird aber de facto pro futuro

- **die Abschaffung des Hausarztes bzw. des ngl. Facharztes**
- **die Streichung des Gesamtvertrags,**
- **die Abschaffung des Stellenplans,**
- **die Einführung von finanziellen Deckelungen**
- **sowie die Stärkung von anonymen Erstversorgungszentren**

umgesetzt.

Das bedeutet in Zukunft konkret:

- **Keine Planstellen für Allgemeinmediziner bzw. Fachärzte mehr in Einzelordinationen (dies soll im Besonderen für Stadterweiterungsgebiete gelten)**
- **Gefährdung des sozialpartnerschaftlichen Gesamtvertrags**
- **Keine Geltung des Gesamtvertrags für Primärversorgungsmodelle**
- **Honorierung in Form direkter Einzelverträge**
- **Abschaffung des Stellenplans und damit komplette Ausschaltung der Ärzteschaft bei der Planung/Vergabe von Kassenstellen**
- **Honorierungsmodelle mit Budgets und Pauschalen sowie Bonuszahlungen für Erreichung definierter Ziele**
- **Erleichterte Gründung von Ambulatorien zum Ersatz der freiberuflichen Ärzteschaft**

In den letzten Jahren haben wir bereits mit Ihrer Unterstützung gegen die Abschaffung des Gesamtvertrages, AVZs sowie die Zerstörung der freiberuflichen Ärzteschaft - erfolgreich - demonstriert.

Wir fordern seit Jahrzehnten die Stärkung bzw. Aufwertung des niedergelassenen Bereichs. Bei der aktuellen Gesundheitsreform wurde die Ärztekammer bewusst aus dem Gestaltungsprozess herausgehalten. Dies würde in Zukunft bedeuten, in Fragen z.B. der Vertragsgestaltung oder Planstellenverteilung kein Mitspracherecht mehr zu haben.

Eine Verbürokratisierung des niedergelassenen Arztes, verbunden mit einer Zerstörung der derzeitigen niedergelassenen Versorgungsstrukturen, werden wir mit allen uns zur Verfügung stehenden Mitteln bekämpfen.

Wir werden Sie über die Entwicklungen weiter informieren.

Mit kollegialen Grüßen

VP MR Dr. Jörg Garzarolli eh
Kurienobmann

Dr. Herwig Lindner eh
Präsident

Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
2. Ausgangssituation/Problemstellungen
3. Zielsetzungen für die Neuausrichtung der Primärversorgung
4. Funktionen der Primärversorgung
 - 4.1 Rolle und Aufgaben („Services“) von Primärversorgungsstrukturen
 - 4.1.1 Erste Anlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem
 - 4.1.2 Angebot von Gesundheitsförderung und Prävention
 - 4.1.3 Umfassende Behandlung von Akuterkrankungen und chronischen Erkrankungen
 - 4.1.4 Koordinierung nach innen und außen, Informationsorganisation, Lotsenfunktion
 - 4.1.5 Mitwirkung an öffentlichen Gesundheitsaufgaben
 - 4.1.6 Praktische Ausbildung für Gesundheitsberufe
 - 4.1.7 Wissensgenerierung zum Versorgungsbedarf
 - 4.2 Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in Primärversorgungsstrukturen
 - 4.2.1 Strukturqualitätskriterien
 - 4.2.2 Prozessqualitätskriterien
 - 4.2.3 Ergebnisqualitätskriterien
5. Berufsgruppen in der Primärversorgungsstruktur
 - 5.1 Festlegung der in der Primärversorgungsstruktur eingebundenen Berufsgruppen und ihrer Kooperationspartner
 - 5.2 Aufgabenerfüllung, Kompetenzentwicklung und Ausbildungserfordernisse
6. Rahmenbedingungen
 - 6.1 Organisatorische Rahmenbedingungen
 - 6.1.1 Aufbau- und Ablauforganisation
 - 6.1.2 Patientenbindung
 - 6.2 Rechtliche Rahmenbedingungen
 - 6.2.1 Marktzugang der Anbieter
 - 6.2.2 Vertragsrecht
 - 6.3 Finanzielle Rahmenbedingungen: Honorierungsformen und Bezahlssysteme
7. Schlussbemerkungen (weitere Vorgehensweise, offene Punkte, Implementierung/Piloten, Evaluieren, Weiterentwicklung)

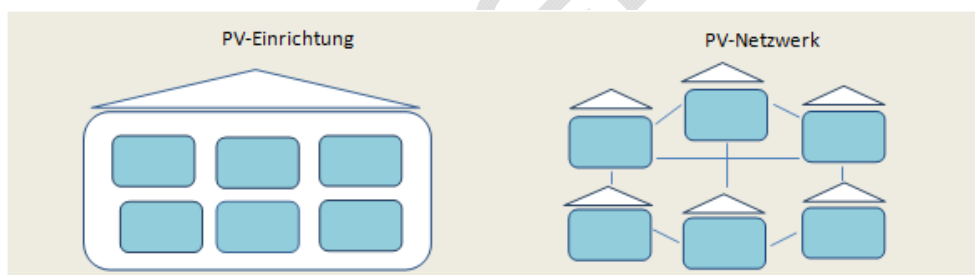
1. Einleitung (Vision)

Die **Stärkung der Primärversorgung** nach internationalem Vorbild ist ein zentrales Anliegen der Gesundheitsreform. Die Primärversorgung soll dahingehend weiterentwickelt werden, dass sie in umfassender Weise Funktionen übernehmen kann, um die Gesundheit zu fördern, Krankheit zu vermeiden sowie auch eine qualitativ hochwertige und effiziente Krankenbehandlung sicher zu stellen.

Eine wesentliche Funktion von Primärversorgungseinrichtungen muss zukünftig darin bestehen, als **erste**, leicht und jederzeit zugängliche **Kontaktstellen** für alle Menschen mit gesundheitlichen Anliegen und Problemen zur Verfügung zu stehen. In der Folge sollen diese Einrichtungen eine umfassende allgemeine Grundversorgung leisten sowie die **Koordination** der Gesundheits- und Krankenversorgung für die Patienten bzw. Bürger übernehmen.

Im Zentrum der Neuausrichtung der Primärversorgung steht das Prinzip des Arbeitens in Netzwerken, in denen die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen als **strukturiert arbeitendes Team** von Ärzten und spezifischen Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens zusammenwirken.

Dabei können sich die Teammitglieder räumlich entweder „unter einem Dach“ oder auch dezentral, d.h. an mehreren verschiedenen Standorten, befinden und in einem **organisatorischen Verbund verbindlich miteinander kooperieren**. Die Art der räumlichen Umsetzung wird von regionalen Gegebenheiten (z.B. Siedlungsdichte, Verkehrsverhältnisse) sowie von bereits vorhandenen Strukturen und Ressourcen abhängen. Dabei wird auch den unterschiedlichen Anforderungen städtischer und ländlicher Gebiete Rechnung getragen.



In der Praxis werden auch Kombinationen verschiedener räumlicher Ausprägungen möglich sein. Darüber hinaus kann auch eine Anbindung an eine Struktur auf höherer Versorgungsstufe (Krankenhaus) zweckmäßig sein. Grundsätzlich sollen keine zusätzlichen Strukturen aufgebaut, sondern die **bestehenden Angebote vernetzt und weiterentwickelt** werden. Ein Ausbau ist jedoch dort erforderlich, wo Versorgungslücken bestehen bzw. ein Zusatzbedarf (z.B. Stadterweiterungsgebiete) gegeben ist.

Die **vernetzten**, räumlich und zeitlich einfach zugängliche Form der **Primärversorgung wird** in Zukunft **für die gesamte Bevölkerung** gleichermaßen und gleichwertig **verfügbar** gemacht. Durch die Koordinierung des Versorgungsprozesses werden die Effizienz und der Erfolg der Versorgung gefördert und durch ein **optimiertes Klienten- und Patientenmanagement** werden den Betroffenen unzumutbare Wartezeiten sowie unnötige Wege und Mehrfachuntersuchungen erspart. Damit wird eine patientenorientierte Ausrichtung des Gesundheitssystems gefördert und unterstützt.

Mit den Primärversorgungsnetzwerken werden neue und **flexible Formen der Berufsausübung** geschaffen. Kooperative Teamarbeit entlastet die einzelnen Teammitglieder und berücksichtigt dadurch die individuellen Bedürfnisse bzw. den wachsenden Frauenanteil in den betroffenen Berufsgruppen. Sie wirken sich somit positiv auf Lebensqualität und Arbeitszufriedenheit aus (Work-Life-Balance).

2. Ausgangssituation/Problemstellungen

Um die hohe Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung auch in der Zukunft zu erhalten und die Attraktivität der Primärversorgung für die Gesundheitsberufe zu steigern, ist eine Anpassung des Gesundheitssystems an die bevorstehenden größeren Veränderungen (Zunahme an chronischen und Langzeiterkrankungen, technische Neuerungen, demografische Entwicklung, unausgeglichene Work-Life Balance der Gesundheitsberufe, ...) erforderlich. So lassen sich insbesondere folgende Herausforderungen sowohl für die Patienten als auch für die Gesundheitsberufe identifizieren:

- Unsicherheit der Patienten bei der Orientierung im Gesundheitsversorgungssystem und im damit zusammenhängenden Sozialbereich
- unzureichend koordinierte Zugänglichkeit zur Primärversorgung insbesondere an Tagesrandzeiten und an Wochenenden
- aus medizinischer Sicht vermeidbare Krankenhausaufenthalte und überfüllte Spitalsambulanzen
- mangelnde Koordinierung der Versorgung: Doppeluntersuchungen, unnötige Patientenwege zwischen unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen, ...
- unzureichendes Patientenmanagement von chronisch Erkrankten
- keine ausreichende Wahrnehmung von Gesundheitsförderung und Prävention in der Primärversorgung
- nicht immer richtige Anreize durch derzeitige Honorierung
- mangelhafte Kommunikation und Kooperation zwischen den Versorgungsbereichen bzw. den handelnden Berufsgruppen (Arbeitsweise oft parallel statt miteinander)
- Wunsch nach mehr Vernetzung, flexibleren Arbeitszeiten und neuen Zusammenarbeitsformen bei den Gesundheitsberufen
- Wunsch nach vermehrter praxisbezogener Ausbildung
- mangelndes Wissen über die Wirksamkeit von Behandlungen und über Versorgungsabläufe

3. Zielsetzungen für die Neuausrichtung der Primärversorgung

Aufgrund der oben genannten Herausforderungen ergeben sich folgende Zielsetzungen für ein neues Primärversorgungsmodell, um sowohl Verbesserungen für die Patienten als auch die Gesundheitsberufe herbeizuführen:

- Unterstützung bei der Orientierung der Patienten im Gesundheitsversorgungssystem und im damit verbundenen Sozialbereich
- Verbesserung der Zugänglichkeit zur Primärversorgung in räumlicher und/oder zeitlicher Hinsicht
- Sicherstellung der zielgerichteten Versorgung auf der richtigen Versorgungsstufe
- Verbesserung der Versorgungskoordination zur Reduktion unnötiger Patientenwege
- Sicherstellung eines effektiven Patientenmanagements für chronisch Erkrankte
- Stärkung der Integration von gesundheitsförderlichen und krankheitsvorbeugenden Maßnahmen in der Primärversorgung
- Sicherung der Qualität in der Primärversorgung
- Gestaltung der Honorierungsmodelle im Hinblick auf die Anforderungen der Primärversorgung
- Attraktivierung der Tätigkeitsfelder für Angehörige von Gesundheitsberufen
- Attraktivierung des Leistungsangebots in der Primärversorgung für Patienten
- Erleichterung und Unterstützung der Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den verschiedenen Gesundheits- und Sozialberufen (Arbeitsweise miteinander statt parallel)
- Verbesserung der Arbeits- und Rahmenbedingungen für die Gesundheitsberufe inkl. familienorientierter Arbeitszeitmodelle und Berücksichtigung einer ausgewogenen Work-Life-Balance
- Weiterentwicklung praxisbezogener Ausbildung für die Gesundheitsberufe
- Wissensaufbau über die Wirksamkeit von Behandlungen und über Versorgungsabläufe im Alltag

4. Funktionen der Primärversorgung

Die gesellschaftlichen Veränderungen und die steigenden Erwartungen an die Gesundheitsversorgung stellen das Gesundheitswesen vor neue Herausforderungen, zu deren Bewältigung eine gut funktionierende Primärversorgung einen wesentlichen Beitrag leisten wird. Dabei sollen die identifizierten Problemstellungen behoben und der medizinische Fortschritt bestmöglich genutzt werden. Im Vordergrund der Neuausrichtung stehen die Patientenorientierung sowie die berufliche Attraktivität für die Anbieter und die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, qualitätsgesicherten und wirkungsorientierten Versorgung für die Bevölkerung durch ein multiprofessionelles Team.

Eine gut funktionierende Primärversorgung hat jedenfalls den nachstehenden Grundsätzen, die an ein zeitgemäßes Gesundheitssystem gestellt werden, zu entsprechen:

- **niederschwelliger Zugang** zur Gesundheitsversorgung für alle Bevölkerungsgruppen insbesondere unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit
- **umfassende Versorgung durch ein multiprofessionelles Team**, bei der die meisten Gesundheits- und Krankheitsprobleme der Patienten ohne Weiterleitung in andere Versorgungsstufen kompetent erkannt und behandelt werden können
- **Evidenzbasierung** in Gesundheitsförderung, Prävention sowie Krankenbehandlung
- **kontinuierliche Versorgung** durch ein Team, das als fester Ansprechpartner dauerhaft, langfristig und nachhaltig, sowohl die gesunde Bevölkerung (Gesundheitsförderung und Prävention) als auch akut Erkrankte (Kuration) sowie chronisch Kranke und Risikopatienten (Disease Management) bei der Bewältigung ihrer Gesundheitsanliegen begleitet
- **Gesundheitsorientierung** bei allen Behandlungsschritten und in der Beratung bei Gesundheitsfragen mit dem Ziel, die Gesundheit zu erhalten bzw. den Gesundheitszustand zu verbessern
- **proaktives Zugehen** auf die Bürger bzw. Patienten mit dem Ziel, diese in ihrem Gesundheitsverhalten zu aktivieren, Gesundheitskompetenz zu verbessern, Gesundheitsrisiken rechtzeitig entgegenzuwirken und Gesundheitsressourcen frühzeitig zu stärken
- **individuumorientierte Versorgung** gewährleisten, die auf die jeweilige Vorgeschichte sowie auf die jeweiligen Präferenzen, Risikofaktoren und Erwartungen der einzelnen Person und auf ihre Lebenssituation eingeht, sowie das jeweilige Lebensumfeld (z.B. Anforderungen aus Arbeitswelt und Gesellschaft) berücksichtigt
- **familienorientierte Versorgung**, bei der die Betreuung der Patienten aber auch die Beratung in Gesundheitsfragen unter Einbeziehung des engsten sozialen Umfelds erfolgt und auf das häusliche Umfeld ausgerichtet wird
- **Bevölkerungsorientierung**: direktes Zugehen auf die Bevölkerung bzw. auf Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlichen sozialen und kulturellen Hintergründen innerhalb der betreuten Region insbesondere zu Themen der Gesundheitsförderung und Prävention inkl. Information über die Angebote und Zuständigkeiten in der Gesundheitsversorgung
- **lernende Organisation** durch ständige Weiterentwicklung und kontinuierlichen Wissensaufbau; lebenslanges Lernen ist Teil der Arbeitskultur und wird von den handelnden Personen gefördert und selbst gelebt

In Entsprechung dieser Grundsätze werden im nachfolgenden Abschnitt 4.1 die besondere Rolle und spezifischen Aufgaben von Primärversorgungsstrukturen und im Abschnitt 4.2 die Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualitätskriterien beschrieben.

4.1 Rolle und Aufgaben („Services“) von Primärversorgungsstrukturen

4.1.1 Erste Anlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem

Primärversorgungsstrukturen übernehmen für alle Bürger und Patienten mit ihren Gesundheitsanliegen die Rolle von ersten Anlaufstellen im Gesundheitsversorgungssystem. Es wird sichergestellt, dass die in der räumlichen Nähe vorhandenen Angebote an Primärversorgungsstrukturen der Bevölkerung auf verschiedenen Wegen bürgernah bekannt gemacht werden.

Erste Anlaufstellen haben folgende Anforderungen zu erfüllen:

- a. **örtliche Erreichbarkeit:** wohnortnahe, mit einer guten Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel und Beachtung der Bestimmungen zur Barrierefreiheit
- b. **gute zeitliche Erreichbarkeit:**
Öffnungszeiten sind an den regionalen Bedarf angepasst und zwischen den PV-Strukturen abgestimmt; sie decken für das Einzugsgebiet in ausreichendem Ausmaß jedenfalls unter Einschluss der Tagesrandzeiten die Zeit von Montag – Freitag jeweils durchgehend früh bis abends (z. B. 7:00 bis 19:00 Uhr) ab. Darüber hinaus muss am Wochenende und an Feiertagen eine definierte Versorgungseinrichtung zugänglich sein.
Außerhalb der Öffnungszeiten wird für Akutfälle eine koordinierte, ständige Erreichbarkeit (24 Stunden, 7 Tage in der Woche) von zuständigen Primärversorgungsstrukturen, allenfalls unter Einbindung von Versorgungspartnern bzw. Bereitschaftsdiensten, sichergestellt.
- c. Telefon- und Webdienste sind in das Erreichbarkeitskonzept eingebunden.
- d. Die Erreichbarkeit wird auch durch **aufsuchende Dienste** bzw. **Hausbesuche** gewährleistet.

4.1.2 Angebot von Gesundheitsförderung und Prävention

Primärversorgung beschäftigt sich nicht nur mit der Behandlung von Krankheiten, sondern auch mit der **Förderung von Gesundheit** und der **Prävention von Krankheit**.

Dies kann beispielsweise folgende Aufgaben umfassen: Unterstützung bzw. Teilnahme an öffentlichen Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen (z.B. Stillberatung, Beratung zur gesunden Ernährung und Bewegung, Raucherberatung, Screening-Programme); weiters kann eine Verschränkung mit Maßnahmen zur gezielten Frühintervention, insbesondere in der frühen Kindheit („Frühe Hilfen“), hergestellt werden.

4.1.3 Umfassende Behandlung von Akuterkrankungen und chronischen Erkrankungen

Mit dem Leistungsangebot der Primärversorgungsstrukturen werden alle Erfordernisse der allgemeinen ambulanten Grundversorgung umfassend abgedeckt, auch unter Berücksichtigung des Bedarfes von besonderen Zielgruppen wie Kinder und Jugendliche, psychisch Kranke sowie ältere und multimorbide Personen.

Die Aufgaben/Leistungen umfassen insbesondere:

- a. **Einschätzung des Behandlungsbedarfes** und der **Dringlichkeit** sowie **Ersthilfe**
- b. **Anamnese, Erstdiagnostik, abgestufte weiterführende Diagnostik und Therapie** durch verschiedene Gesundheitsberufe allenfalls mit unterschiedlichen Spezialisierungen und – wenn erforderlich – mit Unterstützung bei sprachlichen Barrieren

- c. **qualifizierte Weiterleitung** bei spezialisiertem Versorgungsbedarf zu weiteren entsprechenden Anbietern im Gesundheits- und Sozialbereich, möglichst auch mit Übernahme der zugehörigen Terminorganisation
- d. **kontinuierliche Begleitung**, Betreuung, Anleitung und Behandlung von chronisch erkrankten Menschen nach „state of the art“, Durchführung von integrierten Versorgungsprogrammen
- e. **Stärkung der Gesundheitskompetenz** inkl. Anleitung zum Selbstmanagement bei akuten Störungen der Gesundheit und zur Einhaltung der Therapietreue
- f. **Übernahme und abgestimmte Weiterversorgung** nach Behandlung in anderen Versorgungseinrichtungen

4.1.4 Koordinierung nach innen und außen, Informationsorganisation, Lotsenfunktion

Zur Unterstützung der Patienten beim Auffinden der richtigen Versorgungseinrichtung ist es auch eine wesentliche Aufgabe von Primärversorgungsstrukturen, den **Versorgungsprozess** innerhalb und außerhalb der Primärversorgungsstruktur zu **koordinieren (Lotsenfunktion)** sowie eine adäquate **Informationsorganisation** sicherzustellen, um eine ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung der Patienten zu gewährleisten.

Dabei sind insbesondere folgende Aufgaben wahrzunehmen:

- a. **Sichtung und Zuordnung** von Versorgungsnotwendigkeiten zur richtigen Versorgungsstufe bzw. zum richtigen Versorgungsbereich (auch außerhalb des **Gesundheitssystems**)
- b. **Dokumentation** und Führen einer **elektronischen Patientenakte** über Behandlung, Befunde sowie sonstige Versorgungserfordernisse insbesondere unter Nutzung von ELGA
- c. Führen von **Erinnerungssystemen** (z.B. für chronisch Kranke, Impferinnerung)
- d. Institutionalisierte **Vernetzungsarbeit** mit anderen Versorgungsstrukturen im Gesundheits- und zum Sozialbereich
- e. Generierung und **standardisierte Weitergabe von Information** über Angebote der eingebundenen Gesundheitsberufe innerhalb und außerhalb einer Primärversorgungsstruktur
- f. Aktive Mitwirkung am **Aufnahme- und Entlassungsmanagement** im Sinne der Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM)
- g. Zusammenarbeit und **Abstimmung mit mobilen Diensten** (Hauskrankenpflege / mobile Betreuung und Pflege) sowie Austausch mit **pflegenden Angehörigen**
- h. **Zusammenarbeit mit Palliativ- bzw. Hospizteams** (um bestmögliche Versorgung zu Hause oder im Pflegeheim zu ermöglichen)
- i. Information über Angebote und Leistungen von **Selbsthilfegruppen und –organisationen**
- j. Zusammenarbeit mit Einrichtungen des betreuten Wohnens und der Pflege

4.1.5 Mitwirkung an öffentlichen Gesundheitsaufgaben

Die Primärversorgungsstruktur beteiligt sich an der Erfüllung der Ziele und Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes und soll bei Bedarf **ausgewählte öffentliche Gesundheitsaufgaben** i. S. gemeindeärztlicher Aufgaben übernehmen (wie z. B. Totenbeschau, UbG-Untersuchungen, Impfungen und Infektionsschutzmaßnahmen).¹

4.1.6 Praktische Ausbildung für Gesundheitsberufe

Primärversorgungsstrukturen sind **Ausbildungsstätten** für die praktische Ausbildung der Gesundheitsberufe (Pflichtpraktika während der schulischen/akademischen Ausbildung bzw. Lehrpraxis) und unterstützen somit eine zeitgemäße Lern- und Lehrkultur bei den Gesundheits- und Sozialberufen auch in Hinblick auf ein berufsgruppenübergreifendes Training.

4.1.7 Wissensgenerierung zum Versorgungsbedarf

Im Sinne einer kontinuierlichen Weiterentwicklung im Gesundheitswesen leisten Primärversorgungsstrukturen einen Beitrag zur Wissensgenerierung über den Versorgungsbedarf und die Bedürfnisse/Präferenzen in der Bevölkerung. Die Primärversorgungsstrukturen passen sich laufend geänderten Rahmenbedingungen und neuen Erkenntnissen über Versorgungserfordernisse an.

4.2 Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in Primärversorgungsstrukturen

Um die **Patientensicherheit** zu gewährleisten und die Funktionen einer Primärversorgungsstruktur sicherstellen zu können, bedarf es definierter und messbarer **Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätskriterien**.

Daher sind neben den bereits rechtlich definierten Grundlagen (z. B. Qualitätssicherungsverordnung der ÖÄK inkl. Ausstattungslisten, Hygieneverordnung bzw. -richtlinien) im Bereich der Primärversorgung im Besonderen noch weitere Qualitätsanforderungen in Form der nachfolgend angeführten Struktur- und Prozessqualitätskriterien zu erfüllen. Des Weiteren sind Maßnahmen zur Sicherstellung und Erhöhung der Patientensicherheit (z. B. Risikomanagement) durchzuführen.

4.2.1 Strukturqualitätskriterien

Für folgende Strukturmerkmale sind entsprechende Strukturqualitätskriterien jedenfalls zu erfüllen (keine abschließende Auflistung):

- a. multiprofessionelle und interdisziplinäre **Zusammensetzung des Teams** gemäß Abschnitt 5
- b. praxisbezogenes Know-how, ausreichende **Qualifikation und Expertise** des Primärversorgungsteams und Gewährleistung des Wissenstandes nach „state of the art“ zur Erfüllung der der Primärversorgungsstruktur zugewiesenen Aufgaben (z. B. durch Wahrnehmung spezifischer Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen)
- c. barrierefreier **Zugang** und barrierefreie **Räumlichkeiten** gemäß gesetzlichen Regelungen, gute, gesicherte **Erreichbarkeit** der Primärversorgungsstruktur, Verfügbarkeit adäquater Informationen zur Erreichbarkeit / Zuständigkeit der jeweiligen Primärversorgungsstruktur
- d. Vorhandensein notwendiger (medizinisch-) **technischer/apparativer Ausstattung und IT-Infrastruktur** inkl. Software: standardisierte, elektronische Datenhaltung (z.B.

¹ Anm.: Die Einbindung dieser öffentlichen Gesundheitsaufgaben in die Primärversorgung verändert nicht die Organisations- und Finanzierungszuständigkeit.

Impfpläne, Erinnerungssysteme); strukturierte, nachvollziehbare elektronische Patientendokumentation (mit ELGA als integralem Bestandteil); Netzwerkstruktur mit anderen Akteuren zur gesicherten Informationsweitergabe unter Einhaltung von Datenschutzanforderungen, Technik für eine barrierefreie Kommunikation (z.B. Videodolmetsch), u. a.

- e. **Organisatorischer Verbund** des Primärversorgungsteams (vorzugsweise in einem Gebäude verortete Primärversorgungsstruktur oder auch dezentral in einem Netzwerk zusammenarbeitende Primärversorgungsstruktur)

4.2.2 Prozessqualitätskriterien

Für folgende Prozessmerkmale sind entsprechende Prozessqualitätskriterien jedenfalls zu erfüllen (keine abschließende Auflistung):

- a. **Definition und Beschreibungen für häufige Abläufe** (Kernprozesse), innerhalb der Primärversorgungsstruktur und darüber hinausgehend, liegen vor.

Dies betrifft jedenfalls folgende Kernprozesse:

- Unterstützung der Patienten im Rahmen der individuellen Patientenwege, wie z. B. Terminkoordination für Patienten
- Kommunikationsprozesse mit Patienten und Angehörigen (Anamnese, Diagnosemitteilung, Risikoinformation, Therapieanleitung, ...)
- Kommunikationsprozesse in Hinblick auf ein standardisiertes Informationsmanagement sowohl innerhalb der einzelnen Primärversorgungsstruktur sowie innerhalb der Primärversorgungsstufe als auch mit anderen Versorgungsstufen sowie mit Selbsthilfegruppen und -organisationen
- Arbeits- und Kompetenzverteilung innerhalb der Primärversorgungsstruktur sowie Kommunikation von Verantwortlichkeiten nach innen und nach außen
- Teilnahme an Qualitätszirkeln

- b. Einsatz von **evidenzbasierten Leitlinien**, um eine „state of the art“-Patientenversorgung zu gewährleisten
- c. Einsatz von **Qualitätsstandards** in Hinblick auf eine optimale Patientenversorgung bzw. optimale Versorgungspfade (z. B. Anwendung der Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement)
- d. Teilnahme an nationalen **Vorsorge-** und **Screeningprogrammen** in Hinblick auf eine optimale Gesundheitsförderung und Prävention
- e. Teilnahme an **integrierten Versorgungsprogrammen**, wie z. B. Disease-Management-Programmen
- f. Feedback von Patienten im Rahmen standardisierter Patientenbefragung

4.2.3 Ergebnisqualitätskriterien

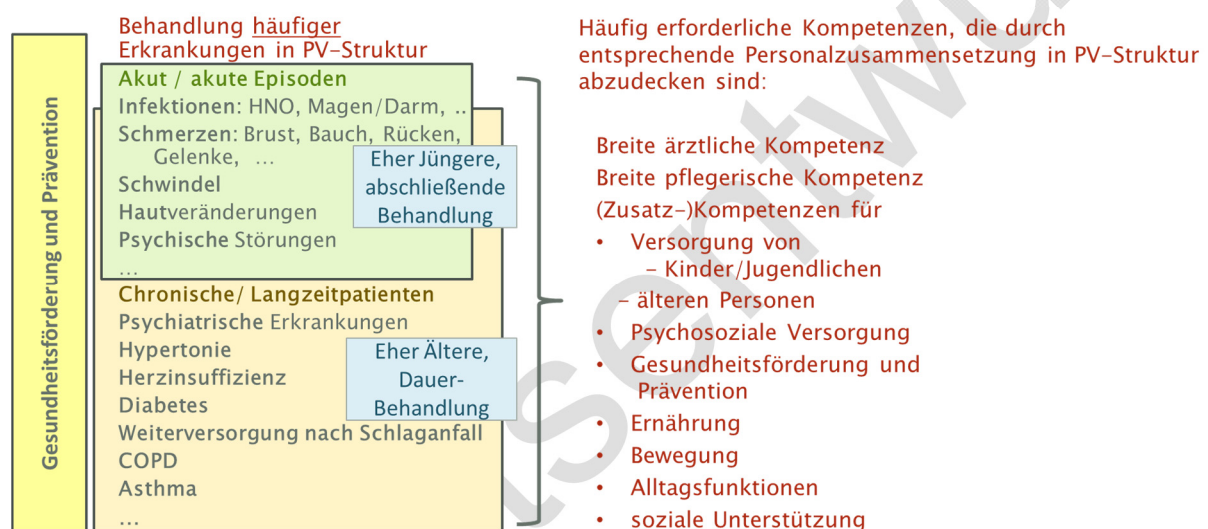
Im Rahmen der Qualitätsmessung sind in der Folge für den ambulanten Bereich² - möglichst unter Nutzung der Routinedokumentation - Kriterien und Indikatoren zur Ergebnisqualitätsmessung auch für Primärversorgungsstrukturen zu entwickeln und zu implementieren.

² in Abstimmung mit dem Konzept zur Qualitätsmessung im ambulanten Bereich und sektorenübergreifend gemäß Bundes-Zielsteuerungsvertrag, operatives Ziel 8.2.1.

5 Berufsgruppen in der Primärversorgungsstruktur

Im Rahmen des Versorgungsstufenkonzepts³ ist die Primärversorgung mit verlässlicher Übernahme der Funktionen gemäß Kapitel 4 für die zukünftige Gestaltung der Gesundheitsversorgung in Österreich ein zentraler Baustein. In Primärversorgungsstrukturen (PV-Strukturen) soll die verbesserte, weil stärker koordinierte Versorgung von chronisch und/oder multimorbid Erkrankten ebenso deutlich ausgebaut werden, wie die Wahrnehmung vermehrter Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen mit dem Ziel, Erkrankungen bzw. ungünstige Erkrankungsverläufe möglichst zu vermeiden sowie die Gesamtversorgung weitgehend im Rahmen der Primärversorgungsstufe abzudecken. Das damit verbundene umfassende Leistungsspektrum soll durch eine entsprechende Personalzusammensetzung in den Primärversorgungsstrukturen kompetenzmäßig abgedeckt werden.

Die untenstehende schematische Darstellung zeigt einen exemplarischen Auszug aus häufigen krankheitsbezogenen Anlässen für ein Aufsuchen einer PV-Struktur und die dazu häufig erforderlichen Kompetenzen:



5.1 Festlegung der in der Primärversorgungsstruktur eingebundenen Berufsgruppen und ihrer Kooperationspartner

Die personelle Ausstattung der Primärversorgungsstruktur orientiert sich an den Anforderungen des Leistungsspektrums der Primärversorgung. Die Festlegung von Art und Anzahl der vertretenen Berufsgruppen erfolgt entsprechend den regionalen Erfordernissen (einschließlich der zeitlichen Erreichbarkeit) bedarfsorientiert auf Landesebene. Die Zusammenarbeit dieser Berufsgruppen erfolgt im Team (PV-Team), das sich aus einem Kernteam und weiteren strukturiert eingebundenen Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe zusammensetzt.

Als Mindestvoraussetzungen für ein PV-Team werden daher definiert:

Kernteam bestehend aus

- Ärzten für Allgemeinmedizin
- Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson(en)
- Ordinationsassistenten

³ Vgl. operatives Ziel 6.1.1. des Bundes-Zielsteuerungsvertrags

mit sichergestellter (Zusatz-)Kompetenz für

- Versorgung von Kindern und Jugendlichen
- Psychosoziale Versorgung
- Versorgung älterer Personen
- Gesundheitsförderung und Prävention

Diese Kernkompetenzen werden entweder vor Ort oder dezentral durch berufsrechtlich berechnigte Personen abgedeckt, die verbindlich und strukturiert in dieses PV-Team eingebunden sind.

Dieses PV-Kernteam nimmt – abgesehen von einer sicherzustellenden administrativen Gesamtkoordination (PV-Management) - für alle Patienten insbesondere folgende Aufgaben wahr:

- Wahrnehmung des Erstkontakts (Verfügbarkeit sicherstellen)
- Planung des weiteren Betreuungsprozesses
- Betreuung der Patienten oder Übertragung der Betreuung an anderes PV-Teammitglied
- Drehscheibe für die Vernetzung mit den anderen Versorgungspartnern durch gemeinsame Dokumentation und Informationsbasis
- Sicherstellen des Zugangs zu weiteren Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen für Patienten über Kooperation

Je nach regionalem Bedarf kann das o.a. PV-Kernteam um folgende primärversorgungsrelevante Berufsgruppen bzw. Einrichtungen erweitert werden, die durch verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit in das PV-Team eingebunden werden (in alphabetischer Reihenfolge):

- Diätologen
- Ergotherapeuten
- Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde
- Gesundheitsberufe mit einer PSY-Kompetenz (über die Kompetenzen des Kernteams hinausgehend); diese Kompetenz kann alternativ abgedeckt sein durch PSY-III-Modul für Ärzte, eine Qualifikation als Psychotherapeut oder als Gesundheits- und Klinische Psychologe⁴
- Hebammen
- Logopäden
- Mobile Dienste (Hauskrankenpflege und mobile Betreuung und Hilfen)
- Physiotherapeuten
- Sozialarbeiter

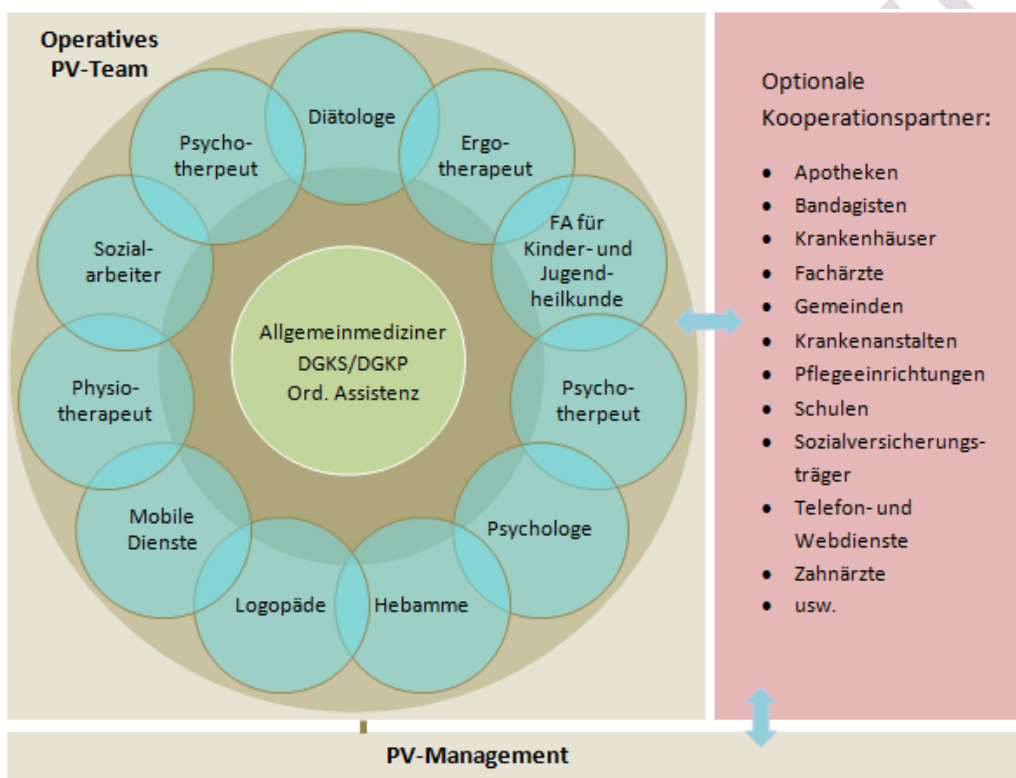
Die Mitglieder des PV-Kernteams und die strukturiert eingebundenen Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe stehen in engem und regelmäßigem Kontakt (Teambesprechungen) und pflegen Austausch über die zu versorgenden Personen (Fallbesprechungen).

Das PV-Team steht überdies in regelmäßigem Kontakt mit folgenden Berufsgruppen (Disziplinen) und Einrichtungen, die nicht organisatorischer Teil der PV-Struktur sind.

4 Anm.: allenfalls auch Fachärzte für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie

Kooperationspartner können sein (in alphabetischer Reihenfolge):

- Apotheken
- Bandagisten
- Fachärzte
- Gemeinden
- Krankenanstalten
- Pflegeeinrichtungen
- Schulen
- Sozialversicherungsträger
- Telefon- und Webdienste
- Ggf. Weitere Organisationen wie z.B. Rettungs-, Bereitschafts-, Notdienste
- Zahnärzte
- u. a.



Anmerkung: Zusammensetzung des PV-Teams muss auf die regionalen Erfordernisse abgestimmt sein.

In Abhängigkeit von den bestehenden regionalen Rahmenbedingungen und dem Versorgungsbedarf kann die Zusammenarbeit in Primärversorgungsteams bzw. mit Primärversorgungseinrichtungen einen unterschiedlich hohen Organisationsgrad haben (nähere Ausführungen siehe Kapitel 6). Die dem PV-Team zugeordneten Kompetenzen und Kooperationen sind für die nachfragenden Personen/Patienten unabhängig von der gewählten Organisationsform sicherzustellen.

5.2 Aufgabenerfüllung, Kompetenzentwicklung und Ausbildungserfordernisse

Gesundheits- und Sozialberufe arbeiten in der Primärversorgung im Team. Jede Berufsgruppe und jede Person übernimmt als Teammitglied Aufgaben entsprechend der berufsrechtlichen geregelten Zuständigkeiten und ihrer jeweiligen Kompetenz. Dieses Potenzial gilt es vollinhaltlich zu nutzen (zu ärzteentlastender Pflegekompetenz siehe auch Anlage 1).

Das konkret anzubietende Leistungsspektrum ist im Vertrag mit den Krankenkassen und sonstigen Finanzierungsträgern zu vereinbaren. Die Mitglieder des PV-Teams stehen dabei nicht in Konkurrenz zueinander, sondern arbeiten eigenständig, partnerschaftlich und synergetisch zusammen.

Die Aufgabenteilung obliegt dem Primärversorgungsteam. Das Kernteam ist dabei verantwortlich für die Patientenführung, die Kontinuität und die Koordination der Betreuung.⁵

Das Primärversorgungsteam hat sich laufend dahingehend aus- und weiterzubilden, dass es die Aufgaben gemäß 4.1 wahrnehmen kann. Dazu sind über die fachspezifischen Aus-, Fort- und Weiterbildungen hinaus weitere Kompetenzen zu entwickeln bzw. zu festigen, um folgende Aufgaben wahrnehmen zu können:

- Wartezeitenmanagement
- Gesundheitsförderung und Prävention
- Nahtstellenmanagement
- Kenntnisse in der Behandlungscoordination von chronisch Kranken
- Kooperations- und Kommunikationskompetenz in Bezug auf Patienten/-innen und Angehörige, insbesondere Förderung der Gesundheitskompetenz
- Wissen und Wertschätzung der Expertise der anderen
- Wissensweitergabe (Angehörige unterschiedlicher Gesundheits- und Sozialberufe lernen voneinander und geben auch ihr Wissen an junge Kollegen weiter, d.h. sie sind nicht nur „Lernende“ sondern auch „Lehrende“)
- Kultur des Miteinander
- Übernahme von Verantwortung als Teil des Teams
- Lebenslanges Lernen ist Kultur (Durchführung von regelmäßigen Fort- und Weiterbildungen sowie Qualitätszirkeln)
- Wissen über die Versorgungssystematik im österreichischen Gesundheits- und Sozialsystem

Um die Praxisorientierung zu erhöhen, sind im Rahmen der Ausbildung aller Gesundheitsberufe in den Curricula berufsgruppenübergreifende Module vorzusehen, mit dem Ziel, das Wissen über die Palette der zur Verfügung stehenden Gesundheitsberufe und ihre Tätigkeitsbereiche zu entwickeln und im interprofessionellen Training die Teamarbeit miteinander sowie die wesentlichen Besonderheiten der Primärversorgung (ausgeführt in Kapitel 4 Funktionen) zu erlernen. Dabei ist auch die Absolvierung einer Lehrpraxis als Ausbildungsbestandteil anzustreben.

Für bereits berufstätige Angehörige der Gesundheitsberufe sind zur Stärkung und Erweiterung der für die multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit in der

⁵ In Hinblick auf eine zukünftige Erweiterung der Kompetenzen von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen insbesondere zur Durchführung eigenständiger kontinuierlicher Betreuung und Beratung von chronisch Kranken (als Aufgabe des Kernteams) in Richtung „Nurse Practitioner“ sind Ergänzungen in der Ausbildung und im Berufsrecht erforderlich. Darüber besteht auch für die Ordinationsassistenten zur Wahrnehmung unterstützender Tätigkeiten bei der Patientenbehandlung Ergänzungsbedarf in der Ausbildung und im Berufsrecht.

Primärversorgung erforderlichen Kompetenzen interprofessionelle Fort- und Weiterbildungen vorzusehen.

Sowohl für die Ausbildung als auch für die Fort- und Weiterbildung sind interprofessionelle Bildungskonzepte auf der Grundlage von zu definierenden Kompetenzprofilen zu erstellen. Aus- und Weiterbildungen sollen in der Verantwortung von dazu geeigneten Bildungseinrichtungen unter Einbeziehung von geeigneten Praktikumsstellen in Primärversorgungsstrukturen angeboten werden.

Aus den beschriebenen erforderlichen Kompetenzen und der sich daraus ergebenden Zusammenarbeit von Berufsgruppen in Primärversorgungsstrukturen ergibt sich eine prioritäre Notwendigkeit die Kompetenzprofile und die Rahmenbedingungen für die relevanten Berufsgruppen insbesondere aus dem Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege weiterzuentwickeln. Die notwendigen Änderungen in den Berufsrechten sowie in der Ausbildung sind gemäß B-ZV, operatives Ziel 6.3.1. sowie durch Anpassung der rechtlichen Grundlagen fristgerecht umzusetzen.

Arbeitsentwurf

ANLAGE 1 zu Kapitel 5.2

Nachfolgende Tabelle stellt die möglichen ärzteentlastende Tätigkeiten von DGKP im derzeitigen Berufsrecht (substitutiv) dar: im eigenverantwortlichen bzw. im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich.

Aufgabe	Derzeit gem. GuKG zulässig		Derzeit gem. GuKG nicht zulässig
	Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich (§ 14 GuKG)	Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich (§ 15 GuKG)	
Blutabnahme	0	✓	0
Infusionsanhängen/-abnahme	0	✓	0
Impfen	0	✓	0
Wundversorgung	0	✓	0
Legen von Verweilkanülen	0	✓	0
Pflege von zentralen Zugängen	✓*	✓*	0
PEG-Sonden-Ernährung	0	✓	0
Verabreichung von Injektionen subkutan, iv	0	✓	0
Hausbesuche übernehmen	✓*	✓*	0
Dokumentation im Rahmen von Disease Management-Programmen	✓*	✓*	0
Triage	✓*	✓*	0
Case- und Care-Management	✓**	0	0
Temperatur, EKG, Blutdruck	Temperatur, Blutdruck evt. auch ✓***	✓	0
Medikationsverschreibungen (Erst- und Weiterverschreibung)	0	0	✓****

Erläuterungen:

Leistungen im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich sind Leistungen vor dem Hintergrund pflegewissenschaftlicher Expertise, Leistungen im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich vor dem Hintergrund medizinischer Expertise. *Berufsrechtlich* agieren diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich autonom und im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich nach ärztlicher Anordnung, d.h. nach eingehender ärztlicher Untersuchung und Feststellung der Indikation wird von Arzt bzw. Ärztin schriftlich die Durchführung konkret bezeichneter Maßnahmen delegiert. Die Anordnung muss sich dabei in der Regel an keine bestimmte diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson richten. Jede diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson muss für sich selbst erkennen, ob sie zur Durchführung befähigt ist. Eine ärztliche Vergewisserungspflicht, ob eine konkrete diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson die konkret delegierte Maßnahme tatsächlich kann, besteht aus *berufsrechtlicher* Sicht gegenüber diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen nicht, d.h. diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen üben ihren Beruf ohne berufsrechtlicher „Aufsicht“ aus (siehe dazu § 49 Abs. 3 ÄrzteG in Verbindung mit § 15 GuKG). Eine solche Vergewisserungspflicht

bestünde nur bei sehr speziellen und im konkreten Fall sehr gefahrgeneigten Tätigkeiten, wenn eine bestimmte Expertise nicht automatisch vorausgesetzt werden darf.

* Die Zuordnung zu eigen- oder mitverantwortlichem Tätigkeitsbereich hängt hier nicht nur von der Art, sondern auch vom Zweck und der Grundausrichtung der jeweiligen Aufgabe bzw. Tätigkeit ab: bspw. ist Hausbesuch eine Betreuungsform und keine einem einzelnen (Gesundheits-)Beruf vorbehaltene „Tätigkeit“.

** Case- und Care-Management ist ebenfalls eine Form, wie jemand betreut werden kann, sagt aber noch nichts über den konkreten Inhalt aus, d.h. es gibt Case- und Care-Management vor dem Hintergrund jedes Berufes im Gesundheits- und Sozialbereich, z.B. auch im sozialarbeiterischen Kontext etc. Daher entzieht sich dies der Logik der Zuordnung als Aufgabe des eigen- oder mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs. Allerdings könnten davon auch Maßnahmen erfasst sein, die isoliert betrachtet in den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich fallen könnten. Dann wäre die Betreuungsform dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich zuzuordnen, evt. einzelne Tätigkeiten, die im Rahmen dessen auch erbracht werden, aber dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich.

*** Temperatur- und Blutdruckkontrollen werden von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen über ärztlich angeordnete Maßnahmen im Rahmen der Behandlung von Krankheiten hinaus selbstverständlich auch „eigenverantwortlich“ aufgrund der laufenden Beobachtung des Gesundheitszustandes durchgeführt, bspw. um zu klären, ob eine ärztliche Untersuchung bzw. Intervention angezeigt ist. Das ist jedenfalls im Rahmen der Hauskrankenpflege und in (teil-) stationären Pflegeeinrichtungen „state of the art“, da die dort betreuten Personen in der Regel keine dauernde ärztliche Anwesenheit und Leistung benötigen.

**** Zum Bereich Medikationsverschreibungen (Erst- und Weiterverschreibung) gibt es ein Konsenspapier, abgestimmt zwischen Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheits- und Krankenpflege, der Ärztekammer und dem BMG (Abteilung Dr. Meinhild Hausreither). Eine legislative Umsetzung ist bisher nicht erfolgt.

6 Rahmenbedingungen

6.1 Organisatorische Rahmenbedingungen

6.1.1 Aufbau- und Ablauforganisation

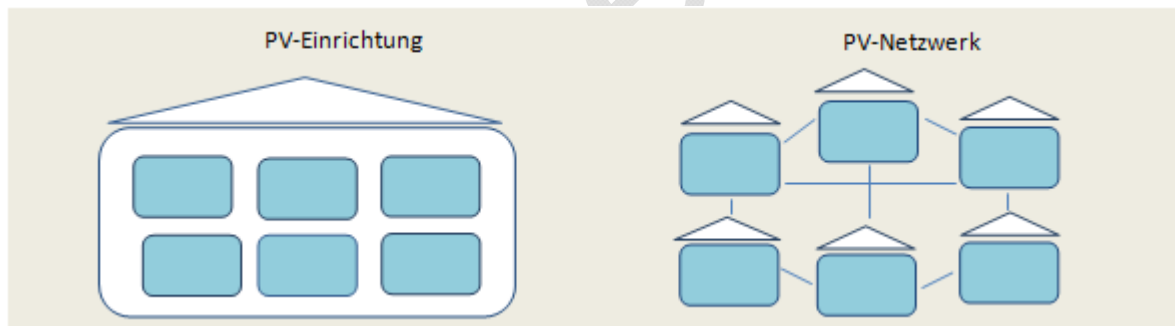
Um den Anforderungen unterschiedlicher regionaler Bedarfe unter Einbezug der regionalen Rahmenbedingungen optimal zu entsprechen, ist eine höchstmögliche Flexibilität bei der organisatorischen Ausgestaltung von PV-Strukturen zu gewährleisten. Im Mittelpunkt steht die Absicherung der teambezogenen Zusammenarbeit zum Zweck einer optimalen Primärversorgung und Sicherstellung durchgängiger Versorgungsketten im Gesundheits- und Sozialbereich für Personen/Patienten eines definierten Einzugsbereichs.

Aufbauorganisation

Die Aufbauorganisation einer PV-Struktur kann je nach regionalen Anforderungen erfolgen als:

- PV-Einrichtung
- PV-Netzwerk

Bei PV-Einrichtungen sind sämtliche Kernteammitglieder als auch das vertraglich eingebundene PV-Team an einem Standort konzentriert. In PV-Netzwerken kann das PV-Team auch an unterschiedlichen Standorten mit verbindlichen Zusammenarbeitsverträgen tätig werden, wobei sich das sowohl auf die PV-Kernteammitglieder als auch auf das erweiterte PV-Team beziehen kann. Dabei sind unterschiedliche Konstellationen möglich.



In der Praxis werden auch Kombinationen verschiedener räumlicher Ausprägungen möglich sein. Darüber hinaus kann auch eine Anbindung an eine Struktur auf höherer Versorgungsstufe (Krankenhaus) zweckmäßig sein. Grundsätzlich sollen keine zusätzlichen Strukturen aufgebaut, sondern die bestehenden Angebote (z.B. Sozial- und Gesundheitssprengel) vernetzt und weiterentwickelt werden. Ein Ausbau ist jedoch dort erforderlich, wo Versorgungslücken bestehen bzw. ein Zusatzbedarf (z.B. Stadterweiterungsgebiete) gegeben ist.

Unabhängig von der gewählten Form der Aufbauorganisation hat die PV-Struktur nachzuweisen, dass die im Kapitel 4.1 definierten Funktionen und Aufgaben (inkl. 24 Stunden Akutversorgung und Erreichbarkeit) entweder durch die PV-Struktur selbst oder im Rahmen von festgelegten Kooperationen bzw. definierten Zuständigkeiten gewährleistet werden.

Die PV-Struktur tritt nach außen als Einheit auf und hat sich daher im Innenverhältnis strukturiert und verbindlich entsprechend zu organisieren (z.B. über Gesellschaftsverträge, Anstellungsverhältnisse, Kooperationsverträge).

Die wesentlichen Elemente der PV-Organisationsstruktur (mit Aussagen zu Zusammensetzung des Kernteams, erweitertes Team und allfällige Kooperationspartner) und der zentralen Prozessabläufe sind in einem schriftlichen Organisationskonzept festzuhalten.

Ablauforganisation

Die Ablauforganisation legt die Prozesse der Zusammenarbeit innerhalb der PV-Struktur bzw. mit den Kooperationspartnern fest. Die Organisation des Zusammenarbeitens innerhalb der PV-Struktur und die damit verbundenen Aufgaben (PV-Management) sind in der Verantwortung des PV-Teams wahrzunehmen.

Ziel ist es vor allem, das operativ tätige PV-Team zu servicieren, von organisatorischen Pflichten zu entlasten und damit die Konzentration auf die beruflichen Kernkompetenzen zu ermöglichen. Die organisatorischen Aufgaben des PV-Managements umfassen insbesondere:

- Informations- und Kommunikationsstrukturen (z.B. Vernetzungsarbeit, Team- und Fallbesprechungen, Qualitätszirkel etc.),
- Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung,
- Patientendokumentation und Patientenmanagement (Erinnerungssysteme, Organisation von Versorgungsprogrammen, Informationen über Selbsthilfegruppen etc.)
- Datenverarbeitung inkl. Datensicherheit,
- Datenanalysen zu Behandlungsprozessen,
- Aus-, Fort- und Weiterbildungen,
- Kontaktpflege zu Kooperationspartnern der PV-Struktur,
- Organisation der erforderlichen Infrastruktur,
- Finanzplanung und Budgetverwaltung,
- Personalagenden,
- Planung der Versorgungsziele einer PV-Struktur

Um die verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit im Kernteam bzw. im erweiterten PV-Team sicherzustellen sind neben den in Kapitel 4.2 angeführten Qualitätskriterien insbesondere folgende Elemente im Organisationskonzept zu beschreiben und verbindlich zu regeln:

- Arbeits- und Kompetenzverteilungen im PV-Team (ist kooperativ im Team zu regeln)
- regelmäßig festgesetzte Team- und Fallbesprechungen (Einberufung muss auch im Anlassfall möglich sein),
- regelmäßige Fort- und Weiterbildungen sowie Qualitätszirkel
- Abstimmung der zeitlichen Verfügbarkeit (Anwesenheit, Rufbereitschaft) und örtlichen Erreichbarkeit (inkl. Vertretungsregelungen),
 - Verlässliche zeitnahe, der Dringlichkeit des Bedarfs entsprechende wechselseitige Übernahme von Personen/Patienten, die vom PV-Team betreut werden

- elektronische standardisierte und multiprofessionelle Patientendokumentation,
- Kompatible IT-Systeme für ein strukturiertes Management der zu versorgenden Personen (z.B. Befundübermittlung auch unter Nutzung der ELGA-Infrastruktur, gemeinsam nutzbares Terminvereinbarungssystem, Erinnerungssysteme für anstehende Untersuchungen, Behandlungsleitlinien als EDV Version etc.),
- abgestimmte Angebote hinsichtlich Patienteninformationen (z.B. Übersicht über Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme, Informationen über Selbsthilfegruppen etc.),
- Vereinbarung von Versorgungszielen innerhalb des PV-Teams
- gemeinsames Qualitäts- und Fehlermanagementsystem

Die Form der Zusammenarbeit mit den jeweiligen Kooperationspartnern der PV-Struktur ist im Organisationskonzept zu beschreiben. Dabei sind insbesondere folgende Bereiche zu regeln:

- potentielle Bereiche der Zusammenarbeit
- Daten- und Informationsweitergabe zwischen den Gesundheitsdiensteanbietern (unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Vorgaben),
- standardisierte Überleitung von Patientinnen und Patienten innerhalb und zwischen der unterschiedlichen Versorgungsstufen bzw. Versorgungsbereiche,
- direkter und persönlich fachlicher Austausch im Einzelfall,
- vertraglich festgesetzter fallunabhängiger Wissenstransfers und Vernetzungstreffen zwischen den Kooperationspartnern.

6.1.2 Patientenbindung

Ziel einer hohen Patientenbindung an eine PV-Struktur ist, über einen längeren Zeitraum Vertrauen in das Behandlungsteam aufzubauen und zu halten, um im Rahmen der PV-Struktur durch Wahrnehmung der im Kapitel 4 genannten Aufgaben zumeist eine möglichst abschließende Behandlung zu erzielen und dabei unnötige Patientenwege und unnötige Krankenhausaufenthalte zu vermeiden.

Die Patientenbindung an eine PV-Struktur soll in erster Linie über ein entsprechend **attraktives Angebot** und **ausgezeichnete Qualität** unterstützt werden.

Während die Wahlmöglichkeit (i.S. von freier Arztwahl) für Versicherte bestehen bleibt, können sich Versicherte zukünftig freiwillig für eine längere, über das Quartal hinausgehende, Periode an eine bestimmte Primärversorgungsstruktur binden.

Damit wird das Zugehörigkeitsgefühl der Versicherten gestärkt und die kontinuierliche, personenbezogene und proaktive Versorgung insbesondere von chronisch Kranken unterstützt. Des Weiteren wird die Koordinierung des gesamten Versorgungsprozesses sowie die proaktive Förderung von Gesundheit und Prävention durch eine freiwillige Patientenbindung positiv beeinflusst.

Die mit einer engeren Patientenbindung erreichte aktivere Einbeziehung der Patienten und deren Präferenzen in den Behandlungs- und Betreuungsprozess stärkt auch das Vertrauen der Patienten in die Leistungserbringer der PV-Struktur und ermöglicht dadurch vermehrt eine kontinuierliche bzw. abschließende Versorgung weitgehend innerhalb der Primärversorgungsstufe.

6.2 Rechtliche Rahmenbedingungen (offen in Verbindung mit Fragenkatalog)

6.2.1. Organisations- und Rechtsformen der strukturierten verbindlichen Zusammenarbeit (offen)

Im Sinne einer hohen Flexibilität zur Anpassung an die regionalen Erfordernisse sollen unterschiedliche Organisationsformen sowie Rechtsformen der strukturierten Zusammenarbeit zulässig sein.

Voraussetzung ist jedoch, dass die gewählte Organisationsform und jede Regelung der Zusammenarbeit die Anforderungen der vorstehenden PV-Konzeption erfüllen. So sind insbesondere folgende Anforderungen an die Gestaltung zu berücksichtigen:

- Kooperative partnerschaftliche Zusammenarbeit der in der PV-Struktur vertretenen Berufsgruppen
- Das PV-Team muss als Einheit vertragliche Verpflichtungen auch nach außen übernehmen können
- Keine nachteiligen Änderungen bei Haftungsfragen für Patienten

Aufgrund der bestehenden Rechtslage kommen insbesondere folgende Konstruktionen für PV-Strukturen in Betracht:

1. Mehrere in Ordinationen bzw. Praxen freiberuflich tätige Personen bzw. weitere Gesundheitsdienstleister (z.B. Anbieter von Mobilien Diensten), die in einer außenvertretungsbefugten Form (z.B. OG oder GmbH) strukturiert und verbindlich zusammenarbeiten und gegenüber dem Patienten und der Sozialversicherung vertraglich als Einheit auftreten
2. Ärztliche Gruppenpraxen, die andere Berufsgruppen entweder angestellt haben oder als vertraglich gebundene Kooperationspartner in die PV-Struktur integriert haben
3. Ambulatorien mit multiprofessioneller Zusammensetzung

Diese Konstruktionen weisen jedoch mit Blick auf eine optimale Umsetzung des PV-Konzeptes Nachteile auf, sodass folgende Anpassungen in den Rechtsgrundlagen zur Unterstützung der erforderlichen multiprofessionellen Teamarbeit zweckmäßig sind:

Ad 2. Ermöglichung von (ev. auch disloziert) multiprofessionellen Gruppenpraxen für den Betrieb von PV-Strukturen

Ad 3. Erleichterung für Ambulatorien als PV-Struktur (z.B. Verhältnismäßigkeit von Auflagen für den Betrieb)

6.2.2. Marktzugang (offen)

In der ersten Umsetzungsphase des PV-Konzeptes soll der Aufbau von PV-Strukturen auf freiwilliger Basis für bestehende Anbieter mit Kassenverträgen durch Anreize zum Ein- und Umstieg gefördert werden. Mittel- bis langfristig sollen Planstellen für Allgemeinmediziner nur im Rahmen von PV-Strukturen zur Vergabe kommen. In diesem Fall sollen für Einzelordinationen im Rahmen einer PV-Struktur nicht die Gesamtverträge gelten.

Für Aufbauregionen (z.B. Stadterweiterungsgebieten) sind jedenfalls nur mehr neue Kassenverträge für PV-Strukturen vorzusehen und zu planen. Auch dies setzt eine Änderung des Gesamtvertragsregimes voraus.

Bei der Nachbesetzung einer Kassenstelle, die nicht sofort in eine PV-Struktur integriert werden kann, muss Vorsorge für eine spätere Installierung einer PV-Struktur getroffen werden. Auch dies setzt eine Änderung des Vertragspartnerregimes voraus.

Die Vertragspartner des Kassenvertrags haben zu vereinbaren, dass der Kassenvertrag mit einer PV-Struktur jedenfalls das dem regionalen Bedarf angepasste Aufgaben- und Leistungsangebot zu enthalten hat. In der Anfangsphase sind die PV-Strukturen als Pilotmodelle zu implementieren für die eine verpflichtende Evaluierung zu konzipieren und durchzuführen ist. Bei der Ausrollung sind Erfahrungen aus den Pilotmodellen einzubeziehen.

Umsetzungsinstrumente:

PV-Strukturen sollten zunächst in entsprechend gut geeigneten Regionen eingerichtet und sukzessive erweitert werden. Die Planung der Zusammensetzung und Verortung einzelner PV-Strukturen erfolgt zuvor im Rahmen des jeweiligen RSG. Regelungen zur Marktzulassung haben sicherzustellen, dass Vorgaben der Planung umgesetzt werden können (z.B. Bedarfsprüfung). Eine Kontrolle der Leistungserbringer hinsichtlich der Erfüllung der PV-Funktionen ist sicherzustellen.

6.2.3. Vertragsrecht (offen)

PV-Strukturen sind Sachleistungsanbieter und künftige Vertragspartner der SV-Träger. Die Invertragnahme erfolgt über Verträge, die auf die jeweilige Zusammensetzung der PV-Struktur entsprechend den regionalen Erfordernissen anzupassen sind.

Anpassungen der Rechtsgrundlagen im Vertragspartnerwesen sind zu prüfen.

6.3 Honorierung

Für die Honorierung der Primärversorgung kommen grundsätzlich verschiedene Honorierungsformen in Betracht, die unterschiedliche Anreiz- und Steuerungswirkungen entfalten (siehe Anhang 2).

Die konkrete Honorierung ist zwischen dem Rechtsträger der PV-Struktur und den zuständigen Krankenversicherungsträgern zu vereinbaren. Die vereinbarte Honorierung muss vor allem die Zielsetzungen einer PV-Einrichtung widerspiegeln und Anreize setzen, damit die festgelegten Aufgaben und Funktionen der PV-Strukturen bestmöglich erfüllt werden. Insbesondere sollte die Honorierung folgende Kriterien berücksichtigen:

- die Arbeitsleistung aller PV-Mitglieder in Abhängigkeit von Berufsgruppe, Berufserfahrung und Arbeitszeit
- Teamarbeit, strukturelle Zusammenarbeit und Kooperationstätigkeiten sowie Managementleistungen,
- Versorgungskoordination und Anreize zur umfassenden Patientenversorgung lt. dem vereinbarten Leistungsspektrum ohne Risikoselektion,
- gesundheitsförderliche Maßnahmen und Präventionsangebote,
- aufsuchende Betreuung (z.B. Hausbesuche)
- proaktive Dienste (z.B. Informationen über Gesundheitsaktionen),
- gezielte Qualitäts- und Leistungsanreize wie z.B.
 - Förderung zur Erbringung von akzeptierten, effizienten, patientenzentrierten und qualitativ hochwertigen Behandlungsmethoden (z.B. diagnostische und therapeutische Maßnahmen erfolgen bedarfsgerecht und nach anerkannten Regeln der Wissenschaft (evidenzbasiert), Einbindung von EbM-Leitlinien etc.),
 - Unterstützung und Förderung der Leistungserbringer zur Investition, Innovation und anderen Aktivitäten, welche eine Verbesserung und Stärkung der Leistung, Qualität, Effizienz, Behandlungsergebnisse sowie der Wirtschaftlichkeit im Eigen- und Folgekostenbereich bewirken (z.B. Aufbau einer funktionellen IT-Lösung, Datendokumentation, regelmäßige Aus- und Weiterbildungen sowie

Qualitätszirkel, Teilnahme an Forschungsnetzwerken, Einschreibquoten an Disease-Management-Programmen, Zusammenarbeit zur Folgekostendämpfung etc.)

- Förderung von bestimmten Aspekten der Patientenzufriedenheit (z.B. erfolgt eine aktive Einbindung des Patienten im Behandlungsprozess, wie ist kommunikative und koordinative Kompetenz der PV-Struktur, etc.)

Die Honorierung muss möglichst überschaubar, transparent und administrativ einfach sein.

Die Honorierung innerhalb der PV-Struktur sollte von der Erbringung einzelner Leistungen und auch von der persönlichen Inanspruchnahme möglichst abgekoppelt sein, um angebotsinduzierte Mengenausweitung zu vermeiden. Gleichzeitig sind neue Spielräume für die Honorierung von neuen Leistungsanforderungen zu schaffen (z.B. Team-, Koordinations-, Gesundheitsförderungs- und Präventionsleistungen etc.).

Im Weiteren sollte die Honorierung Über-, Unter- und Fehlversorgung, unnötige Inanspruchnahme von teuren Leistungen und nicht notwendigen (Re-)Hospitalisationen sowie Leistungen mit schlechten Behandlungsergebnissen und Leistungen, die nicht den Patientenwünschen entsprechen, weitgehend verhindern.

Ein Mischsystem ist dabei am besten geeignet um die Stärken von unterschiedlichen Honorierungsformen gezielt zu nutzen und deren Schwächen zu reduzieren. Die Honorierung sollte sich dabei aus folgenden Komponenten zusammensetzen:

- der überwiegende Anteil sollte aus Budgets und Pauschalen bestehen
- ein Teil aus Einzelleistungsvergütungen und
- der Rest aus Bonuszahlungen (P4P) für die Erreichung definierter Ziele.

7. Ausblick

Das vorliegende Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich stellt den ersten Schritt zur Stärkung der gesundheitlichen Grundversorgung in Österreich auch im Sinne der Definition der WHO dar. Das Konzept umreißt die Vision und setzt den Rahmen für konkrete Maßnahmen und Aktivitäten zu deren Umsetzung, die dem Grundsatz nach österreichweit einheitlich zu gestalten und regionsspezifisch auf Landesebene zu konkretisieren sind.

Die nächsten Schritte werden insbesondere das umsetzungsorientierte Testen konkreter Modelle der Primärversorgung auf Grundlage der bestehenden Rechtslage sowie die notwendigen Adaptierungen der Rahmenbedingungen umfassen.

Bei allen neuen Entwicklungen ist es zweckmäßig, dass am Beginn eine Periode des Testens und des Lernens steht. Daher werden zunächst Pilotprojekte initiiert und evaluiert werden, um die Wirkungen dieser neuen Versorgungsform beobachten und analysieren zu können. Die Ergebnisse werden einen allfälligen Bedarf zur Nachjustierung der Konzeption und der Umsetzungsvoraussetzungen zeigen, damit die angestrebten positiven Effekte auch nachhaltig sichergestellt werden können.

Die österreichweit flächendeckende Umsetzung der Primärversorgung im Sinne der vorliegenden Konzeption muss aus einer mittelfristigen Perspektive gesehen werden. Zur Unterstützung dieser Entwicklung sind – so wie im Bundes-Zielsteuerungsvertrag vorgesehen – die erforderlichen Voraussetzungen (inkl. rechtlichen Voraussetzungen, Kompetenzprofile und sonstige Rahmenbedingungen) zu schaffen bzw. weiterzuentwickeln. Daher werden die legislativen Rechtsanpassungen in den Materiegesetzen (z.B. Berufsrecht einschließlich Ausbildung, Vertragsrecht, Versicherungsrecht) umgehend eingeleitet. Gleichmaßen von Bedeutung sind die weitere Konkretisierung der finanziellen Rahmenbedingungen und deren Umsetzung in den entsprechenden (Rechts-)Grundlagen. Mit der Neugestaltung dieser Voraussetzungen sollen auch entsprechende Anreize gesetzt werden, die die Entstehung von Primärversorgungsstrukturen unterstützen und fördern.

Strukturelle Veränderungen bedürfen vieler einzelner Schritte. Diese reichen von der positiven Wahrnehmung in der Öffentlichkeit bis zur Erreichung der Akzeptanz aller Betroffenen, also letztlich der gesamten Bevölkerung und vieler Gesundheitsdienstleister; von der Beseitigung unvorhergesehener Hindernisse bis zur Integration allfälliger zusätzlicher Umsetzungsideen, die sich im Zuge der Realisierung als zweckmäßig erweisen; von allfälligen Umwegen, die sich aus der theoretischen Sicht noch nicht identifizieren lassen, bis zur Begrüdigung des Wegs für eine praxistaugliche Umsetzung. Insbesondere werden auch regionsspezifische Gegebenheiten und Erfahrungen erst sukzessive dazu führen, dass „maßgeschneiderte“ Umsetzungsformen der Primärversorgung in allen Regionen Realität werden.

Der Umsetzungsprozess wird zweckmäßigerweise begleitet durch ein Change-Management mit Maßnahmen auf vielen verschiedenen Ebenen, wie z. B. Sicherstellung von ausreichend qualifizierten Personalressourcen.

Das vorliegende Konzept stellt die Weichen für die Zukunft und leitet eine über tagespolitische Erfordernisse und Regierungsperioden hinausgehende Entwicklung ein, die eine umfassende gesundheitliche Grundversorgung für die zukünftigen Generationen sicherstellen soll.