

# Evaluation des Projekts PHC – Primärversorgungszentrum Medizin Mariahilf

Kurzbericht zum 1. Evaluierungsjahr

---

Im Auftrag der Wiener Landeszielsteuerungskommission



# Evaluation des Projekts PHC – Primärversorgungszentrum Medizin Mariahilf

Kurzbericht zum 1. Evaluierungsjahr

Autorinnen:

Barbara Fröschl

Katja Antony

Unter Mitarbeit von:

Martin Zuba

Projektassistenz:

Romana Landauer

Wien, im Mai 2017

Im Auftrag der Wiener Landeszielsteuerungskommission

Zitiervorschlag:

Fröschl, Barbara; Antony, Katja (2017): Evaluation des Projekts PHC – Primärversorgungszentrum Medizin Mariahilf. Zwischenbericht zum Arbeitsfortschritt. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P1/3/4786

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH – Alle: Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 6, Website: [www.goeg.at](http://www.goeg.at)

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

# Abstract

Das Angebot des PHC Medizin Mariahilf wird von den Patientinnen und Patienten sehr gut angenommen. Die für die Gesamtprojektdauer angestrebte Erhöhung der Patientenzahlen wurde bereits im ersten Jahr erreicht. Die hohe Zufriedenheit mit den Leistungen des PHC und die starke Inanspruchnahme lassen auf eine Verbesserung in Bezug auf das angebotene Service schließen. Auch suchen PHC-Stammpatientinnen/-patienten signifikant öfter die Primärversorgungsebene und signifikant seltener die Facharztebene auf sowie tendenziell weniger oft die Spitalsambulanzen.

Geänderte strukturelle Rahmenbedingungen wie das erweiterte Leistungsangebot, die moderne und funktionale Ausstattung sowie die zusätzlichen Berufsgruppen bergen für die Patientinnen und Patienten sowie das Team viele Vorteile. Die Besonderheiten der neuen Primärversorgungsstruktur sollten jedoch klarer herausgearbeitet und kommuniziert werden. Gesetzliche Rahmenbedingungen, wie etwa eine Anstellung von ÄrztInnen in PHC und ein Honorierungsmodell, das eine anreizorientierte Vergütungskomponente verstärkt berücksichtigt, würden von den Gesellschaftern begrüßt.

**Einleitung:** Im Juni 2014 beschloss die Bundes-Zielsteuerungskommission ein Konzept zum Ausbau der hausärztlichen Versorgung mit dem Ziel der Sicherstellung einer integrativen, qualitätsgesicherten und wohnortnahen Betreuung für die Wohnbevölkerung, der Steuerung der Patientenströme zum Best Point of Service (BPoS) und der Entlastung spezifischerer Versorgungsebenen. Die beiden in Wien pilotierten Projekte setzen auf dem Konzept des Bundes auf. Vor diesem Hintergrund beauftragte die Stadt Wien, vertreten durch den Wiener Gesundheitsfonds (WGF), die Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (GÖ FP) mit der Evaluation der Piloteinrichtungen bis ins Jahr 2019. Vorliegender Kurzbericht fasst die Ergebnisse des ersten Evaluierungsjahres (Q3/2015–Q2/2016) des Primärversorgungszentrums (PHC) Medizin Mariahilf, welches seit 2015 in Betrieb ist, zusammen. Im Rahmen der formativen Evaluierung wird der Frage nachgegangen, ob das Angebot der PHC zu einer Verbesserung der Primärversorgung für die Patientinnen und Patienten in Bezug auf Service und Qualität führt. Diese Meta-Fragestellung wurde für die Zielebenen Patientinnen und Patienten, Anbieter/innen und Mitarbeiter/innen, Systemsteuerung und die projektspezifische Zielstellung präzisiert und über 15 Evaluationsfragen und 78 Indikatoren im Detail beantwortet.

**Methodik:** Die Evaluationsfragen wurden anhand der Indikatoren, welche aus primären als auch sekundären Daten gebildet wurden, beantwortet. Primäre Daten lieferten die Patientenbefragung sowie Interviews mit allen Gesellschaftern/Gesellschafterinnen und Mitarbeitern/ Mitarbeiterinnen des PHC MM. Sekundäre Daten wurden durch die vom PHC MM geführte Dokumentation (z. B. über Wartezeiten) sowie aus pseudonymisierten Versorgungsdaten (z. B. Sozialversicherungsdaten) gewonnen. Um allfällige Unterschiede zur medizinischen Versorgung in allgemeinmedizinischen Praxen abzubilden, wurden ausgewählte Routinedaten der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) sowie die Ambulanzdaten (Krankenhäuser des Wiener Krankenanstaltenverbundes und des Hanusch-Krankenhauses) für Patientinnen und Patienten des PHC Medizin Mariahilf analysiert. Diese

wurden einer gematchten Vergleichsgruppe von Patientinnen und Patienten (nach Alter, Geschlecht, Wohnbezirk, Erwerbsstatus und Rezeptgebührenbefreiung) anderer allgemeinmedizinischer Ordinationen im 6. und 7. Wiener Gemeindebezirk gegenübergestellt. Limitierend ist unter anderem zu erwähnen, dass nur Daten zu den bei der Wiener Gebietskrankenkasse versicherten Personen – einer Teilmenge der im PHC MM behandelten Personen – betrachtet wurden. Auch liegen keine Daten zu Diagnosen der Versicherten im niedergelassenen Bereich vor.

### **Ergebnisse untergliedert nach Zielebenen**

**Patientenebene:** Insgesamt scheint das PHC MM für Patientinnen und Patienten sehr attraktiv zu sein. Das zusätzliche Leistungsangebot wird gut angenommen. Für etwa die Hälfte der Patientinnen/Patienten ist es wichtig, immer von demselben Arzt / derselben Ärztin behandelt zu werden, bei knapp drei Viertel davon war das im PHC MM auch immer oder fast immer möglich. Hinsichtlich der Versorgungsqualität können aufgrund der Datenlage nur eingeschränkt Aussagen getroffen werden, die Inanspruchnahme des DMP „Therapie Aktiv“ ist jedoch im PHC MM deutlich höher als in der Vergleichsgruppe. Bezüglich des Medikamentenmanagements ergibt sich kein eindeutiges Bild aus dem Vergleich PHC MM und Vergleichsgruppe. Aus Sicht der Gesellschafter/innen hat die Versorgungsqualität durch das erweiterte Leistungsangebot jedenfalls zugenommen.

**Anbieter – und Mitarbeiterbene:** Sowohl Gesellschafter/-innen als auch Mitarbeiter/-innen sind mit den Arbeitsrahmenbedingungen im PHC MM sehr zufrieden: diese Zufriedenheit betrifft sowohl Arbeitszeiten als auch Arbeitsabläufe (Kooperation und Kommunikation). Auch wenn die Vereinbarkeit von Beruf und Familie (Betreuungspflichten) eine Herausforderung darstellt, ist diese aus Sicht der Gesellschafter/-innen in einem PHC bzw. einer Gruppenpraxis noch besser möglich als in einer Einzelordination. Herausforderungen sehen die Gesellschafter/-innen bei der ohnehin schwierigen Suche nach neuen Allgemeinmediziner/-innen. Daher wäre die Möglichkeit eines Angestelltenverhältnisses von Ärztinnen und Ärzten in PHC-Zentren erforderlich, um den künftigen Bedarf an Allgemeinmediziner/-innen zu sichern.

**Systemsteuerungsebene:** Die Datenauswertungen der Versicherten der WGKK zeigen eine Stärkung der Primärversorgung durch eine höhere Inanspruchnahme der allgemeinmedizinischen Versorgung bei gleichzeitig geringerer Inanspruchnahme der fachärztlichen Versorgung. Die Datenanalyse zeigt eine signifikant häufigere Inanspruchnahme der Primärversorgung (Allgemeinmedizin) und eine signifikant geringere Inanspruchnahme von fachärztlichen Leistungen sowie tendenziell weniger spitalsambulante Kontakte bei Stammpatientinnen/-patienten des PHC als in der Vergleichsgruppe.

**Ergänzende Fragestellungen, PHC vs. Gruppenpraxis:** Durch den starken PatientInnenzustrom und zusätzliches Personal haben sich neue Anforderungen an die Organisation der Praxis und v.a. an die Kommunikationsprozesse ergeben. Aufgrund des erweiterten Leistungsangebotes können nach Angaben der Gesellschafter/-innen mehr Patientinnen und Patienten – bei zunehmender Versorgungsqualität – behandelt werden. Jedenfalls förderlich bei der Umwandlung in ein PHC war die Tatsache, dass die Gesellschafter/-innen schon zuvor in Form einer Gruppenpraxis zusammengearbeitet haben.

**Verbesserungspotenzial:** Die Besonderheiten des neuen Primärversorgungsmodells könnten besser herausgearbeitet und an Patientinnen, Patienten und Berufsgruppen kommuniziert werden. Eine dementsprechende Rollenklärung der Gesundheitsberufe sowie darauf abgestimmte Honorierungsmodelle wären hilfreich. Die Einführung eines Diagnosedokumentationssystems ist zu erwarten und sollte zeitnah umgesetzt werden. Maßnahmen im Bereich des Medikamentenmanagements könnten durch standardisierte Interventionen zur Reduktion von Polymedikation und Vermeidung von „potentially inappropriate medication“ ergänzt werden.



# Inhalt

Abstract .....	III
Abkürzungen.....	VIII
Glossar.....	IX
1 Einleitung .....	1
2 Forschungsfragen .....	2
3 Methodik.....	3
4 Beantwortung der Evaluationsfragen .....	7
4.1 Zielebene Patientinnen und Patienten .....	7
4.1 Zielebene Anbieter und Mitarbeiter/innen .....	11
4.2 Zielebene Systemsteuerung.....	19
4.3 Zielebene projektspezifische Schwerpunkte (PHC Medizin Mariahilf) .....	23
5 Zusammenfassung/Empfehlungen .....	26
6 Literatur .....	27

# Abkürzungen

BPoS	Best Point of Service
DFP	Diplom-Fortbildungs-Programm der Österreichischen Ärztekammer
DM-2	Diabetes mellitus Typ 2
DMP	Disease Management Programm
EKG	Elektrokardiogramm
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
GÖ FP	Gesundheit Österreich Forschung und Planung
GZ	Gesundheitszentrum
ICPC-2	International Classification of Primary Care, Second edition
Pat.	Patientinnen und Patienten
PHC	Primary Health Care, synonym Primärversorgungszentrum
PHC MM	Primärversorgungszentrum Medizin Mariahilf
PIM	Potenziell inadäquate Medikation
Q	Quartal
SMZ	Sozialmedizinisches Zentrum
VU	Vorsorgeuntersuchung
WGF	Wiener Gesundheitsfonds
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse

# Glossar

p-Wert	Der p-Wert misst die Wahrscheinlichkeit, dass ein in der Stichprobe beobachteter Unterschied zwischen zwei Gruppen zufällig entstanden sein könnte. Er gibt somit die Wahrscheinlichkeit eines sogenannten Alpha-Fehlers (Fehler erster Ordnung) an. Ist diese Wahrscheinlichkeit gering, dann ist der beobachtete Unterschied vermutlich statistisch signifikant und somit auch auf die Grundgesamtheit übertragbar. In den Datenauswertungen des vorliegenden Berichts wurde für den Alpha-Fehler ein Signifikanzniveau von fünf Prozent festgelegt; bei einem p-Wert kleiner bzw. gleich 0,05 wird also von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen ausgegangen, bei einem p-Wert kleiner bzw. gleich 0,001 wird der Unterschied als hoch signifikant bezeichnet.
Stammpatientinnen und -patienten	Da Patientinnen und Patienten (Pat.) über den Betrachtungszeitraum Kontakte mit mehreren Allgemeinmedizinern/-medizinerinnen haben können, gleichzeitig die verfügbaren Routinedaten nur bedingt Informationen beispielsweise zu Überweisungen zu Fachärztinnen/Fachärzten enthalten, ist eine Zuordnung der Pat. zu einer allgemeinmedizinischen Ordination notwendig. Hierzu wurde das Kriterium „Stammpatient“ eingeführt und folgendermaßen definiert: Patientinnen/Patienten sind bei jener allgemeinmedizinischen Ordination Stammpatient/in, in der sie den größten Teil der Kontakte in den meisten Quartalen des Betrachtungszeitraums aufweisen. Für die Bildung der Indikatoren wurden im Weiteren nur jene Patienten/Patientinnen berücksichtigt, für die eine eindeutige Zuordnung als Stammpatient/-patientin möglich war.



# 1 Einleitung

Im Juni 2014 beschloss die Bundes-Zielsteuerungskommission ein Konzept zum Ausbau der hausärztlichen Versorgung (BMG 2014). Mit der Wiener Ärztekammer konnte eine Einigung zur Umsetzung der österreichweit ersten beiden Pilotprojekte erzielt werden.

Die beiden in Wien pilotierten Projekte setzen auf dem Konzept des Bundes auf, das die Stärkung der Primärversorgung im Rahmen von Netzwerken und Zentren vorsieht. Das Primärversorgungszentrum (PHC) in Mariahilf ist seit 2015 in Betrieb, jenes in Donaustadt nahe dem Krankenhaus SMZ-Ost ist aktuell noch nicht eröffnet.

Allgemeine Ziele einer gestärkten Primärversorgung und damit des Ausbaus hausärztlicher Versorgung im Rahmen von Primärversorgungsstrukturen sind:

- » Integrierte, qualitätsgesicherte und wohnortnahe Betreuung für die Wohnbevölkerung
- » Steuerung der Patientenströme zum *Best Point of Service (BPoS)*
- » Entlastung spezifischerer Versorgungsebenen

Davon abgeleitet wurden Ziele betreffend Patientinnen und Patienten, das PHC-Personal, die Systemsteuerung sowie objektspezifische Ziele für die beiden Zentren (*PHC Medizin Mariahilf* und *PHC SMZ-Ost*).

Vor diesem Hintergrund beauftragte die Stadt Wien, vertreten durch den Wiener Gesundheitsfonds (WGF), die Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (GÖ FP) mit der Evaluation der Piloteinrichtungen, im Rahmen derer geprüft werden soll, ob die formulierten allgemeinen und standortspezifischen Zielsetzungen erreicht werden (Projekt *Evaluation der PHC - Primärversorgungszentren in Wien*).

Hierzu wurde ein Detailkonzept erstellt, in welchem die Evaluationsfragen, die zu erhebenden Indikatoren sowie das geplante methodische Vorgehen ausführlich beschrieben sind (Fröschl et al. 2016 unveröffentlicht).

Für beide Standorte wird jährlich ein Zwischenbericht gelegt. Vorliegender Bericht ist ein Kurzbericht, der die zusammengefassten Evaluationsergebnisse für den Standort *PHC Mariahilf* im ersten Evaluationsjahr darstellt.

Mit Zustimmung und Mitwirkung der Gesellschafter/innen wie auch der Systempartner wurden in diesem Bericht Leistungs-, Abrechnungs- und Administrationsdaten aus der Dokumentation zusammenggeführt. Gemeinsam mit den Ergebnissen der Befragungen der Patientinnen und Patienten, der Mitarbeiter/innen sowie der Gesellschafter/innen erlauben sie Aussagen zu Versorgungswirksamkeit und Qualität wie auch Erkenntnisse zu Patientenströmen.

## 2 Forschungsfragen

Die Evaluierung der pilotierten Primärversorgungszentren in Wien gilt folgender Grundfrage:

**Führt das Angebot der PHC-Zentren zu einer Verbesserung der Primärversorgung für die Patientinnen und Patienten in Bezug auf Service und Qualität?**

Mit Hilfe folgender Fragestellungen soll diese Grundfrage auf verschiedenen Ebenen betrachtet werden:

### Zielebene Patienten und Patientinnen

1. **Ist eine integrative, qualitätsgesicherte und wohnortnahe Betreuung für die Wohnbevölkerung gewährleistet?**

### Zielebene Anbieter und Mitarbeiter/innen

2. **Welche Auswirkungen hat das Organisationsmodell PHC auf die Arbeitsbedingungen und die Arbeitszufriedenheit der Anbieter/innen von Gesundheitsdienstleistungen sowie auf die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der PHC? (Anbierebene – Organisation und Berufsgruppen)**

### Zielebene Systemsteuerung

3. **Wird die Primärversorgungsebene gestärkt? Werden Patientinnen und Patienten zum *Best Point of Service* gesteuert bzw. die sekundäre Versorgungsebene entlastet? (Systemebene)**

Ergänzt werden alle diese Fragestellungen durch eine Frage, die sich speziell auf das PHC Mariahilf bezieht:

### Zielebene projektspezifischer Schwerpunkt PHC Medizin Mariahilf

4. **Welche Änderungen ergaben sich im Vergleich zur zuvor bestehenden Gruppenpraxis?**

Des Weiteren wurden die Fragestellungen – unterteilt nach den verschiedenen Zielebenen für die Evaluation – operationalisiert. (siehe Kapitel 4)

## 3 Methodik

Bei der PHC-Evaluation handelt es sich um eine **formative, ergebnisorientierte, externe Evaluation**:

- » **Formative Evaluationen** liefern prozessbegleitend Informationen, die zeitgerecht herangezogen werden können, um das Projekt schon während der Laufzeit anhand der Zwischenergebnisse zu adaptieren und zu optimieren. Die Evaluationsergebnisse können dazu verwendet werden, Zeit, Geld und andere Ressourcen in eine produktivere Richtung zu lenken. Aus diesem Grund werden im gegenständlichen Projekt jährliche Evaluationsberichte gelegt.
- » **Ergebnisorientierte Evaluationen** stellen Wirkungen und Wirkungszusammenhänge fest. Um kausale Zusammenhänge festzustellen, sind vor allem Vergleichsgruppen erforderlich.
- » **Externe Evaluationen** werden von außenstehenden Evaluatorinnen und Evaluatoren durchgeführt, um mit unvoreingenommenem Blick eine möglichst objektive Sicht wiederzugeben.

Zur Beantwortung der Evaluationsfragen wurden sowohl primäre als auch sekundäre Daten verwendet. Primäre Daten liefern Patientenbefragungen sowie Interviews mit Gesellschaftern/Gesellschafterinnen und Mitarbeitern/ Mitarbeiterinnen. Sekundäre Daten werden durch die von den PHC geführte Dokumentation (z. B. über Wartezeiten) sowie aus pseudonymisierten Gesundheitsdaten (z. B. Sozialversicherungsdaten) gewonnen.

Im Detailkonzept für die Evaluation (Fröschl et al. 2016 unveröffentlicht) wird die geplante methodische Vorgehensweise näher erläutert:

- » Forschungsfragen, Evaluationsfragen sowie die 78 Indikatoren zur Beantwortung der 15 Evaluationsfragen finden sich im Detailkonzept, die Leitfäden für Interviews mit Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und Gesellschafterinnen/Gesellschaftern sowie die Fragebögen zur Patientenzufriedenheit sind ebenfalls an dieser Stelle beschrieben.
- » Die im Detailkonzept beschriebenen Indikatoren entsprechen den derzeit verfügbaren Daten. Die Indikatoren wurden unter Berücksichtigung nationaler (Bundesindikatoren(N.N. 2015), Monitoring HVB(HVB 2016); Indikatoren des Instituts für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung im Auftrag des HVB (Med Uni Graz et al. 2015)) und internationaler Referenzen erstellt; diese sind zu jedem Indikator in der Zeile *Referenz* angeführt.

Im Rahmen der dreijährigen Evaluation können kleinere Anpassungen in den unterschiedlichen Erhebungsmethoden und Indikatoren sinnvoll sein, beispielsweise wenn weitere Daten durch den Einsatz von ICPC-2 verfügbar werden oder wenn das zusätzliche Leistungsangebot der Primärversorgungszentren erweitert/verändert wird.

Folgende Datenerhebungsmethoden kamen zum Einsatz:

### 1. Datenanalysen mit und ohne Vergleichsgruppe

Die Datenanalysen wurden für den Betrachtungszeitraum 1. Juli 2015 (Quartal 3/2015) bis 30. Juni 2016 (Quartal 2/2016) durchgeführt. Die Datenbasis bilden pseudonymisierte Daten der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) sowie pseudonymisierte Ambulanzdaten des Hanusch-Krankenhauses der WGKK und des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV).

Die pseudonymisierten Datensätze der Wiener Gebietskrankenkasse enthalten Informationen zu

- » den Versicherten (Personenstammdaten – u. a. Geschlecht, Geburts- und Todesdatum, Wohnbezirk, Versichertenkategorie und Rezeptgebührenbefreiung),
- » den verordneten und abgegebenen Heilmitteln (u. a. Abgabedatum, Verordner/in und Verordnerfachgruppe, Generikakennzeichnung und ATC),
- » den für die Versicherten abgerechneten Leistungen der Vertragspartner (Vertragspartnernummer und -fachgruppe, Leistungsposition und Gruppierung in Leistungskategorien) und Kontakten mit niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten (E-card-Steckungen)
- » den Krankenhausaufenthalten der Versicherten sowie
- » den Ambulanzkontakten der Versicherten im Hanusch-Krankenhaus.

Die pseudonymisierten Datensätze des Hanusch-Krankenhauses und des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV) enthalten Angaben zu den Ambulanzbesuchen dieser Versicherten, wobei die Daten jedenfalls Angaben zu Bezeichnung des Krankenhauses und der Ambulanz, Besuchsdatum, Funktionscode und Fallart (ambulant/stationär) enthalten.

Zum Bilden der Vergleichsgruppe wurde jedem Stammpatienten / jeder Stammpatientin des PHC mittels genetischem Matching nach den Parametern (Kontrollvariablen) Alter, Geschlecht, Wohnbezirk, Versichertenkategorie (Erwerbsstatus) und Rezeptgebührenbefreiung aus dem Pool der Stammpatientinnen/-patienten anderer Ordinationen (Kontrollgruppe) ein „statistischer Zwilling“ zugeordnet. Dieser statistische Zwilling entspricht bei einem genetischen Matching nicht einer bestimmten Person aus der Kontrollgruppe, sondern einem Mix aus ein bis zehn Personen der Kontrollgruppe. Ergebnis des genetischen Matching-Verfahrens ist somit ein gewichteter Datensatz, in dem Stammpatientinnen/-patienten des PHC ein Gewicht von eins haben, während die Anzahl der Stammpatientinnen/-patienten der Kontrollgruppe größer ist, da mehr als eine Person der Kontrollgruppe einer PHC-Stammpatientinnen / einem PHC-Stammpatienten zugeordnet sein kann (mit einer Gewichtung geringer eins).

**Limitierend** ist zu erwähnen, dass

- » nur Daten zu den bei der Wiener Gebietskrankenkasse versicherten Personen, einer Teilmenge der im PHC MM behandelten Personen, betrachtet werden;
- » Daten zu Diagnosen der Versicherten im niedergelassenen Bereich nicht vorliegen, daher auch keine Auswertungen zu einzelnen Erkrankungen möglich sind bzw. nur Annäherungen möglich sind;
- » die Daten zu Heilmitteln nur eingelöste Verordnungen umfassen, für die eine Rezeptgebühr entrichtet wurde, und nur bei rezeptgebührenbefreiten Personen alle verordneten und abgegebenen Arzneimittel erfasst werden. (D. h. es liegen keine Informationen zu Arzneimittel, deren Kassenpreis unter der Rezeptgebühr liegt und die deshalb privat bezahlt werden, sowie OTC etc. vor). Damit unterschätzen die Indikatoren zu Medikamentenmanagement (Indikatoren 33–38) die Anzahl der konsumierten Arzneimittel.

## 2. Befragungen von Patientinnen und Patienten

Die Sicht der Patientinnen und Patienten hinsichtlich Versorgung und Zufriedenheit mit dem PHC MM wurde anhand eines Fragebogens in Absprache mit dem PHC MM in zwei Erhebungszeiträumen im Jahr 2016 (20.6. bis 28.6.2016 und 14.11. bis 20.11.2016) abgefragt. Der Fragebogen ist im Detailkonzept (Fröschl et al. 2016 unveröffentlicht) dargestellt.

Die zwei Erhebungszeiträume wurden so gewählt, um das unterschiedliche Patientenaufkommen und damit verbunden die Zufriedenheit – beispielsweise hinsichtlich der Wartezeiten – abzubilden („schwache Woche“ im Juni und „starke Woche“ im November). Während in der ersten Erhebungsperiode die Fragebögen, die das allgemeine Angebot des PHC MM und das Zusatzangebot betreffen, kombiniert aufgelegt wurden, wurden in der zweiten Erhebungsperiode zusätzlich auch Fragebögen, die ausschließlich das zusätzliche Leistungsangebot betreffen, direkt bei jenen Personen aufgelegt, die diese Leistungen anbieten (Psychotherapeutische Beratung, Pflege und seit 11.2016 Ernährungsberatung), um eine höhere Zahl von Rückmeldungen zu diesem Leistungsspektrum zu erhalten.

Insgesamt wurden 413 Fragebögen zum allgemeinen Teil der Patientenbefragung 2016 retourniert, davon 141 im Juni und 272 im November 2016.

Für das Zusatzangebot liegen 36 Angaben zu pflegerischen Leistungen, 38 zu psychotherapeutischer Beratung und 13 zur Ernährungsberatung durch eine Diätologin vor. Aussagen zu diesen Zusatzangeboten sind auf Grund der geringeren Fallzahlen mit größerer Unsicherheit behaftet, v.a. im Bereich der Ernährungsberatung sind die Ergebnisse der Patientenbefragung als erste Hinweise zu interpretieren.

**Limitierend** ist Folgendes anzumerken:

- » Knapp 65 Prozent der Teilnehmer/innen der Patientenbefragung sind weiblich. Der Großteil der Personen ist der Altersgruppe 14 bis 59 Jahre zuzuordnen, mehr als die Hälfte der Teilnehmer/innen verfügt über einen Hochschulabschluss, weitere 20 Prozent geben an, eine AHS/BHS abgeschlossen zu haben. Knapp zwei Drittel der Personen, die an der Erhebung teilnahmen, sind berufstätig, je knapp über zehn Prozent sind Schüler/innen bzw. Studentinnen/Studenten oder Pensionistinnen/Pensionisten. Im Vergleich zur Patientencharakteristik der Stammpatientinnen/-patienten (der WGKK aus der Datenerhebung) fällt der hohe Anteil der Frauen, die an der Fragebogenerhebung teilnahmen, ins Auge. Die Klassen der 14- bis 29-Jährigen und der über 75-Jährigen sind schwächer vertreten als in der Datenauswertung, d. h. die Teilnehmer/innen der Befragung sind nicht repräsentativ für die Stammpatientinnen und -patienten des PHC.
- » Es gibt keine Vergleichsgruppe mit Patientinnen und Patienten aus allgemeinmedizinischen Einzelpraxen. Auch konnten keine repräsentativen Referenzwerte z. B. in Bezug auf die Patientenzufriedenheit für Österreich identifiziert werden.

### **3. Interviews mit Gesellschaftern/Gesellschafterinnen und Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen**

Die Sicht der Gesellschafter/innen und Mitarbeiter/innen wurde mithilfe eines strukturierten Leitfadens zu ihren Perspektiven und Erfahrungen im Rahmen ihrer Tätigkeit im PHC MM befragt. Die Interviewleitfäden finden sich im Detailkonzept (Fröschl et al. 2016 unveröffentlicht)

Die Interviews mit den Gesellschaftern / der Gesellschafterin wurden zwischen Anfang Juli 2016 und Mitte August 2016 geführt. Zum Zeitpunkt der Interviews gab es drei Gesellschafter/innen.

Die Interviews mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wurden im selben Zeitraum geführt. Insgesamt waren zum Zeitpunkt der Interviews sechs Ordinationsassistent/innen eine Diplomkrankenschwester, ein Diplomkrankenschwester, ein Diplomkrankenschwester, eine Psychotherapeutin (acht Wochenstunden), eine Ordinationsmanagerin (20 Wochenstunden) und eine Lehrärztin beschäftigt. Die Sozialarbeiterin war zum Zeitpunkt der Interviews nicht mehr und die Diätologin noch nicht im PHC MM beschäftigt.

### **4. Daten aus der PHC-Information und -Dokumentation**

Zusätzlich wurden Informationen vom PHC MM u. a. zu Leistungsangebot, Organisation und Prozessen sowie Personal, aber auch aus der internen Dokumentation, wie der Leistungsanspruchnahme oder den durchschnittlichen Wartezeiten, abgefragt. Diese Informationen wurden überwiegend zum Stichtag 01. Juli 2017 gegeben.

## 4 Beantwortung der Evaluationsfragen

Im Folgenden werden die operationalisierten Fragestellungen – unterteilt nach den verschiedenen Zielebenen für die Evaluation – beantwortet.

### 4.1 Zielebene Patientinnen und Patienten

Zur Frage, ob **eine integrative, qualitätsgesicherte und wohnortnahe Betreuung für die Wohnbevölkerung gewährleistet ist**, lässt sich zusammenfassend Folgendes sagen: Insgesamt scheint das PHC MM für Patientinnen und Patienten attraktiv zu sein. Das zusätzliche Leistungsangebot wird gut angenommen. Für etwa die Hälfte der Patientinnen/Patienten ist es wichtig, immer von demselben Arzt / derselben Ärztin behandelt zu werden, bei knapp drei Viertel davon war das im PHC MM auch immer oder fast immer möglich. Die Datenanalyse zeigt eine häufigere Inanspruchnahme der Primärversorgung (Allgemeinmedizin) und eine geringere Inanspruchnahme von fachärztlichen Leistungen bei Stammpatientinnen/-patienten des PHC als in der Vergleichsgruppe. Hinsichtlich der Versorgungsqualität können aufgrund der Datenlage nur eingeschränkt Aussagen getroffen werden: So zeigt sich eine relativ höhere Inanspruchnahme des DMP „Therapie Aktiv“ im PHC MM als in der Vergleichsgruppe, andererseits ein deutlich niedrigerer Anteil von Vorsorgeuntersuchungen. Bezüglich Medikamentenmanagements ergibt sich kein eindeutiges Bild aus dem Vergleich PHC MM und Vergleichsgruppe. Aus Sicht der Gesellschafter/innen hat die Versorgungsqualität durch das erweiterte Leistungsangebot jedenfalls zugenommen.

Die einzelnen Evaluationsfragen zur Zielebene Patientinnen und Patienten werden im Folgenden beantwortet:

#### 1. **Wie setzt sich die Patientenstruktur des PHC zusammen? Wie stellt sich die Patientenstruktur des PHC im Vergleich zur Patientenstruktur anderer allgemeinmedizinischer Praxen dar?**

Es zeigt sich, dass zwischen Stammpatienten/-patientinnen (vgl. Glossar) des PHC MM und jenen der anderen allgemeinmedizinischen Ordinationen im 6. und 7. Wiener Gemeindebezirk ein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich des Alters besteht: Die Patientinnen und Patienten des PHC MM sind im Durchschnitt um 6,79 Jahre jünger, die Alterskategorien „60–74 Jahre“ und „75 Jahre und mehr“ sind deutlich schwächer vertreten. Hinsichtlich des Geschlechts der Patientenklientel zeigen sich keine Unterschiede.

Das PHC MM weist eine statistisch signifikant andere Struktur hinsichtlich des Patientenwohnorts auf als die anderen Ordinationen im 6. und 7. Bezirk: Ein größerer Anteil der Stammpatienten/-patientinnen ist in Wiener Bezirken mit unterdurchschnittlichem Lohnsteuerpflichtigen Einkommen beheimatet; darüber hinaus ist der Anteil der Patientinnen und Patienten, die ihren Wohnsitz nicht in Wien haben, höher.

Hingegen zeigt sich im PHC MM ein statistisch signifikant geringerer Anteil an rezeptgebühr-be-freiten Stammpatientinnen/-patienten als in den anderen Ordinationen. Die Rezeptgebührenbe-freiung kann aus sozialen Gründen (Einkommen) oder aus Krankheitsgründen (erreichen der Re-zeptgebühren-Obergrenze) im Jahresverlauf zugestanden werden.

## 2. Wie wird die Zugänglichkeit für Patientinnen und Patienten gewährleistet? Sind die Patientin-nen/Patienten mit der Zugänglichkeit zufrieden? Hat sich aus Patientensicht die Zugänglich-keit im Vergleich zur allgemeinmedizinischen Regelversorgung verbessert?

Die befragten Patientinnen und Patienten des PHC MM lassen insgesamt eine hohe Zufriedenheit mit der Versorgung im PHC MM erkennen: 96,1 Prozent der befragten Personen gaben an, dass es sehr oder eher wahrscheinlich sei, dass sie in nächster Zeit im PHC MM in Behandlung bleiben, insgesamt 97,7 Prozent der Personen gaben an, dass sie das PHC MM Verwandten, Freunden oder Kollegen weiterempfehlen würden. Die im Vergleich zu allgemeinmedizinischen Einzelpraxen sehr umfangreichen Öffnungszeiten (vormittags: Montag, Mittwoch, Donnerstag und Freitag von 8.00–13.00 Uhr und am Dienstag von 7:00–12:00 Uhr geöffnet, nachmittags Montag bis Freitag von 14:00–19:00 Uhr) sind für die Patientinnen und Patienten offensichtlich attraktiv. So gaben knapp 54 Prozent (Mehrfachnennungen möglich) jener Patientinnen und Patienten, die nach der Um-wandlung in eine Primärversorgungseinrichtung in das PHC Medizin Mariahilf wechselten, die aus-gedehnten Öffnungszeiten als Grund für ihren Wechsel an. Diese verlängerten Öffnungszeiten werden von den Patientinnen und Patienten auch in Anspruch genommen, 19 Prozent aller Pati-entenkontakte fanden zu Tagesrandzeiten statt (7:00–8:00 und 17:00–19:00 Uhr). Insgesamt sind über 90 Prozent der Patientinnen und Patienten mit dem Angebot des PHC an Tagesrandzeiten sehr oder ziemlich zufrieden. Nach Altersgruppen oder Berufsstatus ergeben sich keine besonde-ren Unterschiede in der Zufriedenheit mit dem Angebot an Tagesrandzeiten.

### Personelle Besetzung

Grundsätzlich ist das PHC von der ärztlichen Berufsgruppe zu den angegebenen Öffnungszeiten Montag bis Freitag mit drei Ärzten/Ärztinnen parallel besetzt (Ausnahme Dienstag von 7:00–7:30 Uhr). Zusätzlich ist eine Lehrärztin bzw. ein Lehrarzt 35 Stunden pro Woche anwesend. Insgesamt gibt es im PHC MM zwei Pflegekräfte. Am Vormittag ist montags bis freitags eine Pflegekraft ver-fügbar, nachmittags nur nach Terminvereinbarung. Pro Woche stehen acht Stunden für Psycho-therapie zur Verfügung, jeweils vier Stunden am Dienstag- und am Donnerstagvormittag. Eine dieser acht Stunden ist für Teamsitzungen bzw. Supervision reserviert. Das Schema der Psycho-therapie war auch für die Sozialarbeit vorgesehen, allerdings ist die Stelle seit Juni 2016 nicht besetzt. Seit November 2016 wird statt der Sozialarbeit Ernährungsberatung nach demselben Schema wie Psychotherapie (7 Stunden + 1) angeboten.

Zielsetzung der neuen Primärversorgungsstrukturen ist unter anderem auch, die Zugänglichkeit für Patientinnen und Patienten durch aufsuchende Dienste und **Hausbesuche** sicherzustellen. Hier zeigen sich im Betrachtungszeitraum keine signifikanten Unterschiede in der Anzahl der Hausbe-suche je 100 Stammpatienten/-patientinnen zwischen PHC MM und den Vergleichsordinationen.

## Wartezeiten und Terminmanagement

Grundsätzlich ist im PHC MM keine Terminvereinbarung vorgesehen. Die Patientinnen und Patienten können sich über die durchschnittlichen Wartezeiten auf der Website des PHC MM informieren. Demnach ist zu einem Drittel der Öffnungszeiten (17 von 50 Stunden) mit Wartezeiten über 40 Minuten, in der Hälfte der geöffneten Stunden mit bis zu 40 Minuten und in einem Sechstel der Öffnungszeiten mit unter 20 Minuten Wartezeit zu rechnen.

Errechnet wurden die durchschnittlichen Wartezeiten anhand zweier typischer Wochen: In einer Woche war aufgrund der saisonal bedingten Schwankungen mit geringerem Patientenaufkommen (Juni 2016) und einer Woche mit starker Frequentierung zu rechnen (November 2016). Die Patientenzufriedenheit mit den Wartezeiten wurde ebenfalls in diesen beiden Wochen erhoben. Die durchschnittliche Wartezeit für beide Wochen zusammen beträgt 22,5 Minuten (16,1 Minuten in der „schwachen Woche“ und 28,3 Minuten in der „starken Woche“), wobei die Wartezeiten nach Wochentag und Uhrzeit stark variieren.

Insgesamt haben 62,8 Prozent der Patientinnen und Patienten die Wartezeit in der Praxis als gering empfunden. 28,6 Prozent hingegen haben die Wartezeit als wenig oder gar nicht gering empfunden. Die Zufriedenheit mit den Wartezeiten war im Erhebungszeitraum Juni 2016 deutlich höher als im November 2016, dies korrespondiert mit den durchschnittlich deutlich höheren Wartezeiten im November. Knapp 38 Prozent (Mehrfachnennungen möglich) jener Patientinnen und Patienten, die nach der Umwandlung in eine Primärversorgungseinrichtung in das PHC Medizin Mariahilf wechselten, gaben die kurzen Wartezeiten als einen Grund für ihren Wechsel an. Auch dies ist ein Hinweis auf gute Zugänglichkeit für Patientinnen und Patienten.

Termine werden für die zusätzlichen Leistungsangebote Psychotherapie, Pflegeleistungen und Ernährungsberatung vergeben. Die Vergabe des Ersttermins erfolgt durch den Arzt bzw. die Ärztin. Folgetermine werden direkt vereinbart. Hinsichtlich der Wartezeiten auf Termine des zusätzlichen Leistungsangebots waren 81,6 Prozent der Personen, die den Fragebogen zum zusätzlichen Leistungsangebot „psychotherapeutische Beratung“ ausgefüllt haben, mit den Wartezeiten auf dieses sehr oder ziemlich zufrieden, im Bereich Pflegeleistungen waren es knapp 70 Prozent und im Bereich Ernährungsberatung durch eine Diätologin ca. 92 Prozent (allerdings lagen hier nur 13 Fragebögen vor).

Eine Terminvereinbarung mit externen Kooperationspartnern erfolgt nicht routinemäßig und hauptsächlich in akuten Fällen. Zwischen dem PHC MM und dem GZ Mariahilf gibt es eine Vereinbarung, dass Patientinnen und Patienten für Facharztkonsultationen in das GZ Mariahilf geschickt werden und der Befund anschließend an das PHC MM zurückgeschickt oder der Patientin bzw. dem Patienten mitgegeben wird. Eine elektronische Übermittlung soll im Rahmen von ELGA möglich gemacht werden. Insgesamt gaben 17,4 Prozent der befragten Personen, die eine Überweisung zu einem/einer externen Gesundheitsdienste-Anbieter/in erhalten hatten, an, dass ihr Termin durch das PHC koordiniert wurde. Knapp 93 Prozent dieser Personen gaben an, dass der Termin durch das PHC MM sehr oder ziemlich gut koordiniert war. 87,8 Prozent meinten, dass der gesamte Behandlungsprozess (Informationsweitergabe, Dauer bis zur Befundung, geplante Therapien ...) sehr oder ziemlich gut auf sie zugeschnitten war.

## Barrierefreiheit

Der öffentliche Zugang sowie alle Räumlichkeiten des PHC und die Sanitärräumlichkeiten sind barrierefrei gestaltet. Die Homepage ist nicht barrierefrei.

### 3. In welcher Hinsicht ist das Leistungsangebot ausgebaut/erweitert? In welchem Maße wird das erweiterte Leistungsangebot in Anspruch genommen? Ist das Leistungsangebot im Vergleich zu jenem der allgemeinmedizinischen Regelversorgung für Patienten/Patientinnen attraktiver?

Zusatzleistungen im Vergleich zu Einzelpraxen der Allgemeinmedizin sind im PHC MM die psychotherapeutische Beratung, die Pflegeleistungen (Infusions- und Injektionstherapie, Verbandswechsel, Blutgerinnungskontrollen, EKG und patientennahe Labordiagnostik) und die Ernährungsberatung (bzw. früher die Beratung durch eine Sozialarbeiterin) und Diabetesberatung.

Aus Sicht der Mitarbeiter/innen und der Gesellschafter/in wird das zusätzliche Leistungsangebot von den Patienten/Patientinnen sehr gut angenommen. Insbesondere die psychotherapeutische Beratung komme sehr gut an. Hier wird der Bedarf gesehen, dieses Angebot auszuweiten (Erhöhung der Stunden). Auch die zusätzlichen Leistungsangebote wie Blutabnahme, Wundmanagement, Diabetesberatung usw. werden von den Patientinnen und Patienten sehr gut angenommen. Da das Leistungsangebot Sozialarbeit nicht so gut angenommen wurde, wird dieses seit Juni 2016 nicht mehr angeboten.

Diese Einschätzung deckt sich mit insgesamt relativ hohen Zufriedenheitswerten der befragten Patientinnen und Patienten mit dem zusätzlichen Leistungsangebot: Je nach Angebot gaben zwischen 73,1 und 86,1 Prozent der befragten Patientinnen und Patienten an, damit zufrieden oder sehr zufrieden zu sein. (Siehe auch Evaluationsfrage 9)

Die Mitarbeiter/innen und Gesellschafter/in sahen Physiotherapie, eine Ausweitung der Stunden der Psychotherapeutin und Ernährungsberatung als Bereiche, in denen das Leistungsangebot sinnvoller Weise ausgeweitet werden könne (*Anm. Die Einführung einer Ernährungsberatung wurde bereits umgesetzt*).

Insgesamt ergibt die Patientenbefragung zum PHC MM hohe Zufriedenheitswerte: 96,1 Prozent der befragten Personen gaben an, dass es sehr oder eher wahrscheinlich sei, dass sie in nächster Zeit im PHC MM in Behandlung bleiben. Insgesamt 97,7 Prozent der Personen gaben an, dass sie das PHC MM Verwandten, Freunden oder Kollegen weiterempfehlen würden. Nur fünf Personen meinten, das PHC MM nicht weiterempfehlen zu wollen – als Gründe wurden vor allem wechselnde Ärztinnen/Ärzte und lange Wartezeiten genannt.

Hinsichtlich der Kontinuität der Versorgung, gaben ca. 50 Prozent an, dass es ihnen wichtig sei, immer vom selben Arzt / von derselben Ärztin behandelt zu werden; davon gaben knapp 74 Prozent an, dass dies auch immer oder meistens möglich sei. Bei Patientinnen/Patienten ab 60 Jahren lagen die Werte höher: Von diesen meinten zwei Drittel, dass es ihnen wichtig sei, von derselben Person behandelt zu werden. 89,3 Prozent führten an, dass dies immer oder meistens möglich sei.

Insgesamt scheint das PHC MM für Patientinnen und Patienten attraktiv zu sein. Das zusätzliche Leistungsangebot wird insgesamt von den Patientinnen und Patienten gut angenommen.

#### **4. Kommt es durch das neue Angebot zur Optimierung von Patientenströmen?**

Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM weisen eine höhere Anzahl von Kontakten zu Allgemeinmedizinerinnen/-medizinerinnen auf als die Vergleichsgruppe, während die Anzahl der Facharztkontakte niedriger ist. Hinsichtlich der Anzahl der Ambulanzbesuche und die Anzahl der stationären Aufnahmen zeigt sich zwischen PHC-Stammpatientinnen/-patientinnen und der Vergleichsgruppe kein statistisch signifikanter Unterschied, auch wenn die Werte in der Gruppe der PHC Stammpatientinnen/-patienten tendenziell niedriger sind. Siehe dazu Evaluationsfrage 14.

### **4.1 Zielebene Anbieter und Mitarbeiter/innen**

Zur Frage **welche Auswirkungen das Organisationsmodell PHC auf die Arbeitsbedingungen und die Arbeitszufriedenheit der Anbieter/innen von Gesundheitsdienstleistungen sowie auf die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der PHC hat**, lässt sich zusammenfassend Folgendes sagen: Sowohl Gesellschafter/in als auch Mitarbeiter/innen sind mit den Arbeitsrahmenbedingungen im PHC MM zufrieden: diese Zufriedenheit betrifft sowohl Arbeitszeiten als auch Arbeitsabläufe (Kooperation und Kommunikation). Auch wenn die Vereinbarkeit von Beruf und Familie (Betreuungspflichten) eine Herausforderung darstellt, ist diese aus Sicht der Gesellschafter/in in einem PHC bzw. einer Gruppenpraxis noch besser möglich als in einer Einzelordination. Bei Betrachtung des Arzteinkommens sehen die Gesellschafter/innen aktuell keine finanziellen Vorteile gegenüber einer Einzelpraxis, hingegen besteht ein höherer Unternehmenswert.

Die einzelnen Evaluationsfragen zur Zielebene Anbieter und Mitarbeiter/innen werden im Folgenden beantwortet:

#### **5. Bestehen für chronisch Kranke und multimorbide oder geriatrische Patientinnen und Patienten spezifische Angebote? In welchem Maße werden diese Angebote genutzt? Wie hoch ist der Anteil chronisch kranker, multimorbider und geriatrischer Patientinnen/Patienten?**

Die Beantwortung dieser Fragestellung ist nur sehr eingeschränkt möglich, da keine Dokumentation der Diagnosen (nach ICPC-2) vorliegt. Es wurden Indikatoren, die aus den verfügbaren Routinedaten abbildbar waren, gebildet.

Für Typ-2-Diabetiker/innen (DM-2) wird das Programm „Therapie Aktiv“ im PHC MM angeboten. Dabei sollen Patientinnen und Patienten über Typ-2-Diabetes informiert werden und aktiv zur Verbesserung ihrer Lebenssituation durch entsprechenden Umgang mit ihrer Erkrankung beitragen.

Gemäß Meldungen des PHC MM wurden im Jahr 2015 29 Patientinnen und Patienten im Rahmen von „Therapie Aktiv“ betreut, im Jahr 2016 waren es 68 Personen. Die Daten der WGKK zeigen,

dass im Betrachtungszeitraum (Q3/2015–Q2/2016) insgesamt 36 Stammpatienten/–patientinnen des PHC MM an dem Programm „Therapie Aktiv“ teilgenommen haben, hingegen waren nur drei Stammpatienten/–patientinnen aller anderen allgemeinmedizinischen Ordinationen des 6. und 7. Bezirks bei ihrem Stammarzt / ihrer Stammärztin in dem Programm eingeschrieben, wobei nur ein Teil der Vergleichsordinationen am Programm „Therapie Aktiv“ teilnimmt.

Dies entspricht einem Anteil von 15,1 Prozent Stammpatientinnen/–patienten, die im Rahmen von „Therapie Aktiv“ im PHC betreut werden, an allen DM–2–Patientinnen/Patienten vs. 0,2 Prozent in der Vergleichsgruppe, wobei die Bezugsgruppe „DM–2–Patienten“ aus den Routinedaten über die Verordnung von oralen Antidiabetika (inkl. Kombinationstherapie) gebildet wurde. Österreichweit werden laut Website von „Therapie Aktiv“ durchschnittlich sieben Prozent der DM–2–Patientinnen/–Patienten im Rahmen von „Therapie Aktiv“ von AllgemeinmedizinerInnen und Fachärztinnen und –ärzten für Innere Medizin betreut.

Seitens des PHC MM wurde festgehalten, dass die Betreuung und Versorgung chronisch kranker, multimorbider oder geriatrischer Patientinnen und Patienten Teil der umfassenden hausärztlichen Tätigkeit ist.

#### **6. Werden im PHC MM selbst gesundheitsfördernde Maßnahmen umgesetzt? Werden externe Gesundheitsförderungsmaßnahmen im PHC durchgeführt? In welchem Maße werden die Gesundheitsförderungsangebote und Früherkennungsmaßnahmen in Anspruch genommen?**

Gesundheitsfördernde und präventive Leistungen werden in Form von Disease–Management–Programmen (vgl. dazu Evaluationsfrage 5) und Vorsorgeuntersuchungen (Gesundenuntersuchung und Mutter–Kind–Pass–Untersuchungen) angeboten. Schulungen im Rahmen des DMP „Therapie Aktiv“ werden zum Teil auch extern durchgeführt. Außerdem werden im PHC MM Ernährungsberatung und Impfungen (auch Kinderimpfprogramm) angeboten.

Ein Erinnerungssystem für die Gesundenuntersuchung befindet sich in der Entwicklungsphase. Individuelle Erinnerungen etwa für Impfungen oder chronisch kranke Patientinnen und Patienten sind aktuell nicht angedacht.

Die Inanspruchnahme des Programms „Therapie Aktiv“ ist unter Evaluationsfrage 5 beschrieben.

Hinsichtlich der Vorsorgeuntersuchung zeigt sich, dass 7,44 Prozent der PHC–Stammpatientinnen/–patienten ab 18 Jahren im Betrachtungszeitraum eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen haben, in der Vergleichsgruppe waren es 18,01 Prozent. Betrachtet man die von den „Stammordinationen“ durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen, betragen die Werte 5,7 Prozent für das PHC MM und 16,22 Prozent ( $p < 0,001$ ) für die Vergleichsordinationen.

Der Wert für das PHC MM liegt damit nicht nur deutlich unter dem der Vergleichsgruppe, sondern auch deutlich unter dem durchschnittlichen Anteil an Vorsorgeuntersuchungen in Wien (2015: 13,2 %) (Friedrich et al. 2016).

**7. In welchem Maße konnten Kooperationsnetzwerke aufgebaut werden? Mit welchen Gesundheitsdiensteanbietern/Anbieterinnen und anderen Versorgungsstrukturen wurden Kooperationen hergestellt? Durch welche Maßnahmen wird Behandlungskontinuität gewährleistet?**

Formalisierte Vereinbarungen im Rahmen bereits vorhandener Kooperationen mit anderen Leistungsanbietern, beispielsweise zum elektronischen Austausch patientenrelevanter Informationen, gibt es aufgrund fehlender technischer Voraussetzungen und unklarer gesetzlicher Rahmenbedingungen – gemäß Rückmeldung des PHC MM – aktuell nicht.

Nicht formalisierte Vereinbarungen bestehen jedoch zwischen dem PHC MM und dem GZ Mariahilf, niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen in der näheren Umgebung und dem Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern. Das PHC MM ist mit der Zusammenarbeit mit externen Partnern grundsätzlich zufrieden. Zur Verbesserung und Erleichterung der Kommunikationswege wären entsprechende technische Lösungen wünschenswert.

Ein gemeinsames elektronisches Dokumentationssystem innerhalb des PHC MM ist vorhanden. Die Software *Innomed* ermöglicht das elektronische Anlegen von Patientenakten. Zugang zu diesen Daten haben alle Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen des PHC MM. Die Software wird nicht nur zur Dokumentation, sondern auch für interne Patientenübergabe-Prozesse mit Hilfe eines Farbkodierungssystems zwischen den verschiedenen Berufsgruppen verwendet. Zusätzlich gibt es eine eigene Pflegedokumentation nach dem Krankenpflegegesetz. Die Daten werden zuerst schriftlich auf Papier erfasst. Anschließend werden die Dokumente elektronisch abgelegt, um allen involvierten Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen jederzeit Zugang zu und Einblick in die Daten zu ermöglichen. Eine korrekte, vollständige und zeitgerechte Information aller möglichen Behandler/innen im PHC MM scheint durch das System sichergestellt zu sein (siehe auch Evaluationsfrage 11).

Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM konsultierten im Betrachtungszeitraum im Durchschnitt weniger allgemeinmedizinische Ordinationen (1,13) als Patientinnen/Patienten der Vergleichsgruppe (1,26), was hinsichtlich der Versorgungskontinuität als positiv zu werten ist.

**8. Welche Maßnahmen werden im Bereich Medikamentenmanagement ergriffen? Wird die Verbesserung der Qualität von Medikamentenverordnungen für ältere Menschen berücksichtigt?**

Grundsätzlich ist eine Beurteilung der Verschreibungsqualität nur sehr eingeschränkt möglich, da keine Dokumentation der Diagnosen (nach ICPC-2) vorliegt. Es wurden Indikatoren, die aus den verfügbaren Routinedaten abbildbar waren, zum Verschreibungsverhalten gebildet. Diese Indikatoren werden in künftigen Berichten im Zeitverlauf betrachtet.

Insgesamt werden durch die Stammordination PHC MM über den Betrachtungszeitraum durchschnittlich 7,13 Präparate und in der Vergleichsgruppe 7,07 Präparate pro Patient/in und Jahr

verschrieben; insgesamt<sup>1</sup> wurden an Stammpatientinnen und -patienten des PHC MM im Durchschnitt 10,49 Arzneimittelpackungen und an jene der Vergleichsgruppe 11,04 Arzneimittelpackungen abgegeben. Der Unterschied ist in beiden Fällen nicht signifikant.

Hinsichtlich Polypharmazie<sup>2</sup> zeigt sich – bei Betrachtung aller Personen – ein signifikanter Unterschied zwischen den Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM und der Vergleichsgruppe. So erfüllten 4,85 Prozent der Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM die Kriterien für Polypharmazie im Betrachtungszeitraum, in der Vergleichsgruppe hingegen 5,59 Prozent der Stammpatienten. Derselbe Effekt zeigt sich in der Altersgruppe der 60- bis 75-Jährigen (17,02 % vs. 21,5 %), während in der Altersgruppe der ab 75-Jährigen tendenziell der umgekehrte Effekt zu beobachten ist (allerdings sind hier die Werte nicht signifikant).

Der Anteil der im PHC MM verschriebenen Generika am generikafähigen Markt (52,76 %) liegt unter dem Wert in der Vergleichsgruppe (54,23 %), wobei dieser Unterschied nicht signifikant ist.

Während der Anteil der Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM, denen unabhängig vom verordnenden Arzt / von der verordnenden Ärztin mindestens ein Antibiotikum verordnet wurde, mit 0,86 Prozentpunkten geringfügig über dem Anteil der Stammpatientinnen/-patienten der Vergleichsordinationen liegt (nicht signifikant), so zeigt sich bei jenen Antibiotikaverordnungen, die durch die Stammordination ausgestellt wurden, ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen: 24,42 Prozent der PHC-Stammpatientinnen/-patienten. Damit erhielten um 3,81 Prozentpunkte mehr als in der Vergleichsgruppe mindestens ein Antibiotikum im Betrachtungszeitraum. Das könnte darauf hindeuten, dass das PHC MM auch Versorgungsleistungen übernimmt, die sonst auf anderer Ebene erbracht werden.

Der Anteil der verordneten Antidepressiva<sup>3</sup> für Stammpatientinnen und -patienten ab 18 Jahren ist im PHC MM mit 7,38 Prozent niedriger als in der Vergleichsgruppe (8,1 %), allerdings ist der Unterschied nicht signifikant. Als zusätzlicher Indikator wurde der Anteil jener Stammpatientinnen/-patienten ab 65 Jahren betrachtet, denen innerhalb eines Jahres mindestens ein trizyklisches oder tetrazyklisches Antidepressivum durch die Stammordination verordnet wurde. Diese sind in der PIM-Liste (potentially inappropriate medication) enthalten. Hier lag der Anteil im PHC MM bei einem Prozent und in den Vergleichsordinationen bei 0,89 Prozent, der Unterschied ist statistisch nicht signifikant.

---

1

Alle Verschreibungen gesamt, z. B. durch Fachärzte/Fachärztinnen

2

Anteil der Stammpatientinnen/-patienten, an welche mehr als fünf verschiedene Wirkstoffe in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen abgegeben wurden, gemessen an allen Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM bzw. der Vergleichsgruppe

3

Patientinnen/Patienten ab 18 Jahren, denen innerhalb eines Jahres mindestens eine Packung Antidepressiva durch die Stammordination verordnet wurde

Die österreichische PIM-Liste liegt im PHC MM auf und ist allen dort tätigen Ärztinnen und Ärzten bekannt. Die Ordinationssoftware beinhaltet ein Modul zur automatischen Überprüfung möglicher Wechselwirkungen von Arzneimitteln im Zuge der Verordnung. Eine standardisierte Intervention bei Polymedikation gibt es bis dato nicht.

Insgesamt ergibt sich in Bezug auf diese Fragestellung kein eindeutiges Bild im Vergleich von PHC MM und Vergleichsgruppe.

**9. Womit/wodurch werden die Patientinnen und Patienten über die Leistungen anderer Gesundheitsdienste-Anbieter/innen informiert? In welchem Maße fühlen sich die Patientinnen und Patienten informiert und orientiert bezüglich ihrer Behandlung und deren Planung?**

Spezifische Informationen darüber, wie Patientinnen und Patienten allgemein über Leistungen anderer Gesundheitsdienste-Anbieter/innen informiert werden, liegen nicht vor. Allerdings werden sie bei Bedarf an andere Gesundheitsdienste-Anbieter/innen (z. B. an Fachärztinnen und Fachärzte, GZ Mariahilf ...) weitervermittelt (siehe dazu Evaluationsfrage 7).

Der überwiegende Anteil der befragten Patientinnen und Patienten fühlt sich durch die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt gut informiert (knapp 95 %) und empfindet die erhaltenen Informationen als gut verständlich (ca. 93 %).

Die überwiegende Mehrheit der Patientinnen/Patienten fühlte sich auch hinsichtlich verschiedener Teilaspekte gut informiert: 91,3 Prozent betreffend ihrer Erkrankung; 89,8 Prozent sind es bei den geplanten Therapien, über die Untersuchungen im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung fühlten sich 83,6 Prozent gut informiert und über die Mitwirkung bei der Heilung sogar 86,4 Prozent. Bei der Information über die Nebenwirkungen der verordneten Medikamente zeigen sich 70,1 Prozent der Personen zufrieden.

Spezifische Informationen über das Versorgungsmodell PHC bzw. spezifische Leistungen des PHC MM liegen weder in der Praxis auf, noch sind Informationen darüber auf der Homepage des PHC MM zu finden. Dies erklärt den verhältnismäßig eher niedrigen (knapp 60 %) Anteil der Patientinnen und Patienten, die sich über die Leistungen des PHC MM (wie die psychotherapeutische Beratung, Pflegerische Leistungen, Ernährungsberatung, Vorsorgeuntersuchungen etc.) gut informiert fühlen.

34,5 Prozent der Teilnehmer/innen gaben in der Befragung an, dass Informationsmaterialien (wie beispielsweise Broschüren zur Verhinderung von Krankheiten, Gesundheitsförderung, gesunde Ernährung) in der Ordination aufliegen, davon hielten 71,5 Prozent diese Informationen für nützlich.

**10. In welchem Maße konnten die Arbeitsbedingungen der Allgemeinmediziner/innen verbessert werden? Wie konnten die Arbeitsbedingungen des Personals der PHC verbessert werden? Wodurch zeichnen sich die Verbesserungen aus? Gibt es in diesen Bereichen Verbesserungspotenziale?**

Hinsichtlich der Fragestellungen nach einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter/innen ist festzuhalten, dass alle drei Gesellschafter/innen und ein Teil der Mitarbeiter/innen bereits zuvor in einer gemeinsamen Gruppenpraxis beschäftigt waren, deshalb ist ein Vergleich mit der Tätigkeit in einer allgemeinmedizinischen Einzelordination nur bedingt möglich.

Insgesamt sind die Mitarbeiter/innen sehr zufrieden mit den Arbeitsbedingungen. Von einem Großteil werden die flexiblen und planbaren Arbeitszeiten als besonders positiv wahrgenommen, Betreuungspflichten bestehen bei einer von sechs Ordinationsassistenten/innen. Verbesserungspotenziale bezüglich der Arbeitsrahmenbedingungen sahen die befragten Mitarbeiter/innen nicht. Mit den Arbeitsrahmenbedingungen (fixe Arbeitszeiten) ist auch die Psychotherapeutin zufrieden, da sie gut mit ihrer persönlichen Lebenssituation (Betreuungspflichten) vereinbar ist. Siehe auch Evaluationsfrage 19.

Zwei der drei Gesellschafter/innen haben Betreuungspflichten für Kinder, die dann entweder stärker vom anderen Elternteil oder von den Großeltern wahrgenommen werden. Ohne diese Aufteilung bzw. Unterstützung wäre die persönliche Lebenssituation nicht gut mit der Berufstätigkeit im PHC vereinbar. Allerdings wäre die persönliche Lebenssituation mit der Tätigkeit in einer Einzelordination noch schlechter vereinbar als in einem PHC, was einen wesentlichen Beweggrund zur Beteiligung an einer Gruppenpraxis bzw. einem PHC darstellt. Die längeren Öffnungszeiten bieten höhere Flexibilität. Die Aufgabenteilung erfolgt intern zwischen den Gesellschaftern, die – abhängig von der jeweiligen Aufgabe – manches ortsunabhängig erledigen können. Dies ermöglicht beispielsweise, etwaigen Kinderbetreuungspflichten besser nachkommen zu können.

Die Lehrärztin sieht das PHC MM als attraktiven potenziellen Arbeitsplatz. Sie würde gerne im Bereich Allgemeinmedizin arbeiten, aber keine eigene Ordination gründen. Die Arbeit in einer Einzelordination wäre vor dem Hintergrund Einzelkämpferin zu sein, nicht attraktiv. Eine Arbeit im Team wäre für sie jedenfalls interessanter – auch aufgrund der Aufteilung der Arbeiten und Verantwortung. Die Arbeit als „Vertretungsärztin“ – wie sie es im Rahmen der Lehrpraxis im PHC MM gesehen hat – wäre von der Tätigkeit her und den Arbeitsrahmenbedingungen für sie interessant (siehe auch Evaluationsfrage 12).

**11. Mit welchen Maßnahmen wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit des Personals unterstützt und gefördert? Inwieweit ist interdisziplinäre Zusammenarbeit umsetzbar?**

Auch wenn kein Konzept für die interdisziplinäre Vernetzung bzw. Kooperation der im PHC MM tätigen Personen vorliegt, wird die interne Kommunikation und Vernetzung über eine Reihe von Teamsitzungen sichergestellt. Es gibt ein tägliches „Meet and Greet“ (aller an diesem Tag im PHC tätigen Personen), wöchentliche Administrationsteam-Besprechungen, monatliche Ärzteteam-Besprechungen und Gesamtteam-Meetings sowie Gesellschafterteam-Besprechungen in regelmäßigen Abständen.

In der wöchentlichen Arbeitszeit (von 8 Stunden) der Psychotherapeutin und der Ernährungsberaterin (früher der Sozialarbeiterin) ist eine Stunde explizit für Besprechungen, Vernetzung und andere Tätigkeiten vorgesehen. Im Rahmen dieser Stunde finden auch Fallbesprechungen statt.

Ein gemeinsames Dokumentationssystem ist vorhanden. Die Software *Innomed* ermöglicht das elektronische Anlegen von Patientenakten. Zugang zu diesen Daten haben alle Mitarbeiter/innen des PHC MM. Die Software wird nicht nur zur Dokumentation, sondern auch – mit Hilfe eines Farbkodierungssystems – für interne Patientenübergabeprozesse zwischen den verschiedenen Berufsgruppen verwendet.

Im Rahmen der psychotherapeutischen Beratung wird extra dokumentiert. Diese Dokumentation ist nicht von anderen (ärztlichen und nicht ärztlichen) Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen einsehbar. Es findet jedoch ein persönlicher Austausch zwischen der/dem zuweisenden Arzt/Ärztin und der Psychotherapeutin nach dem Erstgespräch statt.

Die interne Patientenübergabe über die gemeinsame Software funktioniert sowohl aus Sicht der Gesellschafter/in als auch aus Sicht der Mitarbeiter/innen (Pflege und Psychotherapeutin) im PHC MM gut und stellt wenig Herausforderung dar. Im Falle von Unklarheiten kommt es zu telefonischen Rückfragen.

Die Frage der Dokumentation und Kommunikation zwischen den unterschiedlichen in den Behandlungsprozess involvierten Personen ist aus Sicht der Gesellschafter/in für PHC-Netzwerke herausfordernder als für ein PHC an einem Standort.

Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheits- und Sozialberufen wird von den Gesellschaftern/Gesellschafterinnen und Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen grundsätzlich als positiv, bereichernd und angenehm empfunden und sollte ausgebaut werden. Dennoch entstehen Schnittstellen, die in einer Einzelordination nicht vorhanden sind und mehr Zeit und Koordination beanspruchen.

Hausbesuche durch die Pflegefachkräfte sind in der momentanen Organisation nicht vorgesehen. Einige Pflegeleistungen könnten aber vom PHC MM gut abgedeckt werden.

## **12. Inwieweit konnten die Arbeitsrahmenbedingungen verbessert werden? Wodurch zeichnen sich die Verbesserungen aus?**

Differenziert nach den unterschiedlichen Berufsgruppen existieren folgende Arbeitszeitmodelle im PHC MM:

- » *Ordinationshilfen* arbeiten 30 Stunden pro Woche, aufgeteilt auf einen ganzen und drei halbe Tage. Die Rezeption ist dabei immer mit drei Personen besetzt. Die Diensterteilung erfolgt im Team und wird bei Bedarf, beispielsweise zur Urlaubszeit, entsprechend angepasst.
- » *Gesellschafter/innen* sind zu einer „wesentlichen Mitarbeit“ verpflichtet, die im Sinne des PHC MM im jeweiligen Durchrechnungszeitraum einem Ausmaß von mindestens 15 Wochen-

stunden entspricht. Die Arbeitszeiten sind flexibler als in einer Einzelordination. Die Aufgabenteilung erfolgt intern zwischen den Gesellschaftern und können, abhängig von der jeweiligen Aufgabe, teilweise ortsunabhängig durchgeführt werden. Dies ermöglicht beispielsweise etwaigen Kinderbetreuungspflichten besser nachkommen zu können.

- » Die beiden *Pflegekräfte* arbeiten ebenfalls 30 Wochenstunden.
- » *Psychotherapeutin, Ernährungsberaterin* (bzw. zuvor Sozialarbeiterin) sind zu speziellen Zeiten, insgesamt acht Stunden pro Woche am PHC beschäftigt.
- » Weiterbildung, Urlaube, etwaige Krankenstände etc. der Gesellschafter/in werden im PHC MM mit Stand Juli 2016 über insgesamt sechs *Vertretungsärztinnen/-ärzte* abgedeckt. Das Ausmaß der Tätigkeit in Form von Wochenarbeitsstunden sowie Angaben zu Anwesenheit liegen nicht vor.

Insgesamt nehmen fünf der acht Mitarbeiter/innen (Ordinationsassistentinnen/-assistenten und Diplomkrankenschwester/-pfleger) die flexiblen und besser planbaren Arbeitszeiten (im Vergleich zu einer Einzelordination) als besonders positiv wahr. Zusätzlich betonen vier von acht Mitarbeiter/innen, dass das Arbeitsklima sehr gut und das Team gut aufeinander eingespielt sei, zwei Mitarbeiter/innen, dass das Mitspracherecht der Mitarbeiter/innen vor allem bei Personalentscheidungen sehr hoch ist, und ein/e Mitarbeiter/in, dass die Anforderungen an neue Mitarbeiter/innen hoch sind. Zwei der Befragten gaben an, dass sie die Vereinbarkeit von Beruf und Familie aufgrund der längeren Öffnungszeiten bezweifeln, wenn junge bzw. schulpflichtige Kinder im Haushalt leben.

Für einen/eine Mitarbeiter/in war die Möglichkeit zur Ausübung der Pflgetätigkeit im niedergelassenen Bereich ausschlaggebend, während die Organisationsform PHC an sich keinen Entscheidungsgrund für den Wechsel in das PHC MM darstellte. Keine/r der Befragten gab an, mit den Arbeitsrahmenbedingungen unzufrieden zu sein. Verbesserungspotenziale der Arbeitsrahmenbedingungen sah keine/r der befragten Mitarbeiter/innen.

Die Arbeitssituation für die Gesellschafter/in ist gut mit ihrer persönlichen Lebenssituation vereinbar, wobei die persönliche Lebenssituation auch der Arbeitssituation angepasst wurde und wird (siehe auch Evaluationsfrage 10).

### **13. In welchem Maße wird das PHC als Ausbildungsstätte genutzt? Welche Berufsgruppen werden im PHC ausgebildet? Wie schätzen die Ausbildungskandidatinnen/-kandidaten die Attraktivität der Arbeitsbedingungen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit ein?**

Als Ausbildungsstätte bot das PHC MM zum Zeitpunkt der Erhebung im Juli 2016 zwei Plätze für Lehrärztinnen/-ärzte an, von denen ein Platz besetzt war. Zusätzlich bestand das Angebot für Famulaturen für Medizinstudenten/innen und Praktika für auszubildende Ordinationsassistenten/-assistentinnen.

Im Vergleich zur Arbeit in Ambulanz und Krankenhaus ist die Arbeit aus Sicht der Lehrärztin im PHC MM angenehmer, aber sehr intensiv. Die Ausbildungsbedingungen am PHC MM sind aus ihrer

Sicht gut. Das PHC-Konzept war für sie zwar nicht Motivation sich hier zu bewerben, allerdings war das Modell-PHC ein Grund für die Auswahl des Ausbildungsplatzes aus mehreren Angeboten. Aufgrund des breiteren medizinischen Angebots im PHC (verschiedene Schwerpunkte der Allgemeinmedizin) ergeben sich mehr Möglichkeiten des Lernens.

Aus Sicht der Gesellschafter/in ist die Zufriedenheit mit den Lehrpraktikanten/in groß und es besteht Interesse, die Anzahl der Lehrpraktikantenstellen zu erhöhen, es gebe auch eine Vielzahl von Anfragen hinsichtlich Ausbildung. Die konkrete Ausweitung ist allerdings auch von eventuellen Förderungen abhängig.

## 4.2 Zielebene Systemsteuerung

Zur Frage, ob **die Primärversorgungsebene gestärkt wird und ob Patientinnen und Patienten zum Best Point of Service gesteuert werden bzw. die sekundäre Versorgungsebene entlastet wird**, lässt sich zusammenfassend Folgendes sagen: Die Datenauswertungen der Versicherten der WGKK zeigen eine Stärkung der Primärversorgung durch eine höhere Inanspruchnahme der allgemeinmedizinischen Versorgung bei gleichzeitig geringerer Inanspruchnahme der fachärztlichen Versorgung. Auch hatte ein höherer Anteil der Patientinnen/Patienten des PHC MM weder einen Facharztkontakt (alle Gruppen inkl. Röntgen und Labor, exkl. Zahn) noch einen Ambulanzbesuch als jener der Vergleichsgruppe (statistisch signifikant). Der Vergleich der Anzahl der Patientenkontakte in ausgewählten Ambulanzen (allgemeine Notfallambulanzen sowie Kindernotfallambulanzen, geöffnet 24 Stunden an sieben Tagen pro Woche) zeigt hingegen keine statistisch signifikanten Unterschiede, ebenso ist der Unterschied zwischen Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM und der Vergleichsgruppe bezüglich der Anzahl der stationären Aufenthalte nicht statistisch signifikant.

Die einzelnen Evaluationsfragen zur Zielebene Systemsteuerung werden im Folgenden beantwortet:

**14. Wie hoch ist der Anteil der Patientinnen und Patienten, die im PHC versorgt werden (Versorgungswirksamkeit)? Wie hoch ist der Anteil der Patientinnen und Patienten, die keiner weiterführenden fachärztlichen und spitalsambulanten Leistungen bedürfen? Wie wirkt sich das PHC auf die umliegende Versorgung aus? In welchem Maße werden andere Versorgungsebenen entlastet?**

Der Anteil der Stammpatienten/-patientinnen<sup>4</sup> liegt im PHC MM mit 77,5 Prozent in einer ähnlichen Größenordnung wie in der Vergleichsgruppe (76,17 %). Die im Folgenden beschriebenen

---

4

Personen sind in jener allgemeinmedizinischen Praxis / jenem PHC Stammpatientinnen und Stammpatienten, in der/dem sie die überwiegende Anzahl ihrer Arztkontakte hatten.

Aussagen beziehen sich immer auf die jeweiligen Stammpatientinnen und -patienten über einen Zeitraum von einem Jahr (Q3/2015–Q2/2016).

Im Erhebungszeitraum hatten die Patientinnen und Patienten des PHC MM mit durchschnittlich 7,32 Kontakten pro Jahr signifikant mehr Kontakte zu Allgemeinmediziner/-medizinerinnen als jene der Vergleichsgruppe (6,78/Jahr).

Im Gegensatz dazu war die durchschnittliche Anzahl an Facharztbesuchen<sup>5</sup> bei Patientinnen und Patienten des PHC MM signifikant niedriger als in der Vergleichsgruppe (5,9 vs. 6,26).

Die Inanspruchnahme von Röntgen und Laborleistungen lag bei Stammpatienten/-patientinnen des PHC MM geringfügig (statistisch signifikant) über jener der Vergleichsgruppe.

Leistungen der Gesundheitszentren Mariahilf (gesamt, Leistungen ohne Röntgen und Labor, nur Röntgen) und Andreasgasse der WGKK wurden häufiger von Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM in Anspruch genommen als von der Vergleichsgruppe:

- » Insgesamt – ohne Röntgen und Labor – suchten die Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM das GZ Mariahilf durchschnittlich 1,24 Mal im Betrachtungszeitraum auf, jene der Vergleichsgruppe 0,97 Mal.
- » Röntgenleistungen wurden im GZ Mariahilf 0,54 Mal vs. 0,45 Mal in Anspruch genommen.
- » Leistungen im GZ Andreasgasse wurden 0,38 vs. 0,18 Mal in Anspruch genommen (alle Differenzen statistisch signifikant).
- » Nur bei den Laborleistungen im GZ Mariahilf zeigt sich eine geringfügig häufigere Inanspruchnahme durch die Vergleichsgruppe (0,07 Leistungsanspruchnahmen) im Vergleich zu den Stammpatienten/-patientinnen des PHC MM (0,09). Der Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant.

Bezüglich der **Anzahl von Ambulanzbesuchen**, die allfällig durch neue Primärversorgungsstrukturen vermieden werden können – das sind vor allem Kontakte in allgemeinen Notfallambulanzen sowie Kindernotfallambulanzen, die 24 Stunden an sieben Tagen pro Woche geöffnet haben – zeigt sich zwischen den beiden Betrachtungsgruppen kein statistisch signifikanter Unterschied.

Im Betrachtungszeitraum wiesen 20,70 Prozent der Patienten/Patientinnen des PHC MM und 19,29 Prozent der Vergleichsgruppe weder einen Facharztkontakt (alle Gruppen inkl. Röntgen und Labor, exkl. Zahnmedizin) noch einen Ambulanzbesuch auf ( $p = 0,0192$ ).

Die Zahl nicht notwendiger Spitalsaufenthalte soll durch Etablieren neuer Primärversorgungsstrukturen reduziert werden. Bei Betrachtung der durchschnittlichen Anzahl der stationären Auf-

---

5

Alle Fachgruppen exkl. zahnmedizinische Leistungen

enthalte weisen die Patientinnen und Patienten des PHC MM mit 19,72 Aufenthalten pro 100 Patientinnen und Patienten niedrigere Werte auf als die Vergleichsgruppe (21,27), allerdings ist der Unterschied nicht statistisch signifikant.

Die oben beschriebenen Daten weisen darauf hin, dass das Ziel einer Versorgung auf der richtigen Versorgungsstufe, das durch Etablieren neuer Primärversorgungsstrukturen erreicht werden soll, bei den Patientinnen und Patienten des PHC MM tendenziell erreicht werden konnte (im Sinn einer ersten Anlaufstelle im Gesundheitssystem). So sind die Kontakte mit Allgemeinmediziner/-medizinerinnen höher als in der Vergleichsgruppe, während die Anzahl der Facharztkontakte niedriger ist. Hinsichtlich der Anzahl der Ambulanzbesuche und die Anzahl der stationären Aufnahmen zeigt sich zwischen PHC-Stammpatienten/-patientinnen und der Vergleichsgruppe kein statistisch signifikanter Unterschied, auch wenn die Werte in der Gruppe der PHC Stammpatientinnen/-patienten tendenziell niedriger sind.

Diese Daten decken sich auch mit den Ergebnissen der Patientenbefragung, in der von jenen Patientinnen und Patienten, die im Zuge einer chronischen Behandlung oder bei erstmaligen akuten Beschwerden bzw. aus sonstigen Gründen die Praxis aufgesucht haben (n = 238), über 40 Prozent angeben, dass sie in eine Ambulanz oder zu einem Facharzt / einer Fachärztin gegangen wären, wenn es das PHC MM nicht geben würde.

#### **15. Wodurch wird Stärkung der Allgemeinmedizin betrieben? Gibt es hierzu spezifische Maßnahmen?**

Die Gründung des PHC MM und die damit einhergehenden Presseberichte (Eröffnungsfeier) waren eine gute Werbung für das PHC und haben das PHC MM bekannt gemacht. Einer der Gesellschafter ist für die Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Presseanfragen, Interviews etc.) zuständig, übt diese Rolle jedoch eher passiv aus. Aufgrund der starken Auslastung des PHC ist eine Erweiterung der Öffentlichkeitsarbeit aktuell nicht vorgesehen.

Die Homepage wurde umgestaltet und hat 250 bis 300 Zugriffe pro Tag. Sie wird als Medium zur Kommunikation der angebotenen Leistungen sowie der Anwesenheiten verschiedener Ärzte/Ärztinnen verwendet.

Im PHC MM werden viermal jährlich Qualitätszirkel (der Ärztekammer) veranstaltet, an denen alle im PHC tätigen Ärztinnen und Ärzte (Gesellschafter/innen und Vertretungsärzte/-ärztinnen) mindestens zweimal jährlich teilnehmen. Anderen Allgemeinmediziner/-medizinerinnen steht die Teilnahme offen. Die Weiterbildung der Ärzte und Ärztinnen des PHC MM erfolgt selbstverantwortlich. Es gibt keinen formalisierten Prozess zur Abstimmung.

Für Mitarbeiter/innen besteht ebenfalls kein formalisierter Prozess für Weiterbildungen. Zum Zeitpunkt der Interviews (Sommer 2016) werden Weiterbildungen im Bereich Wundmanagement und Schulungen für Ordinationsprogramme angeboten. Aufgrund der langen Öffnungszeiten des PHC ist das Finden eines Termins, an dem jeder/jede Mitarbeiter/in verfügbar ist, schwierig. Wenn die Praxis neue Produkte bzw. Geräte erhält, absolviert ein/e Mitarbeiter/in eine entsprechende Weiterbildung und gibt das Wissen danach an die Kolleginnen und Kollegen weiter. Sonst werden

Weiterbildungen in Mitarbeitergesprächen besprochen. Seit der Umwandlung in ein PHC haben vier der acht Mitarbeiter/innen (Ordinationsassistenten/-assistentinnen und Diplomkrankenschwester/-pfleger) Weiterbildungsangebote (z. B. im Bereich Wundmanagement, Erste Hilfe oder eine Softwareschulung) in Anspruch genommen.

Weiterbildungsbedarf der Mitarbeiter/innen besteht zum Zeitpunkt der Interviews im Bereich Erste Hilfe („Notfall Refresher“), Krisenmanagement, um mit schwierigen Patienten/innen besser umgehen zu können, und Telefontraining. Allgemein ist der Bedarf an Weiterbildung nicht höher als in einer Gruppenpraxis.

#### **16. Werden standardisierte Dokumentationssysteme eingesetzt? Wenn ja, welche? Welche weiteren Maßnahmen der Qualitätssicherung werden ergriffen?**

Mit Stand März 2017 wird noch nicht mittels ICPC-2 dokumentiert. Die Einführung ist jedoch geplant.

Das PHC MM ist von der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed) entsprechend der Qualitätssicherungsverordnung 2012 zertifiziert. Genauere Angaben zum Qualitätssicherungssystem liegen nicht vor. Qualitätsmanagerin des PHC MM ist die Ordinationsmanagerin.

Im PHC MM werden viermal jährlich Qualitätszirkel (der Ärztekammer) veranstaltet, an denen alle im PHC tätigen Ärztinnen und Ärzte (Gesellschafter/innen und Vertretungsärzte/-ärztinnen) mindestens zweimal jährlich teilnehmen.

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Bereich DMP (aktuell ist das „Therapie Aktiv“) tätig sind und Patienten betreuen, sind hierzu aus- und weitergebildet (Stand Juli 2016: ein Gesellschafter und zwei diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger/innen). Alle im PHC MM tätigen Ärztinnen und Ärzte verfügen über ein DFP-Diplom.

Reflexionsprozesse für das Personal sind im PHC MM zwar wenig formalisiert, funktionieren nach Angaben der Gesellschafter/innen jedoch gut. Möglichkeiten zur Reflexion haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in allen Teamsitzungen, aus gegebenem Anlass oder in Form von sonstigen Rückmeldungen, beispielsweise über die Ordinationsmanagerin.

Der Bedarf an Supervision war zum Zeitpunkt der Erhebung gering bzw. hatte geringe Priorität.

#### **17. Welche Honorierungsmodelle kommen zum Tragen? Wo werden Schwächen bezüglich Honorierung festgestellt? Braucht es neue Regelungen, um die Honorierungsabwicklung zu erleichtern?**

Die Abrechnung der ärztlichen Leistungen erfolgt wie bei allen allgemeinmedizinischen Ordinationen über die WGKK. Zusätzlich erhält das PHC eine Pauschalabgeltung für eine Erweiterung der Öffnungszeiten von 25 Prozent. Leistungen, die über den Honorarkatalog abgegolten werden, sind

unterschiedlich honoriert. So gleichen sich aus Sicht der Gesellschafter/innen schlechter und besser honorierte Leistungen am Ende aus.

Verbesserungspotenzial wird von Seiten der Gesellschafter/in bei der Pauschalabgeltung der Mehrleistung des PHC gesehen. Hier wäre eine andere Finanzierungsform („Weg von der Pauschale, hin zu Fallpauschalen bzw. orientiert an Patientenzahlen“) wünschenswert. Leistungen der Pflege können nur entsprechend dem bestehenden Tarifkatalog abgerechnet werden. Jene, die nicht abgerechnet werden können, würden früher oder später in Kombination mit dem Anwachsen der Patientenzahl ein Problem darstellen. Eine Honorierung der Zusatzleistungen wäre entweder pauschal oder über eine Honorierung auf Leistungsebene möglich. Wenn ein weiteres Wachsen des PHC MM gewünscht ist, dann müsse die Honorierung ins Gleichgewicht gebracht werden.

Ein Bonifikationsmodell mit bestimmten Zielen, etwa die Teilnahme eines gewissen Prozentsatzes an der Gesundenuntersuchung oder an speziellen Programmen wie z. B. für Diabetiker im Rahmen des DMP „Therapie Aktiv“, wäre aus Sicht der Gesellschafter/in sinnvoll. Der Mehraufwand für Personal oder Miete sollte in der Honorierung ebenfalls berücksichtigt werden.

### 4.3 Zielebene projektspezifische Schwerpunkte (PHC Medizin Mariahilf)

Zur Frage, **welche Änderungen sich im Vergleich zur zuvor bestehenden Gruppenpraxis ergaben**, lässt sich zusammenfassend Folgendes sagen: Durch das Wachsen der Praxis haben sich neue Anforderungen an die Organisation und v. a. an Kommunikationsprozesse ergeben. Durch das erweiterte Leistungsangebot können nach Angaben der Gesellschafter/in mehr Patientinnen/Patienten – bei zunehmender Versorgungsqualität – versorgt werden. Jedenfalls förderlich bei der Umwandlung in ein PHC war die Tatsache, dass die Gesellschafter/innen schon zuvor in Form einer Gruppenpraxis zusammengearbeitet haben.

Die einzelnen Evaluationsfragen zur Zielebene projektspezifische Schwerpunkte (PHC MM) werden im Folgenden beantwortet:

#### **18. Was waren die Gründe für die Umwandlung in ein PHC? Was erwies sich dabei als herausfordernd?**

Das Konzept der neuen Primärversorgung/PHC war für die Gesellschafter/in interessant. Der Zeitpunkt (Herausforderungen durch starkes Wachsen der Patientenzahlen) hat gut gepasst, da die Gesellschafter/innen im Jahr 2014 aufgrund des beschränkten Platzangebotes in der Gruppenpraxis vor der Entscheidung standen, entweder keine neuen Patientinnen und Patienten aufzunehmen oder große Investitionen in neue Räumlichkeiten zu tätigen, um den Anforderungen (Größe, Barrierefreiheit und Hygieneverordnung) zu entsprechen. Da es zur selben Zeit Beschlüsse der Bundesgesundheitskonferenz zur Neuorientierung der Primärversorgung gab und die Gruppenpraxis zu einer der größten Wiens zählte, ergab sich die Möglichkeit zur Gründung eines PHC.

Herausfordernd in diesem komplexen Prozess waren vor allem die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Ein Gründerservice seitens der Ärztekammer gibt es nur für Gruppenpraxen, nicht aber für die Gründung eines PHC. Ein verändertes Angebot der Ärztekammer, der WGKK oder der Gemeinde Wien, um die Umwandlung in ein PHC aktiv zu fördern (im Sinne eines Gründerservices), wäre aus Sicht der Gesellschafter/innen wünschenswert.

Neben den getätigten Investitionen in neue Räumlichkeiten, um den Anforderungen eines PHC zu entsprechen, besteht die Herausforderung vor allem in der Beschäftigung von ausreichend Personal, um eine Patientenversorgung in 50 Stunden Öffnungszeiten gewährleisten zu können.

Schwierig war der Anstieg der Patientenzahlen, der rascher erfolgte als die Anpassung der Ordinationsstruktur und -koordination. Die Anpassung der Organisationsstrukturen an die gestiegenen Patientenzahlen hat sich mittlerweile aber eingespielt.

Positiv im Prozess der Umwandlung war die gute Zusammenarbeit im Team und zwischen den Gesellschaftern/Gesellschafterinnen, d. h., die schon vorher bestehende Gruppenpraxis und die damit verbundenen Erfahrungen haben sich fördernd ausgewirkt.

### **19. Was hat sich im Vergleich zur zuvor bestehenden Gruppenpraxis geändert?**

Die Umwandlung von einer Gruppenpraxis in ein PHC führte zu Unterschieden/Veränderungen in Bezug auf Arbeitszeiten, Zusammenarbeit bzw. Arbeitsabläufe und Verantwortungen. Hinsichtlich der Arbeitszeiten sind trotz längerer Öffnungszeiten für die Mitarbeiter/innen die Arbeitsstunden und das Arbeitsende gleich geblieben, die Arbeitszeiten haben sich nur verlagert. Zu den Arbeitsabläufen gaben einige Mitarbeiter/innen an, dass sich die Kommunikation aufgrund des größeren Teams veränderte, die Informationsweitergabe jedoch durch Teamsitzungen im kleinen Rahmen gut funktioniere. Außerdem sind Rückfragen bei KollegInnen bzw. Vorgesetzten jederzeit möglich.

Das erweiterte Leistungsangebot (Psychotherapie, Sozialarbeit und Pflege) führt aus Sicht der Gesellschafter/in dazu, dass potenziell mehr Patientinnen und Patienten versorgt werden können, da es mehr Angebote gibt als in anderen allgemeinmedizinischen Praxen. Definitiv nehme aus Sicht der Gesellschafter/in auch die Versorgungsqualität zu. Durch das Angebot im PHC MM wird den Patientinnen und Patienten der Zugang zu den oben genannten Leistungen vereinfacht. Besonders im Fall der Psychotherapie, wo Kassenplätze rar sind und eine herkömmliche Therapie für viele nicht leistbar wäre, finden Kriseninterventionen und Weitervermittlungen an Therapieplätze statt. Die Nachfrage ist so groß, dass ein/e Psychotherapeut/in für vierzig Wochenstunden angestellt werden könnte. Allerdings muss die Zusammenarbeit zwischen den Ärztinnen und Ärzten und speziellem Fachpersonal erst erprobt werden, da Erfahrungen in diesem Bereich noch fehlen.

Der Anteil an Privat- bzw. KassenpatientInnen hat sich durch die Umstellung nicht verändert. Das PHC betreut nach Angaben der Gesellschafter/in hauptsächlich KassenpatientInnen. „Nicht-Kassenleistungen“ wie die Ausstellung von Bestätigungen wie Pflegefreistellungen oder das Verabreichen von Impfungen werden angeboten, aber nicht zusätzlich verrechnet. Nur wenn der Arbeitsumfang größer wird (z. B. für Patientenverfügungen), werden Honorare eingehoben.

Verbesserungspotenzial wird generell bei der schwierigen Suche nach neuen Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner gesehen. Die Mehrheit der Allgemeinmediziner sind Frauen. Es sollte über eine Möglichkeit eines Angestelltenverhältnisses von Ärzten/Ärztinnen nachgedacht werden, um den künftigen Bedarf an Allgemeinmedizinern/-medizinerinnen zu sichern. Wer zu welchen Zeiten im PHC ordiniert, sollte geringeren Einschränkungen unterliegen.

### **Wirtschaftlichkeit der Einrichtung**

Trotz der langen Öffnungszeiten ergeben sich aus Sicht der Gesellschafter/in aufgrund der Honorierungsbedingungen bei Betrachtung des ärztlichen Einkommens keine finanziellen Vorteile gegenüber Praxen, die nur eingeschränkte Öffnungszeiten haben.

Allerdings ist der Unternehmenswert des PHC MM höher als jener einer Gruppenpraxis, was bei Änderung der Gesellschafterstruktur des PHC einen Zusatzanreiz bietet. Ein großer Unterschied der finanziellen Rahmenbedingungen zu einer Gruppenpraxis wird nicht gesehen, da die Vertragsbedingungen weitgehend gleich sind.

## 5 Zusammenfassung/Empfehlungen

### **Zusammenfassende Beantwortung der Grundfrage:**

#### **Führt das Angebot der jeweiligen PHC-Zentren zu einer Verbesserung der Primärversorgung für die Patientinnen und Patienten in Bezug auf Service und Qualität?**

Die hohe Zufriedenheit der PatientInnen und die starke Inanspruchnahme der Leistungen des PHC zeigen deutlich, dass eine Verbesserung in Bezug auf das Service gegeben ist. Darüber hinaus verzeichnen PHC-Stamm-patienten/-patientinnen (im Vergleich zur Kontrollgruppe) eine deutlich höhere Anzahl an Kontakten mit der Primärversorgung.

### **Diskussionspunkte allfällige Verbesserungspotenziale**

Die Besonderheiten des neuen Primärversorgungsmodells nach PHC könnten klarer herausgearbeitet werden und an die PatientInnen und die Kollegenschaft kommuniziert werden. Auch die Information über die spezifischen Leistungen des PHC MM (wie pflegerische Leistungen, psychotherapeutische Beratung, Ernährungsberatung) sowie externe Kooperationen wäre optimierbar. Im Kontext des neuen Leistungsspektrums sollten die Rollen und Funktionen der Gesundheitsberufe (z. B. Leistungen der Pflege) neu geklärt werden. Die Leistungsabgeltung sollte auch verstärkt eine anreizorientierte Honorierungskomponente beinhalten.

Eine Stärkung des Medikamentenmanagements könnte die Reduktion von Polypharmazie und Einsatz von PIM optimieren.

Um interessierte KollegInnen zur Gründung einer Primärversorgungseinrichtung zu ermutigen, könnten spezifische Begleitmaßnahmen gesetzt werden.

## 6 Literatur

BMG (2014): "Das Team rund um den Hausarzt". Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Friedrich, Klaus; Kvas, Andreas; Kvas, Gregor; Spath-Dreyer, Ines; Spitzbart, Stefan; Stürzenbecher, Stephanie; Brunner, Gerald; Huber, Alexandra; Lichtenecker, Nadine; Ferlitsch, Monika; Waldmann, Elisabeth; Dokladanska, Angelika; Majcher, Barbara; Salinger, Daniela (2016): Vor-  
sorgeuntersuchung NEU. Hg. v. Institut für Gesundheitssförderung und Prävention GmbH, Graz

Fröschl, Barbara; Antony, Katja; Merchant, Almas (2016 unveröffentlicht): Detailkonzept zur Evaluation des Projektes PHC Primärversorgungszentrum in Wien. Hg. v. Gesundheit Österreich GmbH

HVB (2016): Monitoring Primärversorgung. Methodenentwicklung für eine Umsetzung in Österreich. Hg. v. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien

Med Uni Graz; IAMEV; HVB (2015): Primary Health Care (PHC): Erstellung eines Master-Evaluationskatalogs für österreichische PHC-Einrichtungen. Hg. v. Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

N.N. (2015): Eckpunkte, gemeinsame Grundsätze und Indikatoren für die Evaluation von neuen Primärversorgungsstrukturen (PVS)