

Evaluation des Projekts PHC – Primärversorgungszentrum Medizin Mariahilf

Zweiter Zwischenbericht

Im Auftrag der Wiener Landeszielsteuerungskommission

Evaluation des Projekts PHC – Primärversorgungszentrum Medizin Mariahilf

Zweiter Zwischenbericht

Autorinnen:

Katja Antony
Sarah Ivansits
Barbara Fröschl

Unter Mitarbeit von:

Martin Zuba

Projektassistenz:

Romana Landauer

Wien, im Juli 2018

Im Auftrag der Wiener Landeszielsteuerungskommission

Zitiervorschlag:

Antony, Katja; Ivansits, Sarah, Fröschl, Barbara (2018): Evaluation des Projekts PHC – Primärversorgungszentrum Medizin Mariahilf. Zweiter Zwischenbericht zum Arbeitsfortschritt. Gesundheit Österreich, Wien

ZI. P1/3/4786

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

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

Abstract

Auch im zweiten Evaluationsjahr scheint eine Verbesserung in Bezug auf das Service durch das PHC MM gegeben zu sein. Hinweise darauf liefert die weiterhin starke Inanspruchnahme der Leistungen des PHC, was sich in der durchschnittlich höheren Anzahl der Kontakte mit PHC-Stammpatienten/-patientinnen (im Vergleich zur Kontrollgruppe), aber auch in der Inanspruchnahme des zusätzlichen Leistungsangebotes und der erweiterten Öffnungszeiten niederschlägt.

Bezüglich der Qualität der Leistungen zeigen sich hinsichtlich der Strukturqualität (z. B. erweitertes Leistungsangebot, Ausstattung) – soweit beurteilbar – Vorteile, hinsichtlich der Prozess- und Ergebnisqualität ist die Beurteilung auf Grundlage der verfügbaren Daten schwieriger (v. a. aufgrund fehlender Diagnosedaten).

Im Juni 2014 beschloss die Bundes-Zielsteuerungskommission ein Konzept zum Ausbau der hausärztlichen Versorgung mit dem Ziel, eine integrative, qualitätsgesicherte und wohnortnahe Betreuung für die Wohnbevölkerung sicherzustellen, die Patientenströme zum Best Point of Service (BPoS) zu steuern und spezifischere Versorgungsebenen zu entlasten. Die beiden in Wien pilotierten Primärversorgungsprojekte setzen auf dem Konzept des Bundes auf. Vor diesem Hintergrund beauftragte die Wiener Landeszielsteuerungskommission die Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (GÖ FP) mit der Evaluation der Piloteinrichtungen. Vorliegender Zwischenbericht fasst die Ergebnisse des zweiten Evaluierungsjahres (Q3/2016–Q2/2017) des seit 2015 in Betrieb befindlichen Primärversorgungszentrums Medizin Mariahilf (PHC MM) zusammen.

Methodik

Im Rahmen der formativen Evaluierung wird der Frage nachgegangen, ob dieses Angebot zu einer Verbesserung der Primärversorgung in Bezug auf Service und Qualität führt und ob es zu Änderungen im Vergleich zum ersten Evaluierungsjahr (Q3/2015–Q2/2016) gekommen ist. Diese Meta-Fragestellung wird für die Zielebenen Patienten/Patientinnen, Anbieter, Mitarbeiter/innen und Systemsteuerung präzisiert und mittels 17 Evaluationsfragen und über 70 Indikatoren beantwortet.

Die Evaluationsfragen werden an Hand von quantitativen und qualitativen Daten aus primären und sekundären Datenquellen nach einem „mixed methods“-Ansatz beantwortet. Primäre Daten liefern die Patientenbefragung sowie Interviews mit allen Gesellschaftern/Gesellschafterinnen und Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen des PHC MM. Sekundäre Daten werden aus der vom PHC MM geführten Dokumentation sowie aus pseudonymisierten Versorgungsdaten (z. B. Sozialversicherungsdaten) gewonnen. Um allfällige Unterschiede zur medizinischen Versorgung in allgemeinmedizinischen Praxen abzubilden, werden ausgewählte Routinedaten der Wiener Gebietskrankenkasse sowie die Krankenhaus-Ambulanzdaten für Patientinnen/Patienten des PHC MM analysiert und einer Vergleichsgruppe von anderen allgemeinmedizinischen Ordinationen im 6. und 7. Wiener Gemeindebezirk gegenübergestellt. Im Gegensatz zum ersten und dritten wurde im zweiten Evaluierungsjahr auf eine Erhebung der primären Daten verzichtet. Limitierend ist, dass nur Daten der Wiener

Gebietskrankenkasse (und damit nur eine Teilmenge der behandelten Personen) betrachtet wurden und dass keine Diagnosedaten der Versicherten im niedergelassenen Bereich vorliegen.

Ergebnisse nach Zielebenen

Patientenebene: Auch im zweiten Evaluationsjahr scheint das PHC MM für Patientinnen und Patienten attraktiv zu sein, die Leistungen allgemein sowie das zusätzliche Leistungsangebot werden gut angenommen. Die Datenanalyse zeigt eine häufigere Inanspruchnahme der Primärversorgung (Allgemeinmedizin), gleichzeitig zeigt sich weiterhin eine signifikant geringere Inanspruchnahme von fachärztlichen Leistungen (ohne Röntgen, Labor, physikalische Medizin und Ambulatorien) bei Stammpatientinnen/-patienten des PHC als in der Vergleichsgruppe. Hinsichtlich der Versorgungsqualität können aufgrund der Datenlage auch im zweiten Evaluationsjahr nur eingeschränkt Aussagen getroffen werden: Die Inanspruchnahme des DMP „Therapie Aktiv“ ist im PHC MM relativ höher als in der Vergleichsgruppe. Trotz einer gestiegenen Anzahl durchgeführter Vorsorgeuntersuchungen und der Einführung eines Reminder-Systems blieb die Rate von Vorsorgeuntersuchungen bei Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM deutlich niedriger. Einige Indikatoren zum Medikamentenmanagement zeigen im zweiten Evaluationsjahr Veränderungen: der Anteil an Patienten mit Polypharmazie ist höher, der Generika-Anteil im PHC MM unterscheidet sich signifikant von der Vergleichsgruppe, ebenso die Antibiotikaverordnungen; zuverlässige Aussagen zu den Ursachen hierfür sind aufgrund der fehlenden Daten zur Klientenmorbidity nicht möglich.

Anbieter- und Mitarbeiterenebene: Hinsichtlich der Arbeitsrahmenbedingungen ergaben sich, soweit aus der PHC Information und Dokumentation ersichtlich, keine wesentlichen Änderungen gegenüber dem ersten Evaluationsjahr; indem sowohl Gesellschafter/in als auch Mitarbeiter/innen mit den Arbeitsrahmenbedingungen im PHC MM – sowohl in Bezug auf Arbeitszeiten als auch Arbeitsabläufe (Kooperation und Kommunikation) – zufrieden waren. Aktuelle Aussagen zur Arbeitszufriedenheit sind erst wieder im dritten Evaluationsjahr möglich. Im Versorgungskonzept ist die flexible Arbeitszeitgestaltung zur Umsetzung verschiedener Lebenskonzepte explizit festgehalten.

Systemsteuerungsebene: Die Datenauswertungen der Versicherten der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) zeigen Hinweise auf eine Stärkung der Primärversorgung, die jedoch mit Vorsicht zu interpretieren sind. So zeigt sich eine höhere Inanspruchnahme der allgemeinmedizinischen Versorgung bei gleichzeitig geringerer Inanspruchnahme der fachärztlichen Versorgung (ohne Röntgen, Labor, physikalische Medizin und Ambulatorien). Die Anzahl der Facharztkontakte (inkl. Röntgen Labor, exkl. Zahnmedizin) unterscheidet sich jedoch nicht signifikant zwischen PHC MM und der Vergleichsgruppe. PHC-MM-Stammpatientinnen/-patienten weisen geringe Kontakthäufigkeit in allgemeinen Notfallambulanzen sowie Kindernotfallambulanzen auf. Bezüglich der Patientinnen/Patienten ohne Facharztkontakt und Ambulanzbesuch und bezüglich der Anzahl der stationären Aufenthalte insgesamt bestehen jedoch keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Empfehlungen

Weiterhin wurden Verbesserungspotenziale in Bezug auf die Information über das Versorgungsmodell PHC allgemein und über das erweiterte Leistungsangebot im Speziellen geortet. Im Bereich des Medikamentenmanagements wird angeregt, dass das Team des PHC MM die aktuellen Daten (Polypharmazie, Antibiotikaverordnungen, Generika-Anteil) kritisch hinsichtlich möglicher Ursachen reflektiert, da aufgrund fehlender Daten zur Morbidität der Patientinnen/Patienten keine Schlüsse möglich sind.

Inhalt

Abstract	III
Tabellen	VIII
Abkürzungen.....	X
1 Einleitung	1
2 Forschungsfragen	3
3 Überblick über die angewandten Methoden	8
4 Evaluierungsergebnisse PHC Medizin Mariahilf	10
4.1 Zielebene Patientinnen und Patienten	10
4.1.1 Patientenstruktur	10
4.1.2 Zugänglichkeit	12
4.1.3 Leistungsangebot.....	18
4.1.4 Verbesserung der Patientenkoordination	21
4.2 Zielebene Anbieter/innen (Organisationsform/Berufsgruppen).....	22
4.2.1 Versorgung chronisch kranker, multimorbider und geriatrischer Patientinnen und Patienten	22
4.2.2 Gesundheitsförderung und Früherkennung.....	24
4.2.3 Kontinuität und Kooperation	26
4.2.4 Medikamentenmanagement	28
4.2.5 Orientierung für Patientinnen und Patienten	36
4.2.6 Attraktivierung der Arbeit.....	36
4.2.7 Zusammenarbeit	37
4.2.8 Arbeitsrahmenbedingungen	38
4.2.9 PHC als Ausbildungsstelle	39
4.3 Zielebene Systemsteuerung.....	40
4.3.1 Versorgung auf der richtigen Versorgungsstufe	40
4.3.2 Stärkung der Allgemeinmedizin.....	46
4.3.3 Qualitätssicherung	47
4.3.4 Honorierungsmodelle.....	48
5 Beantwortung der Evaluationsfragen	49
5.1 Zielebene Patientinnen und Patienten	49
5.2 Zielebene Anbieter/innen (Organisationsform/Berufsgruppen).....	53
5.3 Zielebene Systemsteuerung.....	59
6 Zusammenfassung/Empfehlungen	63
7 Literatur	72
8 Anhang	73
8.1 Datenanalysen	73
8.2 Befragung von Patientinnen/Patienten – <i>entfällt</i>	80
8.3 Interviews mit Gesellschaftern / Gesellschafterin – <i>entfällt</i>	80
8.4 Interviews mit Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern – <i>entfällt</i>	80

Tabellen

Tabelle 2.1:	Zielebene Patientinnen und Patienten: Ziele, Evaluationsfragen und Indikatoren....	4
Tabelle 2.2:	Zielebene Anbieter/innen (Organisationsform und Berufsgruppen): Ziele, Evaluationsfragen und Indikatoren	5
Tabelle 2.3:	Zielebene Systemsteuerung: Ziele, Evaluationsfragen und Indikatoren.....	7
Tabelle 4.1:	Indikator 1 – Soziodemographische Daten der Stammpatientinnen/–patienten ...	11
Tabelle 4.2:	Indikator 2 – Anzahl der Patientinnen und Patienten sowie Art der Kontakte im PHC MM.....	12
Tabelle 4.3:	Indikator 5 – Hausbesuche je 100 Stammpatienten/–patientinnen.....	14
Tabelle 4.4:	Inanspruchnahme der Pflegeleistungen	19
Tabelle 4.5:	Inanspruchnahme Ernährungsberatung, Diabetes „Therapie Aktiv“ und psychotherapeutische Beratung.....	19
Tabelle 4.6:	Indikator 22 – Disease–Management–Programme im Vergleich PHC MM / alle allgemeinmedizinischen Praxen	23
Tabelle 4.7:	Indikator 24 – Anteil Stammpatientinnen/–patienten mit Vorsorgeuntersuchung im Betrachtungszeitraum	24
Tabelle 4.8:	Indikator 28 – Anzahl konsultierter allgemeinmedizinischer Ordinationen	26
Tabelle 4.9:	Indikator 33 – Polypharmazie.....	29
Tabelle 4.10:	Indikator 34 – Von allen Vertragspartnern verschriebene Präparate, gesamt und nach Altersgruppen	30
Tabelle 4.11:	Indikator 34 – Von der Stammordination verschriebene Präparate, gesamt und nach Altersgruppen	30
Tabelle 4.12:	Indikator 35 – Anteil Generika am generikafähigen Markt	31
Tabelle 4.13:	Indikator 36 – Patientinnen/Patienten mit Antibiotikaverordnung durch alle Vertragspartner	32
Tabelle 4.14:	Indikator 36 – Patientinnen/Patienten mit Antibiotikaverordnung durch die Stammordination	33
Tabelle 4.15:	Indikator 37 – Von der Stammordination verordnete Antidepressiva.....	34
Tabelle 4.16:	Indikator 38 – Verordnungen von tri–/tetrazyklischen Antidepressiva für Patientinnen/Patienten ≥ 65 Jahre durch die Stammordination	35
Tabelle 4.17:	Indikator 58 – Anteil Stammpatientinnen und –patienten.....	41
Tabelle 4.18:	Indikator 59 – Kontakte mit Allgemeinmedizinern/Allgemeinmedizinerinnen.....	41
Tabelle 4.19:	Indikator 60 – Kontakte mit Fachärztinnen/–ärzten	43

Tabelle 4.20: Indikator 61 – Ambulanzkontakte pro 100 Stammpatientinnen/–patienten im Betrachtungszeitraum	45
Tabelle 4.21: Indikator 62 – Stationäre Aufenthalte pro 100 Stammpatientinnen/–patienten im Betrachtungszeitraum	46
Tabelle 8.1: Berücksichtigung der bundesweiten Indikatoren	81

Abbildungen

Abbildung 6.1: Arztkontakte in Evaluationsjahr 1 (Q3/2015–Q2/2016) und 2 (Q3/2016– Q2/2017)	68
Abbildung 6.2: Anzahl Ambulanzbesuche und Krankenhausaufenthalte in Evaluationsjahr 1 (Q3/2015–Q2/2016) und 2 (Q3/2016–Q2/2017)	69
Abbildung 8.1: Bildung der Vergleichsgruppe – Gegenüberstellung ursprünglicher und gematchter Datensatz	76
Abbildung 8.2: Indikator 22 – Disease Management Programme: Anteil Stammpatientinnen/– patienten mit „Therapie Aktiv“ an DM–2–Patientinnen/Patienten, in PHC MM und Vergleichsgruppe	78
Abbildung 8.3: Indikator 24 – Vorsorgeuntersuchung: Anteil Stammpatientinnen/–patienten mit Vorsorgeuntersuchung im Betrachtungszeitraum, in PHC MM und Vergleichsgruppe	79
Abbildung 8.4: Indikator 33 – Anteil Stammpatientinnen/–patienten mit Polypharmazie (in Prozent), in PHC MM und Vergleichsgruppe	80

Abkürzungen

BPoS	Best Point of Service
DFP	Diplom-Fortbildungsprogramm 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
KAV	Wiener Krankenanstalten-Verbund
OTC-Arzneimittel	Over-the-counter-Arzneimittel
Pat.	Patientinnen und Patienten
PHC	Primary Health Care Center (Synonym: Primärversorgungszentrum)
PHC MM	Primärversorgungszentrum Medizin Mariahilf
PIM	Potenziell inadäquate Medikation
Q	Quartal
SMZ	Sozialmedizinisches Zentrum
VU	Vorsorgeuntersuchung
WGF	Wiener Gesundheitsfonds
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse

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 wurde im September 2017 eröffnet.

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

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

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

Vor diesem Hintergrund beauftragte die Wiener Landeszielsteuerungskommission 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 Ziele 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 den Standort *PHC Mariahilf* wird jährlich ein Zwischenbericht gelegt: Die Ergebnisse des ersten Evaluationsjahrs wurden im Frühjahr 2017 umfassend dargestellt. Mit Zustimmung und Mitwirkung der Gesellschafter/in wie auch der Systempartner wurden Leistungs-, Abrechnungs- und Administrationsdaten aus der Dokumentation zusammengeführt. Gemeinsam mit den Ergebnissen der Befragungen der Patientinnen und Patienten, der Mitarbeiter/innen sowie der Gesellschafter/in waren Aussagen zu Versorgungswirksamkeit und Qualität wie auch Erkenntnisse zu Patientenströmen möglich (vgl. Fröschl/Antony 2017; Fröschl et al. 2017 unveröffentlicht). Der vorliegende Bericht für das zweite Evaluationsjahr nimmt nur eine Teilbetrachtung vor; Leistungs-, Abrechnungs- und Administrationsdaten aus der Dokumentation werden entsprechend der im Detailkonzept dargelegten Struktur (vgl. Fröschl et al. (2016 unveröffentlicht) sowie Tabelle 2.1, Tabelle 2.2 und Tabelle 2.3) zusammengeführt. Für das dritte Evaluationsjahr ist wieder eine Berücksichtigung aller Datenquellen sowie der Ergebnisse aus den Befragungen der Patientinnen und Patienten bzw. Mitarbeiter/innen- und Gesellschafter/innen vorgesehen.

In Kapitel 2 sind die Forschungsfragen und die Evaluationsfragen sowie die zugehörigen Indikatoren dargestellt. Kapitel 3 gibt einen Überblick über die angewandten Methoden. Im Detail wird das methodische Vorgehen zusammen mit den Datenauswertungen im Anhang 8 dargestellt. Die Evaluierungsergebnisse (Indikatoren) werden in Kapitel 4 beschrieben, in Kapitel 5 werden die Evaluationsfragen beantwortet und in Kapitel 6 werden anhand der Zielsetzungen Empfehlungen für die Patientenebene, die PHC-Personal-Ebene, die Systemsteuerungsebene sowie zur Grundfrage – soweit aufgrund der im zweiten Evaluierungsjahr begrenzt verfügbaren Informationen möglich – abgeleitet.

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:

Patientenebene

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

Anbieter- und Mitarbeiterenebene

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? (Anbiiterebene: Organisation und Berufsgruppen)**

Systemebene

3. **Wird die Primärversorgungsebene gestärkt? Werden Patientinnen und Patienten zum *Best Point of Service* gesteuert bzw. die Sekundärversorgungsebene entlastet?**

Im ersten Evaluierungsjahr wurde zusätzlich eine Frage mit spezifischem Bezug zum PHC Mariahilf (Änderungen im Vergleich zur zuvor bestehenden Gruppenpraxis) gestellt, diese ist für vorliegenden Bericht nicht relevant.

In den folgenden Tabellen sind die operationalisierten Fragestellungen dargestellt, unterteilt nach den verschiedenen Zielebenen für die Evaluation, und die für ihre Beantwortung betrachteten Indikatoren.

In vorliegendem Zwischenbericht (zweites Evaluationsjahr) werden nur Indikatoren, die aus der Datenanalyse mit der Vergleichsgruppe oder aus der Auswertung von Daten der PHC-Information und -Dokumentation stammen, betrachtet.

Tabelle 2.1:

Zielebene Patientinnen und Patienten: Ziele, Evaluationsfragen und Indikatoren

Ziel	Evaluationsfragen	Datenquelle/Indikatoren
Patientenstruktur	Wie setzt sich die Patientenstruktur des PHC zusammen? Wie verändert sich die Patientenstruktur über die Zeit? Wie stellt sich die Patientenstruktur des PHC im Vergleich zur Patientenstruktur anderer allgemeinmedizinischer Praxen dar?	1: Patientenstruktur
Zugänglichkeit	Wie wird die Zugänglichkeit für Patientinnen und Patienten gewährleistet? Sind die Patientinnen und Patienten mit der Zugänglichkeit zufrieden? Hat sich die Zugänglichkeit aus Patientensicht im Vergleich zur allgemeinmedizinischen Regelversorgung verbessert?	1: Kontakte (Patientinnen/Patienten, Fälle, Frequenzen) 4: Inanspruchnahme an Tagesrandzeiten 1: Hausbesuche (nach Alter der Patientinnen/Patienten) 4: Wöchentliche Mindestöffnungszeiten 4: Wartezeiten in der Ordination 4: Personelle Besetzung 4: Terminmanagement 4: Erreichbarkeit außerhalb der Öffnungszeiten 4: Barrierefreiheit <i>Im zweiten Evaluationsjahr nicht betrachtet:</i> 2: Patientenzufriedenheit bezüglich der Möglichkeit der Inanspruchnahme an Tagesrandzeiten 2: Zufriedenheit mit Wartezeiten in der Ordination 2: Zufriedenheit mit den Wartezeiten auf Termine für das zusätzliche Leistungsangebot 2: Terminkoordination mit externen Anbietern/Anbieterinnen 2: Zufriedenheit mit Behandlungsprozess und mit Terminmanagement (PHC und externe Anbieter/Anbieterinnen)
Leistungsangebot	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 und Patientinnen attraktiver?	4: Inanspruchnahme des erweiterten Leistungsangebots 4: Erweiterung des Leistungsangebotes im Vergleich zur Allgemeinmedizin <i>Im zweiten Evaluationsjahr nicht betrachtet:</i> 2: Patientenzufriedenheit (gesamt) 2: Patientenzufriedenheit betreffend das Leistungsangebot psychotherapeutische Beratung, Beratung durch eine Sozialarbeiterin, pflegerische Angebote 3: Einschätzung der Mitarbeiter/innen und Gesellschafter/innen betreffend das zusätzliche Leistungsangebot und allfällige Verbesserungspotenziale 2: Patientenzufriedenheit in Bezug auf Kontinuität der Versorgung vs. wechselnde Ansprechpartner/innen
Verbesserung der Patienten- koordination	Kommt es durch das neue Angebot zur Optimierung von Patientenströmen?	1: Kontakte mit Allgemeinmediziner/-medizinerinnen 1: Kontakte mit Fachärztinnen/Fachärzten 1: Ambulanzkontakte

1 = Datenanalysen mit Vergleichsgruppe

2 = Patientenbefragungen

3 = Interviews mit Gesellschaftern/Gesellschafterin und Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen

4 = Auswertung von Daten aus der PHC-Information und -Dokumentation

Darstellung: GÖ FP

Tabelle 2.2:

Zielebene Anbieter/innen (Organisationsform und Berufsgruppen): Ziele, Evaluationsfragen und Indikatoren

Ziel	Evaluationsfragen	Datenquelle/Indikatoren
Versorgung chronisch kranker sowie multi-morbider und geriatrischer Patientinnen und Patienten	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, multi-morbider und geriatrischer Patientinnen/Patienten?	1: Patientenstamm 1: Krankenhausaufenthalte der Patientinnen und Patienten 1: Disease-Management-Programme (DMP) 4: (Tertiär)präventive Maßnahmen im PHC
Gesundheitsförderung und Früherkennung	Werden im PHC selbst gesundheitsfördernde Maßnahmen umgesetzt? Werden externe Gesundheitsförderungsmaßnahmen im PHC durchgeführt? In welchem Maße werden die Gesundheitsförderungsangebote und Früherkennungsmaßnahmen in Anspruch genommen?	1: Anteil der Vorsorgeuntersuchungen 4: Weiterbildung des Personals in Gesundheitsförderung und Prävention 4: Gesundheitsförderungsangebote in PHC 4: Erinnerungssysteme <i>Im zweiten Evaluationsjahr nicht betrachtet:</i> 3: Weiterbildung des Personals in Gesundheitsförderung und Prävention
Kontinuität und Kooperation	In welchem Maße konnten Kooperationsnetzwerke aufgebaut werden? Mit welchen Gesundheitsdienst-Anbietern/-Anbieterinnen und anderen Versorgungsstrukturen wurden Kooperationen hergestellt? Durch welche Maßnahmen wird Behandlungskontinuität gewährleistet?	1: Anzahl konsultierter allgemeinmedizinischer Praxen 4: Kooperationen/Vernetzung mit anderen Leistungsanbietern 4: Informationstransfer zum stationären Bereich 4: Elektronische Dokumentation innerhalb des PHC <i>Im zweiten Evaluationsjahr nicht betrachtet:</i> 3: Aufbau von externen Kooperationen/Vernetzungen
Medikamentenmanagement	Welche Maßnahmen werden im Bereich Medikamentenmanagement ergriffen? Wird die Verbesserung der Qualität von Medikamentenverordnungen für ältere Menschen berücksichtigt?	1: Polypharmazie 1: Verschriebene Präparate nach Altersgruppen 1: Anteil Generika am generikafähigen Bereich 1: Verordnete Antibiotika 1: Verordnete Antidepressiva 1: Verordnungen von tri-/tetrazyklischen Antidepressiva für Patientinnen und Patienten ≥ 65 Jahre 4: Österreichische PIM-Liste
Orientierung für Patientinnen und Patienten	Womit/wodurch werden die Patientinnen und Patienten über die Leistungen anderer Gesundheitsdiensteanbieter/innen informiert? In welchem Maße fühlen sich die Patientinnen und Patienten informiert und orientiert bezüglich ihrer Behandlung und deren Planung?	4: Information über Leistungen der Versorgungsstruktur und krankheitsspezifische Themen (Informationen aus PHC-Information und Dokumentation) <i>Im zweiten Evaluationsjahr nicht betrachtet:</i> 2: Informationsgespräche 2: Informationsmaterialien liegen auf bzw. werden ausgeteilt, Plakate 2: Information über Leistungen der Versorgungsstruktur und krankheitsspezifische Themen (Informationen aus der Patientenbefragung)

Ziel	Evaluationsfragen	Datenquelle/Indikatoren
Attraktivierung der Arbeit	In welchem Maße konnten die Arbeitsbedingungen der Allgemeinmediziner/innen verbessert werden? Wie konnten die Arbeitsbedingungen des PHC-Personals verbessert werden? Wodurch zeichnen sich die Verbesserungen aus? Gibt es in diesen Bereichen Verbesserungspotenziale?	<i>Im zweiten Evaluationsjahr nicht betrachtet:</i> 3: Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit des Personals, Verbesserungspotenziale 3: Charakteristika (Alter, Lebenssituation, Geschlecht) der Mitarbeiter/innen
Zusammenarbeit	Mit welchen Maßnahmen wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit des Personals unterstützt und gefördert? Inwieweit ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit umsetzbar?	4: Zeit für Vernetzung 4: Teamsitzungen 4: Fallbesprechungen <i>Im zweiten Evaluationsjahr nicht betrachtet:</i> 3: Einschätzung der interdisziplinären Zusammenarbeit durch die Gesellschafter/in 3: Einschätzung der interdisziplinären Zusammenarbeit durch die Mitarbeiter/innen
Arbeitsrahmenbedingungen	Inwieweit konnten die Arbeitsrahmenbedingungen verbessert werden? Wodurch zeichnen sich die Verbesserungen aus?	4: Flexibilität der Arbeitszeiten (Strukturen/Modelle) <i>Im zweiten Evaluationsjahr nicht betrachtet:</i> 3: Einschätzung des Problemfelds „Übergaben“ zwischen den verschiedenen Ärztinnen und Ärzten des Primärversorgungszentrums 3: Einschätzung des Problemfelds „Übergaben in der interdisziplinären Zusammenarbeit“ durch die Gesellschafter/in 3: Einschätzung des Problemfelds „Übergaben in der interdisziplinären Zusammenarbeit“ durch die Gesundheits- und Sozialberufe
PHC als Ausbildungsstelle	In welchem Maße wird das PHC als Ausbildungsstätte genutzt? Welche Berufsgruppen werden im PHC ausgebildet? Wie schätzen die Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten die Attraktivität der Arbeitsbedingungen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit ein?	4: Anzahl und Berufe der ausgebildeten Personen <i>Im zweiten Evaluationsjahr nicht betrachtet:</i> 3: Einschätzung der Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten

1 = Datenanalysen mit Vergleichsgruppe

2 = Patientenbefragungen

3 = Interviews mit Gesellschaftern/Gesellschafterin und Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen

4 = Auswertung von Daten aus der PHC-Information und -Dokumentation

Darstellung: GÖ FP

Tabelle 2.3:

Zielebene Systemsteuerung: Ziele, Evaluationsfragen und Indikatoren

Ziel	Evaluationsfragen	Datenquelle/Indikatoren
Versorgung auf der <i>richtigen Versorgungsstufe</i>	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?	1: Patientenstruktur 4: Anteil versorgter Patientinnen und Patienten 1: Anteil Stammpatientinnen und -patienten 1: Kontakte mit Allgemeinmediziner/-medizinerinnen 1: Facharztkontakte 1: Ambulanzkontakte 1: Stationäre Aufenthalte
Stärkung der Allgemeinmedizin	Wodurch wird die Allgemeinmedizin gestärkt? Gibt es hierzu spezifische Maßnahmen?	<i>Im zweiten Evaluationsjahr nicht betrachtet:</i> 3: Öffentlichkeitsarbeit, z. B. Vorträge oder Publikationen 3: Weiterbildung
Qualitätssicherung	Werden standardisierte Dokumentationssysteme eingesetzt? Wenn ja, welche? Welche weiteren Maßnahmen der Qualitätssicherung werden ergriffen?	4: Einsatz des ICPC-2 4: Qualitätsmanagementsysteme 4: Reflexionsmöglichkeiten für das Personal (supervisorische Ebene) 4: Teilnahme an Qualitätszirkeln 4: Qualifizierung durch DMP-Schulung 4: DFP-Diplom
Honorierungsmodelle	Welche Honorierungsmodelle kommen zum Tragen? Wo werden Schwächen bezüglich Honorierung festgestellt? Braucht es neue Regelungen, um die Honorierungsabwicklung zu erleichtern?	<i>Im zweiten Evaluationsjahr nicht betrachtet:</i> 3: Honorierungsmodelle bezüglich Leistungen

1 = Datenanalysen mit Vergleichsgruppe

2 = Patientenbefragungen

3 = Interviews mit Gesellschaftern/Gesellschafterin und Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen

4 = Auswertung von Daten aus der PHC-Information und -Dokumentation

Darstellung: GÖ FP

3 Überblick über die angewandten Methoden

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 Richtung höhere Produktivität 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 werden sowohl primäre als auch sekundäre Daten verwendet. Primäre Daten stammen aus Patientenbefragungen sowie Interviews mit Gesellschaftern/Gesellschafterin 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 Indikatoren zur Beantwortung der Evaluationsfragen finden sich im Detailkonzept, die Leitfäden für Interviews mit Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und Gesellschafterin/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 (bundesweite Indikatoren, Monitoring HVB; Indikatoren des Instituts für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung im Auftrag des HVB) und internationaler Referenzen erstellt; diese sind zu jedem Indikator in der Zeile *Referenz* angeführt. In Tabelle 8.1 im Anhang des vorliegenden Dokuments stellt dar, inwiefern die bundesweiten Indikatoren berücksichtigt sind.

Im Rahmen der dreijährigen Evaluation können kleinere Anpassungen in den unterschiedlichen Erhebungsmethoden und Indikatoren (z. B. Berücksichtigung verfügbarer Daten durch den Einsatz von ICPC-2) sinnvoll sein, z. B. wenn das zusätzliche Leistungsangebot der Primärversorgungszentren erweitert/verändert wird.

Folgende Methoden der Datenerhebung und –auswertung kamen im zweiten Evaluierungsjahr zum Einsatz:

- » Datenanalysen mit und ohne Vergleichsgruppe¹ (zu Ergebnissen und Auswertungsmethodik siehe Punkt 8.1 im Anhang)
- » Daten aus der PHC–Information und –Dokumentation (mit den entsprechenden Indikatoren in Kapitel 4 dargestellt); hierzu wurden neben direkten Auskünften des PHC Mariahilf die Angaben aus dem Versorgungskonzept (Stand November 2017) berücksichtigt.

1

Da Patientinnen und Patienten (Pat.) über den Betrachtungszeitraum Kontakte mit mehreren Allgemeinmediziner/-medizinerinnen haben können, gleichzeitig die verfügbaren Routedaten 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 Konsultationsfälle 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.

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 1 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 < 1). Die Anzahl der Personen in der Kontrollgruppe ist also größer als die der Interventionsgruppe (PHC MM).

4 Evaluierungsergebnisse PHC Medizin Mariahilf

4.1 Zielebene Patientinnen und Patienten

Auf Zielebene der Patientinnen und Patienten wurden insgesamt 21 Indikatoren gebildet, die in vier Teilbereiche (Patientenstruktur, Zugänglichkeit, Leistungsangebot, Verbesserung der Patientenkoordination) fallen. Davon werden im zweiten Evaluationsjahr 15 Indikatoren betrachtet (vgl. Tabelle 2.1), im ersten (vgl. Fröschl et al. 2017 unveröffentlicht) und im dritten Evaluationsjahr werden alle 21 Indikatoren berücksichtigt.

4.1.1 Patientenstruktur

Dem Bereich Patientenstruktur ist ein Indikator zugeordnet.

Indikator 1 – Patientenstruktur

Die Gegenüberstellung der Patientenstrukturen von PHC MM und anderen allgemeinmedizinischen Ordinationen im 6. und 7. Wiener Gemeindebezirk erfolgt an Hand der den Ordinationen zugeordneten Stammpatienten/-patientinnen, also jenen Patientinnen und Patienten, die die Mehrheit der Kontakte in der Mehrheit der Quartale des jeweiligen Betrachtungszeitraums in dieser Ordination hatten. Anzumerken ist, dass sich die Angaben nur auf Patientinnen und Patienten beziehen, die durch die Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) versichert sind, und nicht auf die Gesamtheit aller Patientinnen/Patienten der jeweiligen Ordinationen.

Wie im ersten Evaluationsjahr zeigt sich hinsichtlich des Alters der Stammpatientinnen/-patienten ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen dem PHC MM und anderen allgemeinmedizinischen Ordinationen im 6. und 7. Wiener Gemeindebezirk: Die Patientinnen/Patienten des PHC MM sind im Durchschnitt um 6,18 Jahre jünger, die Alterskategorien „60–74 Jahre“ und „75 und mehr Jahre“ sind deutlich schwächer vertreten. Hinsichtlich des Geschlechts der Klientel zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Das PHC MM weist eine statistisch signifikant andere Struktur in Bezug auf den Patientenwohnort auf als die anderen Ordinationen im 6. und 7. Bezirk: Ein höherer Anteil der Stammpatientenschaft ist der Wohnbezirkskategorie 2 zuzuordnen, das sind jene Wiener Wohnbezirke mit einem unterdurchschnittlichem lohnsteuerpflichtigen Einkommen (Wien GV 2014). Außerdem ist der Anteil der Patientinnen/Patienten, die ihren Wohnsitz nicht in Wien haben, höher. Hingegen zeigt sich im PHC MM ein statistisch signifikant geringerer Anteil an Stammpatientinnen/-patienten mit Rezeptgebührenbefreiung als in den anderen Ordinationen. Die Rezeptgebührenbefreiung kann aus sozialen Gründen (Einkommen) oder aus Krankheitsgründen (Rezeptgebührenobergrenze erreicht) im Jahresverlauf zugestanden werden.

Tabelle 4.1:

Indikator 1 – Soziodemographische Daten der Stammpatientinnen/-patienten

	Evaluationsjahr 1			Evaluationsjahr 2		
	PHC MM (N = 8.830)	Ordinationen im 6. und 7. Bezirk (N = 24.746)	P-Wert	PHC MM (N = 10.007)	Ordinationen im 6. und 7. Bezirk (N = 24.159)	P-Wert
Altersdurchschnitt (in Jahren)	37,20 ±16,80	43,99 ± 20,13	< 0,001 ¹	37,76 ±17,67	43,95 ± 20,01	< 0,001 ¹
Altersklassen (in %)			< 0,001 ²			< 0,001 ²
0–14 Jahre	7,17	5,01		8,37	4,65	–
15–29 Jahre	29,50	22,72		27,07	22,82	–
30–44 Jahre	32,25	27,24		31,40	27,96	–
45–59 Jahre	20,37	20,41		20,81	20,35	
60–74 Jahre	8,45	16,25		9,47	15,63	
75 Jahre und mehr	2,25	8,36		2,88	8,58	
Geschlecht (in %)			0,725 ²			0,070 ²
Frauen	56,80	56,58		57,53	56,46	–
Männer	43,20	43,42		42,47	43,54	–
Kategorie Wohnbezirk³ (in %)			< 0,001 ²			< 0,001 ²
Kategorie 1 – u. a. 6. und 7. Bezirk	63,04	71,28		63,09	71,70	
Kategorie 2 – u. a. 5. und 15. Bezirk	31,52	25,18		31,89	24,99	
Kategorie 3 – nicht Wien	5,46	3,54		5,03	3,31	
Rezeptge- bührenpflicht (in %)			< 0,001 ²			< 0,001 ²
Ja	91,88	88,27		91,40	88,51	–
Nein (befreit)	8,12	11,73		8,60	11,49	–

¹ = Zweistichproben t-Test² = chi2-Test³ = Kategorie 1 umfasst Bezirke mit einem überdurchschnittlichen lohnsteuerpflichtigen Einkommen (1., 3., 4., 6. bis 9., 13., 14., 18., 19., 22. und 23. Bezirk), Kategorie 2 umfasst die Bezirke mit unterdurchschnittlichem Einkommen (2., 5., 10. bis 12., 15., 16., 17., 20. und 21. Bezirk); Kategorie 3 sind Wohngebiete außerhalb Wiens.

Darstellung und Berechnung: GÖ FP

Veränderung gegenüber Evaluationsjahr 1

Die oben beschriebenen Unterschiede zwischen Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM und der Vergleichsgruppe sind analog zum ersten Evaluationsjahr.

Die Anzahl der Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM ist jedoch insgesamt gestiegen, für alle soziodemographischen Faktoren zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede gegenüber dem ersten Evaluationsjahr.

4.1.2 Zugänglichkeit

Die Zugänglichkeit des PHC MM für Patientinnen und Patienten wird im ersten und dritten Evaluationsjahr anhand der Indikatoren 2 bis 15 erfasst.

Im vorliegenden Bericht zum zweiten Evaluationsjahr wurden neun dieser 15 Indikatoren (Indikatoren 2, 3, 5, 6, 7, 10, 11, 14 und 15), die aus Routinedaten bzw. auf Basis von Informationen bzw. Dokumentation des PHC MM gebildet werden, betrachtet. Daten zur Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der Zugänglichkeit zur medizinischen Versorgung im bzw. über das PHC MM (Indikatoren 4, 8, 9, 12 und 13) wurden im zweiten Evaluationsjahr nicht erhoben.

Indikator 2: Anzahl der Patientinnen/Patienten und Art der Kontakte

Indikator 2 stellt die Anzahl der im PHC MM behandelten WGKK-versicherten Patientinnen bzw. Patienten sowie die Anzahl derer Kontakte gesamt und nach Kontaktarten dar.

Tabelle 4.2:

Indikator 2 – Anzahl der Patientinnen und Patienten sowie Art der Kontakte im PHC MM

	Evaluationsjahr 1		Evaluationsjahr 2	
	Absolut	In Prozent	Absolut	In Prozent
Anzahl Patientinnen/Patienten	11.438		11.919	
Anzahl Kontakte gesamt	69.607	100,00	82.382	100,00
Davon				
Regelfälle¹	66.228	95,15	79.119	96,04
Vertretungsfälle²	1.812	2,60	1.187	1,44
Erste Hilfe	411	0,59	519	0,63
Vorsorgeuntersuchungen³	1.156	1,66	1.557	1,89

¹ = Regelfälle, Ordinationsverlegung, Vertragsende oder Tod des Erstbehandlers / der Erstbehandlerin

² = Urlaub, Fortbildung, Krankheit oder Nichterreichbarkeit des Erstbehandlers / der Erstbehandlerin

³ = Vorsorgeuntersuchungen inkl. Folgetermine und Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen

Darstellung und Berechnung: GÖ FP

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Hinsichtlich der Patientenzahl zeigt sich im PHC MM ein Anstieg um 481 versorgte Personen gegenüber dem ersten Evaluationsjahr (Q3/2015 bis Q2/2016), bei einem deutlichen Anstieg der

Kontakte (+ 12.755 e-card-Steckungen). Im Betrachtungszeitraum Q3/2016–Q2/2017 stieg die Anzahl der Kontakte im Bereich der Regelfälle um 12.891, der Erste-Hilfe-Kontakte um 108 und der Kontakte im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen um 401. Im Bereich Vertretungsfälle war hingegen ein Rückgang um 625 Kontakte zu verzeichnen.

Indikator 3 – Inanspruchnahme an Tagesrandzeiten

PHC MM hat Montag bis Freitag von 8:00 bis 19:00, dienstags bereits ab 7:00 – jeweils mit Schließzeiten über Mittag – geöffnet.

Für das zweite Evaluationsjahr wurden seitens des PHC MM keine Auswertungen der Inanspruchnahme analog zum ersten Evaluationsjahr zur Verfügung gestellt, es wurde allgemein rückgemeldet, dass die erste Stunde am Morgen überproportional stark frequentiert wurde, die letzte Öffnungsstunde hingegen unterdurchschnittlich in Anspruch genommen wurde.

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Ein Vergleich zum ersten Evaluationsjahr kann aufgrund der zur Verfügung gestellten Informationen nicht gezogen werden, jedoch zeigte sich auch im ersten Evaluationsjahr, dass die Randzeiten am Morgen mehr genutzt wurden als jene am Abend.

Indikator 4 – Patientenzufriedenheit zur Inanspruchnahme von Leistungen zu Tagesrandzeiten
(im zweiten Evaluationsjahr nicht betrachtet)

Indikator 5 – Hausbesuche nach Patientenalter

Ziel der neuen Primärversorgungsstrukturen ist, die Zugänglichkeit für Patientinnen und Patienten unter anderem durch aufsuchende Dienste und Hausbesuche sicherzustellen. Der Indikator 5 weist die durchschnittliche Anzahl an Hausbesuchen je 100 Stammpatientinnen/-patienten aus.

Im PCH MM wurden im Betrachtungszeitraum 4,88 Hausbesuche je 100 Stammpatienten/-patientinnen und damit um 38,1 Prozent mehr Hausbesuche je 100 Stammpatienten/-patientinnen als in der Vergleichsgruppe durchgeführt.

Tabelle 4.3:

Indikator 5 – Hausbesuche je 100 Stammpatienten/-patientinnen

	Evaluationsjahr 1				Evaluationsjahr 2			
	PHC MM	Vergleichsgruppe	Differenz absolut / in Prozent	p-Wert ¹	PHC MM	Vergleichsgruppe	Differenz absolut / in Prozent	p-Wert
Anzahl der Hausbesuche je 100 Stammpatienten/-patientinnen	4,66	4,44	-0,22 / -4,7 %	0,853	4,88	3,02	-1,86 / -38,1 %	0,056

¹ = Zweistichproben t-Test

Darstellung und Berechnung: GÖ FP

Eine weitere Untergliederung nach Altersgruppen scheint aufgrund der geringen Fallzahlen in den einzelnen Altersklassen wenig zuverlässig. Insgesamt zeigen sich sowohl im PHC MM als auch in der Vergleichsgruppe in den höheren Alterskategorien größere Hausbesuchszahlen je 100 Stammpatientinnen/-patienten.

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Während sich im PHC im Vergleich zur Vorperiode (Q3/2015 – Q2/2016) die durchschnittliche Anzahl der Hausbesuche pro 100 Stammpatientinnen/-patienten kaum verändert hat, fällt der Rückgang der Hausbesuche in der Vergleichsgruppe deutlich aus (3,02 Hausbesuche pro 100 Stammpatientinnen/-patienten vs. 4,44 Hausbesuche in der Vorperiode). Der Unterschied zwischen der PHC-MM-Stammpatientenschaft und der Vergleichsgruppe ist jedoch (knapp) nicht statistisch signifikant.

Indikator 6 – Wöchentliche Mindestöffnungszeiten

- » Ordinationszeiten sind vormittags am Montag, Mittwoch, Donnerstag und Freitag von 8.00–13.00 Uhr und am Dienstag von 7:00–12:00 Uhr, nachmittags Montag bis Freitag von 14:00–19:00 Uhr. Patientinnen/Patienten werden – mit Ausnahme von Notfällen – jeweils bis 30 Minuten vor Ordinationsschluss angenommen.
- » Insgesamt ergibt sich eine wöchentliche Gesamtöffnungszeit von 50 Stunden.
- » Elf Stunden der wöchentlichen Gesamtöffnungszeit (22 %) liegen in den Tagesrandzeiten 7:00–8:00 und 17:00–19:00 Uhr.
- » An Wochenenden, gesetzlichen Feiertagen sowie dem 24. und 31. Dezember ist das PHC MM geschlossen.
- » Auch Leistungen, für die Termine vergeben werden (z. B. Vorsorgeuntersuchungen), finden innerhalb dieser Öffnungszeiten statt.

Diese Angaben werden auch im Versorgungskonzept (Punkt 1.2) festgehalten (Medizin Mariahilf 2017).

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Es gab keine Änderungen gegenüber dem ersten Evaluationsjahr.

Indikator 7 – Wartezeiten in der Ordination

Gemäß Information auf der Website betragen die Wartezeiten in rund einem Fünftel der Öffnungszeiten (10,5 von 50 Stunden) über 40 Minuten, in mehr als der Hälfte weniger als 40 Minuten und in rund einem Viertel der Öffnungszeiten weniger als 20 Minuten.

Für das zweite Evaluationsjahr wurde analog zum ersten Evaluationsjahr, wo bedingt durch die Patientenbefragung zwei Erhebungswochen (Juni/November 2016) in Absprache mit dem PHC MM gewählt wurden, eine Auswertung der Wartezeiten in einer Woche im Juni 2017 sowie einer Woche im November 2017 betrachtet.

In der Betrachtungswoche von 19. Juni 2017 bis 23. Juni 2017, einer „schwachen“ Woche, wurden die Wartezeiten im PHC MM getrennt für den Vormittag und den Nachmittag erhoben. Die durchschnittliche Wartezeit über den gesamten Betrachtungszeitraum betrug an Vormittagen 18,8 Minuten (10–26 Minuten, je nach Wochentag), an Nachmittagen 24,8 Minuten (13–45 Minuten, je nach Wochentag) und insgesamt durchschnittlich 21,5 Minuten. Die maximale Wartezeit variierte dabei vormittags zwischen 32 und 82 Minuten und nachmittags zwischen 48 und 117 Minuten, abhängig vom jeweiligen Wochentag.

In der Betrachtungswoche von 13. November 2017 bis 17. November 2017, einer „starken“ Woche, betrug die durchschnittliche Wartezeit über den gesamten Betrachtungszeitraum an Vormittagen 20,8 Minuten (9–38 Minuten, je nach Wochentag), an Nachmittagen 32,9 Minuten (18–56 Minuten, je nach Wochentag) und insgesamt durchschnittlich 26,1 Minuten. Die maximale Wartezeit lag in dieser Woche je nach Wochentag vormittags zwischen 53 und 94 Minuten und nachmittags zwischen 51 und 100 Minuten.

Die Wartezeit auf Termine für Zusatzleistungen des PHC betrug im Juli 2017 – wie in der Vorperiode – drei Wochen für einen Ersttermin für Psychotherapie, für dringende Fälle gibt es Akut-Slots. Für das seit November 2016 angebotene Leistungsangebot Ernährungsberatung kann die Wartezeit zwischen einer Woche und 10 Tagen betragen. Die Wartezeit auf Akuttermine beträgt nach Auskunft des PHC MM nur wenige Minuten. Wartezeiten für die Leistungen „Wundpflege“ und „Vorsorgeuntersuchung“ bestehen nicht, da diese nur nach Terminvergabe stattfinden.

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Gemäß den Angaben der Website haben sich gegenüber der Vorperiode einerseits die Öffnungszeiten mit durchschnittlichen Wartezeiten über 40 Minuten verringert (etwa 21 Prozent vs. 34 Prozent der Öffnungszeiten) und andererseits jene Öffnungszeiten, in denen Wartezeiten von unter 20 Minuten angegeben sind, gesteigert (ca. 26 Prozent vs. 18 Prozent).

Basierend auf der Berechnung der durchschnittlichen Wartezeiten anhand zweier typischer Wochen analog zum 1. Evaluationsjahr, kann festgestellt werden, dass die durchschnittliche Wartezeit im Vergleich zum 1. Evaluationsjahr für beide Wochen von 22,5 auf 23,8 Minuten gestiegen ist (16,1 Minuten in der „schwachen Woche“ und 28,3 Minuten in der „starken Woche“), wobei die Wartezeiten nach wie vor nach Wochentag und Uhrzeit stark variieren.

Für das seit November 2016 angebotene Leistungsangebot „Ernährungsberatung“ waren (Stand Februar 2017) kurzfristige Termine möglich.

Indikator 8 – Patientenzufriedenheit mit den Wartezeiten in der Ordination

(im zweiten Evaluationsjahr nicht betrachtet)

Indikator 9 – Patientenzufriedenheit mit den Wartezeiten auf Termine für das zusätzliche Leistungsangebot

(im zweiten Evaluationsjahr nicht betrachtet)

Indikator 10 – Personelle Besetzung

Die personelle Besetzung wird nach Berufsgruppen erfasst:

- » Ärztliche Berufsgruppe: Grundsätzlich ist das PHC zu den angegebenen Öffnungszeiten Montag bis Freitag parallel mit drei Ärztinnen/Ärzten besetzt (Ausnahme Dienstag von 7:00–7:30 Uhr). Gemäß Versorgungskonzept ist während der Öffnungszeiten zumindest eine Gesellschafterin bzw. ein Gesellschafter anwesend. Freitagnachmittags ist lt. Website keiner der drei Gesellschafter anwesend.
- » Zusätzlich ist eine auszubildende Ärztin bzw. ein auszubildender Arzt 35 Stunden pro Woche anwesend. Zu welchen Zeiten dies der Fall ist, wurde nicht näher angegeben.
- » Die Rezeption ist montags mit vier Personen und dienstags bis freitags mit drei Personen besetzt. Steigt das Patientenaufkommen unerwartet, unterstützt die Pflegekraft das Team der Rezeption.
- » Insgesamt gibt es im PHC MM zwei Pflegekräfte. An Vormittagen Montag bis Freitag ist eine Pflegekraft verfügbar, an Nachmittagen nur nach Terminvereinbarung.
- » Die Psychotherapeutin steht für acht Wochenstunden zur Verfügung, jeweils vier Stunden am Dienstag und an Donnerstagvormittagen. Eine dieser acht Stunden ist für Teamsitzungen bzw. Supervision reserviert.
- » Seit November 2016 wird – statt der bis Juni 2016 angebotenen Sozialarbeit – Ernährungsberatung nach demselben Schema wie Psychotherapie (7 + 1) angeboten.

Diese Angaben finden sich auch im Versorgungskonzept (Punkt 2) (Medizin Mariahilf 2017).

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Es gab keine größeren Änderungen gegenüber dem ersten Evaluationsjahr.

Indikator 11 – Terminmanagement

- » Im Allgemeinen ist keine Terminvereinbarung im PHC MM vorgesehen. Jede Patientin / jeder Patient kann das PHC in den auf der Homepage angeführten Öffnungszeiten bis spätestens 30 Minuten vor Ordinationsschluss ohne Voranmeldung aufsuchen.
- » Termine für Vorsorgeuntersuchungen und Diabetesuntersuchungen sowie für Wundpflege, Infusionen, Patientenverfügungen und planbare Hausbesuche werden über Arzt/Therapeuten oder Rezeption vorvereinbart.
- » Termine werden für die zusätzlichen Leistungsangebote Psychotherapie, Pflegeleistungen und Ernährungsberatung vergeben. Den Ersttermin vergibt der Arzt bzw. die Ärztin, Folgetermine werden direkt vereinbart.
- » Eine Terminvereinbarung mit Kooperationspartnern erfolgt nur in Einzelfällen, hauptsächlich in akuten Fällen. Zwischen dem PHC MM und dem Gesundheitszentrum (GZ) Mariahilf besteht eine Vereinbarung, dass Patientinnen und Patienten für Facharztkonsultationen in das GZ Mariahilf verwiesen und die Befunde anschließend an das PHC MM geschickt oder der Patientin / dem Patienten mitgegeben werden. Eine elektronische Übermittlung soll im Rahmen von ELGA möglich werden.

Diese Informationen sind auch im Versorgungskonzept (Punkt 5.1.3) festgehalten (Medizin Mariahilf 2017).

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Es gab keine Änderungen gegenüber dem ersten Evaluationsjahr.

Indikator 12 – Terminkoordination mit externen Anbietern

(im zweiten Evaluationsjahr nicht betrachtet)

Indikator 13 – Patientenzufriedenheit mit Behandlungsprozessen und Terminmanagement des PHC MM mit externen Anbietern/Anbieterinnen

(im zweiten Evaluationsjahr nicht betrachtet)

Indikator 14 – Erreichbarkeit außerhalb der Öffnungszeiten

An Wochenenden und Feiertagen sowie wochentags außerhalb der Öffnungszeiten ist das PHC MM geschlossen.

- » Außerhalb der Ordinationszeiten (d. h. wochentags von 19:00 bis 7:00 Uhr sowie am Wochenende und an Feiertagen) läuft ein automatischer Anrufbeantworter mit Informationen zum Ärztefunkdienst.
- » Auf der Homepage wird auf den Ärztefunkdienst unter Angabe der Telefonnummer, Adresse der Ordination, telefonische sowie physische Erreichbarkeit und auf die Website des Ärztefunkdienstes bzw. der Ärztekammer Wien verwiesen.

Auf diese Informationen wird auch im Versorgungskonzept (Punkt 1.2) verwiesen (Medizin Mariahilf 2017).

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Es gab keine Änderungen gegenüber dem ersten Evaluationsjahr.

Indikator 15 – Barrierefreiheit

- » Das PHC MM ist gemäß ISO 9001 zertifiziert.
- » Der öffentliche Zugang und alle Räumlichkeiten des PHC sowie die Sanitärräumlichkeiten sind barrierefrei gestaltet.
- » Die Homepage des PHC ist nicht barrierefrei gestaltet.

Dies ist auch im Versorgungskonzept (Punkt 1.2) festgehalten (Medizin Mariahilf 2017).

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Es gab keine Änderungen gegenüber dem ersten Evaluationsjahr.

4.1.3 Leistungsangebot

Dem Leistungsangebot werden die Indikatoren 16 bis 21 zugeordnet, wobei im zweiten Evaluationsjahr nur die Betrachtung von zwei dieser sechs Indikatoren – das sind Inanspruchnahme des erweiterten Leistungsangebots (Indikator 16) und Erweiterung des Leistungsangebotes im Vergleich zur allgemeinmedizinischen Regelversorgung (Indikator 20) – vorgesehen ist.

Indikator 16 – Inanspruchnahme des erweiterten Leistungsangebots des PHC MM

Der Indikator beschreibt die Inanspruchnahme des gegenüber der allgemeinmedizinischen Regelversorgung erweiterten Leistungsangebots des PHC MM. Das erweiterte Leistungsangebot besteht in psychotherapeutischer Beratung, Sozialarbeit (bis Juni 2016) und Ernährungsberatung (ab November 2016) sowie Pflegeleistungen (wie Blutabnahme, EKG, Injektionen, Infusionen, Wundtoilette).

Tabelle 4.4:
Inanspruchnahme der Pflegeleistungen

	Anzahl der erbrachten Leistungen im Evaluationsjahr 1	Anzahl der erbrachten Leistungen im Evaluationsjahr 2
Pflegeleistungen*	10.783	13.346
<i>Davon</i>		
<i>Blutabnahme</i>	5.271	6.279
<i>EKG m. 12 Ableitungen</i>	775	911
<i>Injektion i.m. und s.c.</i>	1.136	1.378
<i>Infusion i.v.</i>	593	828
<i>Reinigung / Wundtoilette</i> <i>- kleine Wunde</i>	528	646
<i>Reinigung / Wundtoilette</i> <i>- große Wunde</i>	264	920
<i>Verbandwechsel</i>	244	203
<i>Harnuntersuchung</i>	1.972	2.181

i.m. = intramuskulär
s.c. = subcutan
i.v. = intravenös

Darstellung: GÖG-FP

Tabelle 4.5:
Inanspruchnahme Ernährungsberatung, Diabetes „Therapie Aktiv“ und psychotherapeutische Beratung

	Anzahl der Patientinnen/Patienten und Leistungen- Evaluationsjahr 1		Anzahl der Patientinnen/Patienten und Leistungen – Evaluationsjahr 2	
	Q3 + Q4/ 2015	Q1 + Q2/2016	Q3 + Q4/2016	Q1 + Q2/2017
Ernährungsberatung ^{1, 2}	-	-	24/53 ²	60/140
Psychotherapeutische Beratung ^{1, 3}	57/134 ³	87/203	85/217	71/333
Diabetes „Therapie Aktiv“ ⁴	6/0	31/40	7/90	5/69

¹ Angaben zu der Anzahl der Patientinnen/Patienten sind aus der Zahl der Erstberatungen angenähert.

² Angaben zu der Anzahl der Patientinnen/Patienten und Leistungen beziehen sich auf den Zeitraum ab November 2016.

³ Angaben zu der Anzahl der Patientinnen/Patienten und Leistungen beziehen sich auf den Zeitraum ab September 2015.

⁴ Erst- und Folgeberatungen. Keine Angabe zu eingeschriebenen Patienten nach Quartalen verfügbar.

Darstellung: GÖG-FP

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Die Anzahl der Pflegeleistungen ist im Gegensatz zur Vorperiode um 22 Prozent gestiegen. Bei allen einzelnen Leistungen – mit Ausnahme des *Verbandwechsels* – ist eine Steigerung zu verzeichnen. Speziell im Bereich *Reinigung/Wundtoilette – große Wunden* sind die Leistungen um mehr als die Hälfte gestiegen (vgl. Tabelle 4.4).

Auf Grund einer Re-Evaluierung der Angaben zu den psychotherapeutischen Beratungsleistungen seitens des PHC MM, weichen die Angaben für das 1. Evaluationsjahr von den im ersten Zwischenbericht (Fröschl et al. 2017 unveröffentlicht) ausgewiesenen Werten ab. Ausgewiesen wurden nunmehr im Bereich der psychotherapeutische Beratung sowie der Ernährungsberatung, Erst- und Folgeberatung, wobei die Zahl der Erstberatungen für die Zahl der Patientinnen/Patienten angenähert werden kann. Tabelle 4.5. gibt einen Überblick der Leistungen.

Da die Leistung der psychotherapeutischen Beratung erst ab September 2015 besteht, ist die Anzahl der Leistungen des 2. Evaluierungsjahrs nur bedingt mit jenen des 1. Betrachtungszeitraumes vergleichbar. Ein Vergleich der Leistungen für die Kalenderjahre 2016 und 2017 zeigt, dass im Jahr 2017 zehn Personen weniger erstmalig betreut wurden, die Anzahl der in Anspruch genommenen Leistungen im Jahr 2017 gegenüber 2016 gesamt jedoch um rund 50 Prozent gestiegen ist. (2016: 172 Erstberatungen/248 Folgeberatungen – gesamt: 420 Beratungen, 2017: 162 Erstberatungen/472 Folgeberatungen – gesamt: 634 Beratungen).

Bezüglich der Inanspruchnahme der Ernährungsberatung ist ein Vergleich mit der Vorperiode nicht möglich, da diese Leistungen erst seit November 2016 angeboten werden. Im Q4/2016 (ab November) wurden 24 Erstberatungen und 29 Folgeberatungen, also gesamt 53 Beratungen durchgeführt. Im ersten Halbjahr 2017 (Q1+Q2/2017) wurden 60 Erstberatungen und 80 Folgeberatungen, also gesamt 140 Ernährungsberatungen durchgeführt.

Bezüglich der Inanspruchnahme von „Therapie Aktiv“ wurden weniger Patienten als im Vorjahr neu in das Programm aufgenommen und daher weniger Erstberatungen durchgeführt, die Anzahl aller in Anspruch genommenen Leistungen (Erst- und Folgeberatungen) ist von 77 auf 171 gestiegen (vgl. Tabelle 4.5).

Indikator 17 – Patientenzufriedenheit (gesamt)

(im zweiten Evaluationsjahr nicht betrachtet)

Indikator 18 – Patientenzufriedenheit betreffend das Leistungsangebot psychotherapeutische Beratung, Beratung durch einen/eine Sozialarbeiter/in und pflegerisches Angebot

(im zweiten Evaluationsjahr nicht betrachtet)

Indikator 19 – Einschätzung des zusätzlichen Leistungsangebots und allfälliger Verbesserungspotenziale durch Mitarbeiter/innen und Gesellschafter/in

(im zweiten Evaluationsjahr nicht betrachtet)

Indikator 20 – Erweiterung des Leistungsangebots im Vergleich zur allgemeinmedizinischen Regelversorgung

Die umfangreichen Öffnungszeiten stellen gegenüber einer allgemeinmedizinischen Einzelpraxis eine Ausweitung des Leistungsangebots dar.

- » Die Öffnungszeiten werden über Website und Telefon kommuniziert. Die Anwesenheitszeiten der Gesellschafter/in werden auf der Website dargestellt.

Zusatzleistungen im Vergleich zu allgemeinmedizinischen Einzelpraxen sind psychotherapeutische Beratung, Pflegeleistungen und Ernährungsberatung (bzw. früher die Beratung durch eine Sozialarbeiterin).

- » Auf der Homepage werden folgende Leistungen angeboten: Vorsorgeuntersuchung, Labor, EKG, OP-Freigabe, Diabetes-Betreuung, Raucherentwöhnung, Substitutionsbehandlung, Blutgerinnungskontrollen, Infusions- und Injektionstherapie, Impfungen, Verbandwechsel, Nahtentfernung, Krankmeldung, Patientenverfügung, Hausbesuche und Psychotherapie.
- » Das Angebot an Pflegeleistungen ist nicht explizit dargestellt, jedoch werden Leistungsinhalte, die die Pflege übernimmt (Infusions- und Injektionstherapie, Verbandwechsel, Blutgerinnungskontrollen, EKG und patientennahe Labordiagnostik (z. B. Blutabnahme), explizit dargestellt.
- » Für Patientinnen/Patienten ist das zusätzliche Leistungsangebot der psychotherapeutischen Beratung (3 Einheiten kostenlos / rascher Zugang) nicht in dieser Form erkennbar. Auch die seit November 2016 angebotene Ernährungsberatung wird nicht via Website kommuniziert.
- » Über Infoscreens in der Ordination werden die Patientinnen und Patienten zusätzlich über die angebotenen Leistungen informiert.

Diese Angaben scheinen auch im Versorgungskonzept in Punkt 5.1.2 auf (Medizin Mariahilf 2017).

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Es gab keine Änderungen gegenüber dem ersten Evaluationsjahr.

Indikator 21 – Patientenzufriedenheit in Bezug auf die Kontinuität der Versorgung im Vergleich zu wechselnden Ansprechpartnern

(im zweiten Evaluationsjahr nicht betrachtet)

4.1.4 Verbesserung der Patientenkoordination

Aussagen zur Verbesserung der Koordination der Patientinnen und Patienten können auf Basis der erhobenen Indikatoren nur bedingt getroffen werden. Die Indikatoren 59 (Kontakte zu Allgemeinmedizinern/-medizinerinnen), 60 (Facharztkontakte) und 61 (Ambulanzkontakte) können unter anderem dazu herangezogen werden. Auch die Indikatoren 12 (Terminkoordination mit externen Anbietern), 13 (Patientenzufriedenheit mit Behandlungsprozessen und Terminmanagement) liefern Hinweise zur Beurteilung der Verbesserung der Patientenkoordination, wurden im zweiten Evaluierungsjahr jedoch nicht erhoben.

4.2 Zielebene Anbieter/innen (Organisationsform/Berufsgruppen)

Auf Zielebene der Anbieter/innen wurden insgesamt 35 Indikatoren (vgl. Tabelle 2.1) gebildet, die in neun Teilbereiche fallen: Versorgung chronisch kranker sowie multimorbider und geriatrischer Patientinnen und Patienten, Gesundheitsförderung und Früherkennung, Kontinuität und Kooperation, Medikamentenmanagement, Orientierung für Patientinnen und Patienten, Attraktivierung der Arbeit, Zusammenarbeit, Arbeitsrahmenbedingungen und PHC als Ausbildungsstätte. Neun dieser Indikatoren (vor allem zu den letzten drei Teilbereichen) werden im zweiten Evaluierungsjahr nicht sowie ein weiterer nur teilweise erhoben.

4.2.1 Versorgung chronisch kranker, multimorbider und geriatrischer Patientinnen und Patienten

Indikator 22: Disease-Management-Programme (DMP)

Ein laufendes Programm ist die Betreuung von Typ-2-Diabetikern im Rahmen von „Therapie Aktiv“. Dabei sollen Patientinnen und Patienten über Diabetes mellitus Typ 2 (DM-2) informiert werden und aktiv zur Verbesserung ihrer Lebenssituation beitragen, indem sie mit ihrer Erkrankung richtig umgehen.

Im zweiten Evaluierungsjahr wurden 12 Erstberatungen und 159 Folgeberatungen im Rahmen von „Therapie Aktiv“ durchgeführt (vgl. Tabelle 4.5).

Die Daten der WGKK zeigen, dass insgesamt 56 Stammpatienten/-patientinnen des PHC MM im Betrachtungszeitraum (Q3/2016–Q2/2017) am Programm „Therapie Aktiv“ teilgenommen haben, in allen anderen allgemeinmedizinischen Ordinationen des 6./7. Bezirks waren 38 Stammpatientinnen/-patienten bei ihrem Stammarzt (Allgemeinmediziner/-medizinerin) in das Programm eingeschrieben, wobei zu erwähnen ist, dass nur ein kleiner Teil der Allgemeinmediziner/innen das Programm „Therapie Aktiv“ anbietet. (vgl. Abbildung 8.2)

Der Indikator stellt den Anteil der Stammpatientinnen/-patienten, die im Rahmen von „Therapie Aktiv“ in der Stammordination Programmleistungen in Anspruch genommen haben, an allen DM-2-Stammpatientinnen/-patienten dar, wobei die Bezugsgruppe „DM-2-Patienten“ aus den Routinedaten über die Verordnung von oralen Antidiabetika (inkl. Kombinationstherapie) angenähert wurde (vgl. auch Abbildung 8.2).

Tabelle 4.6:

Indikator 22 – Disease-Management-Programme im Vergleich PHC MM / alle allgemeinmedizinischen Praxen

	Evaluationsjahr 1				Evaluationsjahr 2			
	PHC MM	Ver- gleichs- gruppe	Differenz absolut / in Prozent	p-Wert ¹	PHC MM	Ver- gleichs- gruppe	Differenz absolut / in Pro- zent	p-Wert ¹
Anteil Stammpatientinnen/-patienten mit „Therapie Aktiv“ an DM-2-Patientinnen/ Patienten (in Prozent)	15,30	0,19	-15,11 / -98,8 %	< 0,001	17,00	1,52	-15,48 / -91,1 %	< 0,001

¹ = chi²-Test

Darstellung und Berechnung: GÖ FP

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Sowohl im PHC Mariahilf (+ 20 Stammpatientinnen/-patienten) als auch in den anderen allgemeinmedizinischen Ordinationen des 6. und 7. Bezirks (+ 35 Stammpatientinnen/-patienten) hat die Zahl der in „Therapie Aktiv“ eingeschriebenen Patientinnen/Patienten im Vergleich zur Vorperiode deutlich zugenommen. Der deutliche Anstieg der Therapie-aktiv-Patientinnen/-Patienten in den anderen allgemeinmedizinischen Ordinationen ist auf eine einzelne allgemeinmedizinische Ordination zurückzuführen, die im ersten Evaluationsjahr keine Patientinnen/Patienten im Rahmen von „Therapie Aktiv“ betreute.

Im Vergleich zur Vorperiode zeigt der Anteil der Stammpatientinnen/-patienten mit „Therapie Aktiv“ an DM-2-Patientinnen/Patienten im PHC MM ein Zuwachs von +1,70 Prozentpunkten gegenüber dem Vorjahr.

Indikator 23 – Tertiärpräventive Maßnahmen im PHC

- » Seitens des PHC MM wurde hierzu festgehalten, dass die Betreuung und Versorgung chronisch kranker, multimorbider oder geriatrischer Patientinnen und Patienten nach wie vor Teil der umfassenden hausärztlichen Tätigkeit ist.
- » In der 2. Evaluationsperiode wurden im Rahmen des Diabetesprogramms „Therapie Aktiv“ insgesamt 12 Patientinnen und Patienten erstmals beraten und 159 Folgeberatungen durchgeführt.
- » Es ist geplant, Hausbesuche auch durch das Pflegepersonal zu etablieren.

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Durch die Fortführung des Therapie-aktiv-Programms hat sich eine Verschiebung von Erstberatungen hin zu Folgeberatungen (mehr bereits eingeschriebene Patientinnen und Patienten) ergeben (vgl. Indikator 22). Andere Änderungen (Hausbesuche durch das Pflegepersonal) sind erst in Planung.

4.2.2 Gesundheitsförderung und Früherkennung

Indikator 24 – Anteil der Vorsorgeuntersuchungen

Die „Vorsorgeuntersuchung neu“ (VU) ist ein für die Bürger/innen kostenloses Angebot der Sozialversicherung und richtet sich an alle Personen ab 18 Jahren. Der Indikator gibt den Anteil an Stammpatientinnen und -patienten ab 18 Jahren an, die eine VU in Anspruch genommen haben (vgl. auch Abbildung 8.3).

Tabelle 4.7:

Indikator 24 – Anteil Stammpatientinnen/-patienten mit Vorsorgeuntersuchung im Betrachtungszeitraum

	Evaluationsjahr 1				Evaluationsjahr 2			
	PHC MM	Vergleichsgruppe	Differenz absolut / in Prozent	p-Wert ¹	PHC MM	Vergleichsgruppe	Differenz absolut / in Prozent	p-Wert ¹
Anteil Stammpatientinnen/-patienten mit Vorsorgeuntersuchung im Betrachtungszeitraum (in Prozent)	7,44	18,01	10,57/142,1 %	< 0,001	9,54	18,56	9,03/94,5 %	< 0,001

¹ = chi²-Test

Darstellung und Berechnung: GÖ FP

Der Anteil jener Patientinnen/Patienten, die von ihren „Stammordinationen“ eine Vorsorgeuntersuchung durchführen ließen, liegt im PHC MM bei 7,81 Prozent und in den Vergleichsordinationen bei 16,86 Prozent ($p < 0,001$).

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Im Vergleich zur Vorperiode zeigt der Anteil der Stammpatientinnen/-patienten mit Vorsorgeuntersuchung im PHC MM einen Zuwachs von +2,10 Prozentpunkten gegenüber dem Vorjahr, wobei die Steigerung auf eine Zunahme jener Vorsorgeuntersuchung, die im PHC MM durchgeführt wurden, zurückzuführen ist.

Indikator 25 – Weiterbildung des Personals bzgl. Gesundheitsförderung und Prävention

(im zweiten Evaluationsjahr nur aus Daten der PHC-Information und Dokumentation ermittelt)

- » Für das Angebot von „Therapie Aktiv“ sind Schulungen im Rahmen des Programms notwendig und wurden weiterhin von den Gesellschaftern und Pflegepersonen absolviert.
- » Alle Ärztinnen und Ärzte besitzen das DFP-Diplom. Weiterbildungen werden den geltenden berufsrechtlichen Anforderungen entsprechend innerhalb und außerhalb des PHC MM absolviert.
- » Einen formalisierten Prozess für Weiterbildung gibt es im PHC MM nicht.

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Es gab keine Änderungen gegenüber dem ersten Evaluationsjahr.

Indikator 26 – Gesundheitsförderungsangebote im PHC

Gesundheitsfördernde und präventive Leistungen werden in Form von Disease-Management-Programmen (DMP) (vgl. dazu Tabelle 4.6) und Vorsorgeuntersuchungen (vgl. Tabelle 4.7) angeboten. Schulungen im Rahmen des DMP „Therapie Aktiv“ werden zum Teil auch extern durchgeführt. Außerdem wurde seit November 2016 im PHC MM Ernährungsberatung als neue Leistung angeboten. Weiterhin werden Impfungen (auch im Rahmen des Kinderimpfprogramms) angeboten.

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Als Änderung ist das Angebot der Ernährungsberatung seit November 2016 anzuführen.

Indikator 27 – Erinnerungssysteme

Ein Erinnerungssystem für Vorsorgeuntersuchungen ist bereits umgesetzt. Nach stattgefundener Untersuchung des Patienten / der Patientin trägt die angelernte Rezeptionskraft / MAB diese Informationen in die Krankenakte und überprüft bei weiterem Arztbesuch, wann die nächste Vorsorgeuntersuchung stattfinden sollte mit entsprechender Erinnerung des Patienten / der Patientin. Dieses Erinnerungsservice spiegelt sich auf Grund des betrachteten Zeitfensters der Vorsorgeuntersuchungen (Q3/2016 – Q2/2017) noch nicht in den Daten des Indikators 24 wieder.

Ein SMS-Erinnerungssystem für vereinbarte Termine sowie Impfungen ist in Entwicklung wird aber durch die DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) erschwert.

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Das Erinnerungssystem für die Vorsorgeuntersuchung wurde umgesetzt.

Die Änderungen bei der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen wie in Indikator 24 beschrieben, sind nicht auf die Einführung des Erinnerungssystems zurückzuführen, da dieses erst nach dem Betrachtungszeitraum des Indikators 24 (Q3/2016 – Q2/2017) installiert wurde.

4.2.3 Kontinuität und Kooperation

Indikator 28 – Anzahl konsultierter Allgemeinmediziner/innen

Zielsetzung einer gestärkten Primärversorgung ist die Kontinuität und Koordination der Betreuung. Der Indikator gibt an, wie viele allgemeinmedizinische Ordinationen von Stammpatientinnen und -patienten im Betrachtungszeitraum in Anspruch genommen wurden.

Bei Interpretation des Indikators ist zu beachten, dass der Gruppenvergleich zulässig ist, insgesamt jedoch durch die ausschließliche Betrachtung von Stammpatienten/-patientinnen gemäß Definition (Mehrzahl der Kontakte in der Mehrzahl der Quartale bei diesem/dieser Allgemeinmediziner/in) die Anzahl der konsultierten Allgemeinmediziner/innen verzerrt ist: Personen, die in mehreren Quartalen unterschiedliche Allgemeinmediziner/innen aufsuchen, werden seltener als „Stammpatient/in“ erfasst.

Tabelle 4.8:

Indikator 28 – Anzahl konsultierter allgemeinmedizinischer Ordinationen

	Evaluationsjahr 1				Evaluationsjahr 2			
	PHC MM	Vergleichsgruppe	Differenz absolut / in Prozent	p-Wert ¹	PHC MM	Vergleichsgruppe	Differenz absolut / in Prozent	p-Wert ¹
Konsultierte allgemeinmedizinische Ordinationen	1,13	1,26	0,13/11,5 %	< 0,001	1,11	1,27	0,16/14,4 %	< 0,001

¹ = Zweistichproben t-Test

Darstellung und Berechnung: GÖ FP

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Auch in der Betrachtungsgruppe des zweiten Evaluationsjahres konsultieren – wie bereits im Gruppenvergleich im ersten Jahr – Stammpatientinnen und -patienten des PHC MM weniger allgemeinmedizinische Ordinationen, als Stammpatientinnen und -patienten der Vergleichsgruppe, der Unterschied ist statistisch signifikant ($p < 0,001$).

Indikator 29 – Kooperation/Vernetzung mit anderen Leistungsanbietern

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

Im Versorgungskonzept von November 2017 wird Bezug genommen auf bestehenden Kooperationspartner: So bestehen Kooperationen bezüglich physiotherapeutischer Leistungen mit dem GZ Andreasgasse sowie mit Radiologie, Labor und Fachärzten des WGKK-Gesundheitszentrums Mariahilf (Medizin Mariahilf 2017).

Weiters wird im Versorgungskonzept erwähnt, dass im Anlassfall auch Fallbesprechungen mit Kooperationspartnern stattfinden (WGKK-Gesundheitszentren Mariahilf und Andreasgasse). Mit dem Physiozentrum Andreasgasse ist ein Kooperationsprojekt für Rückenschmerzpatienten/-patientinnen in Entwicklung und Aufbau.

Diese Angaben sind auch im Versorgungskonzept des PHC MM in den Punkten 3 und 5.1.4 festgehalten. (Medizin Mariahilf 2017)

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Die informellen Kooperationen mit anderen Leistungsanbietern sind im Versorgungskonzept verschriftlicht.

Indikator 30 – Aufbau externer Kooperationen/Vernetzungen

(im zweiten Evaluationsjahr nicht betrachtet)

Indikator 31 – Informationsaustausch mit dem stationären Bereich

Fehlende technische Voraussetzungen und unpräzise formulierte rechtliche Rahmenbedingungen verhindern aktuell den elektronischen Informationsaustausch mit dem stationären Bereich.

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Es gab keine Änderungen gegenüber dem ersten Evaluationsjahr.

Indikator 32 – Elektronische Dokumentation innerhalb des PHC

- » 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 für

interne Patientenübergabeprozesse 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 Mitarbeitenden jederzeit Zugang zu und Einblick in die Daten zu ermöglichen.
- » Eine korrekte, vollständige und zeitgerechte Information aller potenziellen Behandler/innen im PHC MM scheint durch das System sichergestellt.

Die Angaben zur Patientendokumentation spiegelt auch das Versorgungskonzept des PHC MM in Punkt 5.1.5. (Medizin Mariahilf 2017)

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Es gab keine Änderungen gegenüber dem ersten Evaluationsjahr.

4.2.4 Medikamentenmanagement

Die folgenden Indikatoren wurden aus den von der WGKK zur Verfügung gestellten Daten errechnet. Dabei ist zu beachten, dass die Daten nur eingelöste Verordnungen umfassen und keine Informationen zu Arzneimitteln vorliegen, deren Kassenpreis geringer als die Rezeptgebühr ist und die deshalb privat bezahlt werden (Ausnahme: Personen, die der Rezeptgebührenbefreiung unterliegen). Alle nicht durch die WGKK erstatteten Arzneimittel (z. B. privat bezahlte Over-the-Counter-Produkte, OTC) sind in den Daten ebenfalls nicht abgebildet. Insofern unterschätzen die Indikatoren die Anzahl der konsumierten Arzneimittel.

Indikator 33 – Polypharmazie

Der Indikator stellt den Anteil der Stammpatientinnen/-patienten dar, an welche mehr als fünf verschiedene Wirkstoffe in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen (unabhängig von dem/der verordnenden Arzt/Ärztin) abgegeben wurden, gemessen an allen Stammpatientinnen/-patienten.

Tabelle 4.9:
Indikator 33 – Polypharmazie

	Evaluationsjahr 1				Evaluationsjahr 2			
	PHC MM	Vergleichs- gruppe	Differenz absolut / in Prozent	p-Wert ¹	PHC MM	Ver- gleichs- gruppe	Differenz absolut / in Prozent	p-Wert ¹
Anteil Stammpa- tientinnen/ -patienten mit Polypharmazie (in Prozent)	4,85	5,59	0,74/15,3 %	0,0271	5,68	5,61	-0,067/ -1,2 %	0,8260
Altersklasse								
60–74 Jahre	17,02	21,5	4,50/26,4 %	0,0168	19,51	19,97	0,46/2,4 %	0,7719
75 Jahre und mehr	41,21	38,21	-3,00/-7,3 %	0,4786	36,11	38,45	2,34/6,5 %	0,4847

¹ = chi²-Test

Darstellung und Berechnung: GÖ FP

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Der Anteil der Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM mit Polypharmazie ist mit 5,68 Prozent um 0,83 Prozentpunkte höher als in der Betrachtungsgruppe des ersten Evaluationsjahr, in der Vergleichsgruppe ist der Anteil gegenüber der Vorperiode nahezu unverändert.

In den Altersgruppen 60 bis 74 Jahre und über 75 Jahre liegen die Anteile entsprechend höher (vgl. Tabelle 4.9). Es ergibt sich aber kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM und der Vergleichsgruppe hinsichtlich Polypharmazie. (vgl. auch Abbildung 8.4)

Indikator 34 – Verschriebene Präparate nach Altersgruppen

Der Indikator gibt an, wie viele verordnete Präparate durchschnittlich pro Patient/in und Jahr (untergliedert nach Altersgruppen) abgegeben werden.

Dargestellt werden die Verordnungen aller Vertragspartner je Stammpatient/in sowie jene Verordnungen, die durch die Stammordination ausgestellt werden.

Tabelle 4.10:

Indikator 34 – Von allen Vertragspartnern verschriebene Präparate, gesamt und nach Altersgruppen

	Evaluationsjahr 1				Evaluationsjahr 2			
	PHC MM	Vergleichsgruppe	Differenz absolut / in Prozent	p-Wert ¹	PHC MM	Vergleichsgruppe	Differenz absolut / in Prozent	p-Wert ¹
Anzahl verschriebener Präparate – gesamt	10,49	11,04	0,55/5,2 %	0,165	11,35	11,40	0,05/0,4 %	0,889
Altersklasse								
0–14 Jahre	4,11	4,44	0,33/8 %	0,531	3,93	4,77	0,84/21,5 %	0,029
15–29 Jahre	4,16	3,85	-0,31/-7,5 %	0,408	4,51	4,03	-0,47/-10,5 %	0,192
30–44 Jahre	6,97	7,21	0,24/3,4 %	0,698	7,52	7,06	-0,46/-6,2 %	0,356
45–60 Jahre	15,54	16,30	0,75/4,8 %	0,511	15,03	15,10	0,07/4,8 %	0,937
60–74 Jahre	27,99	33,25	5,27/18,8 %	0,004	30,43	31,81	1,38/4,5 %	0,373
75 Jahre und mehr	52,51	50,33	-2,17/-4,1 %	0,599	49,82	53,41	3,59/7,2 %	0,282

¹ = Zweistichproben t-Test

Darstellung und Berechnung: GÖ FP

Tabelle 4.11:

Indikator 34 – Von der Stammordination verschriebene Präparate, gesamt und nach Altersgruppen

	Evaluationsjahr 1				Evaluationsjahr 2			
	PHC MM	Vergleichsgruppe	Differenz absolut / in Prozent	p-Wert ¹	PHC MM	Vergleichsgruppe	Differenz absolut / in Prozent	p-Wert ¹
Anzahl verschriebener Präparate – gesamt	7,13	7,07	-0,06/-0,8 %	0,84	8,04	7,60	-0,43/-5,4 %	0,134
Altersklasse								
0–14 Jahre	1,90	1,71	-0,19/-10 %	0,454	1,96	1,70	-0,26 /-13,2 %	0,193
15–29 Jahre	2,31	1,89	-0,42/-18,2 %	0,146	2,67	2,03	-0,64/-23,9 %	0,035
30–44 Jahre	3,99	4,17	0,1 /4,5 %	0,688	4,46	4,04	-0,42/-9,3 %	0,272
45–60 Jahre	11,24	10,43	-0,81/-7,2 %	0,343	11,13	10,15	-0,98/-8,8 %	0,229
60–74 Jahre	21,03	24,27	3,23/15,4 %	0,021	23,99	24,59	0,60/2,5 %	0,655
75 Jahre und mehr	42,37	38,66	-3,74/-8,8 %	0,304	40,39	41,67	1,28/3,2 %	0,665

¹ = Zweistichproben t-Test

Darstellung und Berechnung: GÖ FP

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Die Anzahl der verschriebenen Präparate pro Stammpatient/in – unabhängig von der verordnenden Stelle – liegt in beiden Gruppen höher als in der Betrachtungsgruppe des ersten Evaluationsjahrs, wobei die Differenz gegenüber dem ersten Evaluationsjahr in der PHC-MM-Gruppe deutlicher ist als in der Vergleichsgruppe. In beiden Gruppen werden im aktuellen Evaluationsjahr nun nahezu 11,4 Präparate pro Person bezogen. Die Anzahl der durch die Stammordination verordneten Präparate pro Patient/in zeigt einen geringfügigen Unterschied, der jedoch nicht statistisch signifikant ist.

Die Auswertungen nach Altersgruppe lassen keine einheitlichen Entwicklungen erkennen.

Indikator 35 – Anteil Generika am generikafähigen Markt

Dieser Indikator gibt an, wie hoch der Anteil der durch die Stammordination verschriebenen Generika an allen verschriebenen Arzneimitteln, für die ein Generikum existiert, ist. Zu berücksichtigen bei der Interpretation der Zahlen sind die Einschränkungen der Datengrundlage (eingelöste Verordnungen, Informationen zu Arzneimitteln, deren Kassenpreis geringer als die Rezeptgebühr, sind nur für rezeptgebührenbefreite Personen verfügbar).

Für das Jahr 2016 wird der generelle Anteil von Generika-Verordnungen am generikafähigen Kassenmarkt über alle Leistungserbringer vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger mit 53,10 Prozent angegeben. (vgl. Zimmermann/Rainer 2018)

Tabelle 4.12:

Indikator 35 – Anteil Generika am generikafähigen Markt

	Evaluationsjahr 1				Evaluationsjahr 2			
	PHC MM	Vergleichsgruppe	Differenz absolut / in Prozent	p-Wert ¹	PHC MM	Vergleichsgruppe	Differenz absolut / in Prozent	p-Wert ¹
Anteil Generika-Verordnungen am generikafähigen Markt (in Prozent)	52,76	54,23	1,47/2,8 %	0,2881	52,77	55,68	2,91/5,5 %	0,0189

¹ = chi²-Test

Darstellung und Berechnung: GÖ FP

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Gegenüber dem ersten Evaluationsjahr zeigt sich im PHC MM ein konstanter Generika-Anteil von 52,8 Prozent. In der Vergleichsgruppe liegt der Generika-Anteil mit 55,7 Prozent um knapp 1,5 Prozentpunkte höher als im ersten Evaluationsjahr. Der Generika-Anteil des PHC MM liegt um

2,91 Prozentpunkte unter jenem der Vergleichsordinationen, dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($p = 0,0189$).

Indikator 36 – Verordnete Antibiotika

Der Indikator gibt an, wie groß der Anteil jener Stammpatientinnen/-patienten ist, denen innerhalb des Betrachtungszeitraums mindestens ein Arzneimittel der ATC-Klassen J01, A07AA oder P01A (Antibiotikum) verordnet wurde. Er wird insgesamt und nach den Altersklassen bis 15 Jahre und älter als 15 Jahre berechnet. Der Indikator wird einerseits für Verordnungen durch alle Ärztinnen/Ärzte und andererseits für Verordnungen durch die Stammordination gebildet, um allfällige Verlagerungseffekte darstellen zu können.

Der Anteil der Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM, denen unabhängig vom verordnenden Arzt / von der verordnenden Ärztin mindestens ein Antibiotikum verschrieben wurde, lag 2,42 Prozentpunkte über dem Anteil der Stammpatientinnen/-patienten der Vergleichsordinationen ($p < 0,001$). Bezüglich jener Antibiotikaverordnungen, die durch die Stammordination ausgestellt wurden, zeigt sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen: 24,88 Prozent der Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM und damit um 5,22 Prozentpunkte mehr als in der Vergleichsgruppe erhielten mindestens ein Antibiotikum im Betrachtungszeitraum.

Tabelle 4.13:

Indikator 36 – Patientinnen/Patienten mit Antibiotikaverordnung durch alle Vertragspartner

	Evaluationsjahr 1				Evaluationsjahr 2			
	PHC MM	Vergleichsgruppe	Differenz absolut / in Prozent	p-Wert ¹	PHC MM	Vergleichsgruppe	Differenz absolut / in Prozent	p-Wert ¹
Anteil Stammpatientinnen/-patienten mit Antibiotikaverordnung (in Prozent) ¹	36,30	35,44	-0,86/ -2,4 %	0,2376	36,97	34,54	-2,42/ -6,6 %	<0,001
Altersklasse								
0-15 Jahre	39,73	38,83	-0,90/-2,3 %	0,7555	35,37	40,20	4,82/13,7 %	0,0374
16+ Jahre	36,01	35,16	-0,85/ -2,4 %	0,2575	37,13	33,98	-3,15/-8,5 %	<0,001

¹ = chi²-Test

Darstellung und Berechnung: GÖ FP

Tabelle 4.14:

Indikator 36 – Patientinnen/Patienten mit Antibiotikaverordnung durch die Stammordination

	Evaluationsjahr 1				Evaluationsjahr 2			
	PHC MM	Vergleichsgruppe	Differenz absolut / in Prozent	p-Wert ¹	PHC MM	Vergleichsgruppe	Differenz absolut / in Prozent	p-Wert ¹
Anteil Stammpatientinnen/-patienten mit Antibiotikaverordnung (in Prozent) ¹	24,42	20,61	-3,81 / -15,6 %	< 0,001	24,88	19,66	-5,22 / -21,0 %	< 0,001
Altersklasse								
0-15 Jahre	25,55	21,40	-4,15 / -16,2 %	0,1156	23,17	20,49	-2,68 / -11,6 %	0,1824
16 Jahre und älter	24,32	20,55	-3,78 / -15,5 %	< 0,001	25,05	19,58	-5,47 / -21,8 %	< 0,001

¹ = chi²-Test

Darstellung und Berechnung: GÖ FP

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Der Anteil der Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM, denen unabhängig vom verordnenden Arzt / von der verordnenden Ärztin mindestens ein Antibiotikum verordnet wurde, lag im zweiten Evaluationsjahr bei 36,97 Prozent (das sind um 0,63 Prozentpunkte mehr als im ersten Evaluationsjahr), während der Anteil in der Vergleichsgruppe bei 34,54 Prozent lag (das sind 0,90 Prozentpunkte weniger als im ersten Evaluationsjahr). Der Unterschied von 2,42 Prozentpunkten zwischen den Gruppen ist statistisch signifikant ($p < 0,001$). Der Anteil der Stammpatientinnen/-patienten mit mindestens einer Antibiotikaverordnung durch die Stammordination ist im PHC MM mit 24,88 Prozent (und damit um knapp 0,5 Prozentpunkte mehr als im ersten Evaluationsjahr) höher als in der Vergleichsgruppe mit 19,66 Prozent. Auch diese Differenz von 5,22 Prozentpunkte zwischen PHC MM und der Vergleichsgruppe ist statistisch signifikant ($p < 0,001$).

Indikator 37 – Verordnete Antidepressiva

Der Indikator gibt an, wie groß der Anteil jener Stammpatientinnen/-patienten ab 18 Jahren ist, denen innerhalb eines Jahres mindestens ein Antidepressivum (ATC N06A) durch die Stammordination verordnet wurde.

Tabelle 4.15:

Indikator 37 – Von der Stammordination verordnete Antidepressiva

	Evaluationsjahr 1				Evaluationsjahr 2			
	PHC MM	Vergleichsgruppe	Differenz absolut / in Prozent	p-Wert ¹	PHC MM	Vergleichsgruppe	Differenz absolut / in Prozent	p-Wert ¹
Anteil Stammpatientinnen/-patienten ab 18 Jahren mit einer Antidepressiva-Verordnung (in %)	7,38	8,10	0,73/9,9 %	0,0832	8,59	8,70	0,11/9,9 %	0,7867

¹ = chi²-Test

Darstellung und Berechnung: GÖ FP

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Der Anteil der Stammpatientinnen/-patienten mit mindestens einer Verordnung von Antidepressiva durch die Stammordination liegt im PHC MM mit 8,59 Prozent höher als in der Betrachtungsgruppe des vorigen Evaluationsjahres, in der Vergleichsgruppe zeigt sich eine geringere Differenz zum Vorjahr. Die Anteile unterscheiden sich nicht statistisch signifikant.

Indikator 38 – Verordnungen von trizyklischen/tetrazyklischen Antidepressiva bei Patientinnen und Patienten ≥ 65 Jahre

Der Indikator gibt an, wie groß der Anteil jener Stammpatientinnen/-patienten ab 65 Jahren ist, denen innerhalb eines Jahres mindestens ein trizyklisches oder tetrazyklisches Antidepressivum (ATC N06AA09, N06AA04, N06AA12 oder N06AA21) durch die Stammordination verordnet wurde.

Tabelle 4.16:

Indikator 38 – Verordnungen von tri-/tetrazyklischen Antidepressiva für Patientinnen/Patienten ≥ 65 Jahre durch die Stammordination

	Evaluationsjahr 1				Evaluationsjahr 2			
	PHC MM	Ver- gleichs- gruppe	Differenz absolut / in Prozent	p- Wert ¹	PHC MM	Ver- gleichs- gruppe	Differenz absolut / in Prozent	p- Wert ¹
Anteil Stammpatientinnen/-patienten ab 65 Jahren mit Verordnung eines tri-/tetrazyklischen Antidepressivums (in Prozent)	1,00	0,89	-0,11 / -11 %	0,8187	0,62	0,73	0,11 / 17,7 %	0,7481

¹ = chi²-Test

Darstellung und Berechnung: GÖ FP

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Der Anteil jener Stammpatientinnen/-patienten ab 65 Jahren mit einer Verordnung eines tri-/tetrazyklischen Antidepressivums liegt in beiden Gruppen unter den Werten für das erste Evaluationsjahr, wobei die Differenz zwischen den beiden Gruppen nicht statistisch signifikant ist.

Indikator 39 – Österreichische PIM-Liste

Wie bereits im ersten Evaluierungsjahr kann festgehalten werden:

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

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Es gab keine Änderungen gegenüber dem ersten Evaluationsjahr.

4.2.5 Orientierung für Patientinnen und Patienten

Die Indikatoren zur Beantwortung der Evaluationsfragen zum Ziel „Orientierung für Patientinnen und Patienten“ wurden im zweiten Evaluierungsjahr überwiegend nicht erhoben, diese sind

- » **Indikator 40 – Informationsgespräche**
- » **Indikator 41 – Informationsmaterialien liegen auf bzw. werden ausgestellt, Plakate**
- » **Indikator 42 – Information über Leistungen der Versorgungsstruktur und krankheitsspezifische Themen (Patientensicht)**

Indikator 43 – Informationen über Leistungen der Versorgungsstruktur und krankheitsspezifische Themen (PHC-Information und -Dokumentation)

Die Informationen sind gegenüber dem Vorjahr nahezu unverändert:

- » Informationen über das Versorgungsmodell PHC bzw. spezifische Leistungen des PHC MM sind auf der Homepage des PHC MM nicht bzw. nur in geringem Ausmaß zu finden. Auf der Homepage wird die Motivation für die Umwandlung der Gruppenpraxis in ein PHC beschrieben, die beteiligten Akteure werden genannt.
- » Auf krankheitsspezifische Themen geht die Homepage nicht näher ein.
- » Via Infoscreen werden z. B. Ordinationsöffnungszeiten, Anwesenheit der Ärzte/Ärztinnen und Impf-Aktionen angezeigt.

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Es gab keine Änderungen gegenüber dem ersten Evaluationsjahr.

4.2.6 Attraktivierung der Arbeit

Die Indikatoren zur Beantwortung der Evaluationsfragen zum Ziel „Attraktivierung der Arbeit“ wurden im zweiten Evaluierungsjahr nicht erhoben, das sind

- » **Indikator 44 – Arbeitsbedingungen: Zufriedenheit des Personals / Verbesserungspotenzial**
- » **Indikator 45 – Charakteristika der Gesellschafter/in und Mitarbeiter/innen (Alter, Lebenssituation, Geschlecht)**

4.2.7 Zusammenarbeit

Die Indikatoren zur Beantwortung der Evaluationsfragen zum Ziel „Zusammenarbeit im PHC“ wurden im zweiten Evaluierungsjahr nur aus Daten aus der PHC-Information und -Dokumentation gebildet. Die Einschätzung der Gesellschafter/in und der Mitarbeiter/innen zur interdisziplinären Zusammenarbeit wurde nicht erhoben, das sind

- » **Indikator 46 – Einschätzung der interdisziplinären Zusammenarbeit durch die Gesellschafter/in**
- » **Indikator 47 – Einschätzung der interdisziplinären Zusammenarbeit durch die Mitarbeiter/innen**

Indikator 48 – Zeit für Vernetzung

Die interne Kommunikation und Vernetzung wird über eine Reihe von Teamsitzungen sichergestellt (siehe auch Indikator 49). Auch besteht die Möglichkeit bilateraler Gespräche, z. B. im Rahmen des täglichen Austausches im Kernteam – „Meet and Greet“– oder in anderem Rahmen. In der wöchentlichen Arbeitszeit der Psychotherapeutin (8 Stunden) und der Ernährungsberaterin (früher der Sozialarbeiterin) ist eine Stunde explizit für Besprechungen, Vernetzung und andere Tätigkeiten vorgesehen.

Das Versorgungskonzept des PHC MM trifft hierzu Aussagen in Punkt 3.4 (Medizin Mariahilf 2017).

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Es gab keine Änderungen gegenüber dem ersten Evaluationsjahr.

Indikator 49 – Teamsitzungen

Nach wie vor gibt es – wie im ersten Evaluationsjahr – folgende Teamsitzungen im PHC MM:

- » Tägliches „**Meet and Greet**“ zwischen anwesenden Ärztinnen/Ärzten und Ordinationshilfen (Anwesenheiten, tagesspezifische Themen bzw. Schwerpunkte und die Zuteilung der Arztzimmer, allfällige bilaterale Gespräche; zweimal wöchentlich werden Psychotherapeutin und Ernährungsberatung in die Besprechungen mit einbezogen)
- » **Gesamtteamsitzungen** einmal pro Monat
- » **Ärzteteamsitzung** einmal pro Monat
- » **Administrationsteamsitzung** einmal pro Woche (geteilt in Treffen zwischen Ärzteteam und Ordinationsmanagerin sowie Ordinationsmanagerin und an der Ordination Mitarbeitenden)
- » **Gesellschaftersitzungen** in regelmäßigen Abständen (organisatorische Themen, Betriebsführung)

Das Versorgungskonzept des PHC MM hält Angaben zu einzelnen Sitzungen unter der Punkt 3.4 fest (Medizin Mariahilf 2017).

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Es gab keine Änderungen gegenüber dem ersten Evaluationsjahr.

Indikator 50 – Fallbesprechungen

Interne Fallbesprechungen finden bei Bedarf statt. Fallbesprechungen mit Kooperationspartnern (WGKK-Gesundheitszentren Mariahilf / Andreasgasse) finden im Anlassfall statt (vgl. Indikator 29). Zeitpunkt, Häufigkeit und Dauer der Besprechungen sind fallbezogen variabel.

In der Arbeitszeit der Psychotherapeutin und der Ernährungsberaterin (früher der Sozialarbeiterin) ist eine Stunde wöchentlich explizit für Besprechungen (und andere Tätigkeiten) vorgesehen.

Jede Übergabe einer Patientin / eines Patienten an die Psychotherapie bzw. Ernährungsberatung (früher Sozialarbeit) wird zwischen behandelndem Arzt / behandelnder Ärztin und Therapeut/in besprochen.

Die Angaben zu Fallbesprechungen werden im Versorgungskonzept des PHC MM unter Punkt 3.4 zusammengefasst. (Medizin Mariahilf 2017)

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Es gab keine inhaltlichen Änderungen gegenüber dem ersten Evaluationsjahr.

4.2.8 Arbeitsrahmenbedingungen

Die Indikatoren zu den Evaluationsfragen bezüglich der Arbeitsrahmenbedingungen im PHC MM wurden im zweiten Evaluationsjahr überwiegend nicht erhoben, das sind

- » ***Indikator 51 – Einschätzungen des Problemfelds „Übergaben zwischen den Ärztinnen und Ärzten des Primärversorgungszentrums“***
- » ***Indikator 52 – Einschätzung des Problemfelds „Übergaben in der interdisziplinären Zusammenarbeit“ durch die Gesellschafter/in***
- » ***Indikator 53 – Einschätzung des Problemfelds „Übergaben in der interdisziplinären Zusammenarbeit“ durch die Gesundheits- und Sozialberufe***

Indikator 54 – Flexibilität der Arbeitszeiten (Strukturen/Modelle)

Differenziert nach Berufsgruppen existieren unterschiedliche Arbeitszeitmodelle.

- » *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 gemäß einer internen Übereinkunft des PHC MM zu einer „wesentlichen Mitarbeit“ verpflichtet. Die Arbeitszeiten sind flexibler als in der Einzelordination. Die Aufgaben werden intern zwischen den Gesellschaftern und der Gesellschafterin aufgeteilt, abhängig von den Anforderungen können gewisse Aufgaben ortsunabhängig durchgeführt werden. Dies ermöglicht beispielsweise, Kinderbetreuungspflichten besser nachkommen zu können.
- » Die beiden *Pflegekräfte* arbeiten ebenfalls 30 Wochenstunden.
- » *Psychotherapeut/in* und *Ernährungsberater/in* (bzw. zuvor Sozialarbeiter/in) sind zu speziellen Zeiten, insgesamt je acht Stunden pro Woche, am PHC MM beschäftigt.
- » Weiterbildung, Urlaube, etwaige Krankenstände etc. der Gesellschafter/in werden im PHC MM über insgesamt sechs *Vertretungsärztinnen/-ärzte* abgedeckt. Ausmaß der Tätigkeit in Form von Wochenarbeitsstunden sowie Angaben zu Anwesenheit liegen nicht vor. (vgl. auch Indikator 10 – Personelle Besetzung)

Die Angaben zur Flexibilität der Arbeitszeiten korrespondieren mit Punkt 2.1 und 2.2 des Versorgungskonzepts des PHC MM (Medizin Mariahilf 2017).

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Es gab keine Änderungen gegenüber dem ersten Evaluationsjahr.

4.2.9 PHC als Ausbildungsstelle

Indikator 55 – Einschätzung der Ausbildungskandidatinnen/-kandidaten
(im zweiten Evaluationsjahr nicht betrachtet)

Indikator 56 – Anzahl und Berufe der ausgebildeten Personen

- » Als Ausbildungsstätte bot das PHC MM zum Zeitpunkt der Erhebung der 2. Evaluationsperiode im Juli 2017 zwei Plätze für auszubildende Ärztinnen/Ärzte an, wovon ein Platz besetzt war.
- » Zusätzlich bestand das Angebot für Famulaturen von Medizinstudenten und für Praktika von auszubildenden Ordinationsassistenten/-assistentinnen.
- » Zusätzlich zu dem o. e. Lehrangebot bietet das PHC MM nunmehr auch die Möglichkeit eines „klinisch-praktischen Jahrs“ (KPJ), hier gab es im Betrachtungszeitraum keine Besetzung.
- » Die Lehrpraxis-Stelle war über den Betrachtungszeitraum von jeweils einer Lehrärztin für je sechs Monate besetzt.

- » Drei Auszubildende für die Ordinationsassistenz absolvierten im Betrachtungszeitraum ihr Praktikum von acht Wochen.
- » Famulaturen gab es ebenfalls, das sind allerdings jeweils kurze Zeiträume von etwa zwei Wochen – vor allem zu Ferienzeiten.

Diese Angaben korrespondieren mit Punkt 5.2.1 des PHC-MM-Versorgungskonzepts (Medizin Mariahilf 2017).

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

In der ersten Evaluationsperiode war das PHC keine KPJ-Lehrpraxis.

4.3 Zielebene Systemsteuerung

Der Zielebene „Systemsteuerung“ sind die Indikatoren 57 bis 72 zuzuordnen. Im zweiten Evaluierungsjahr werden die Indikatoren zur Frage der Stärkung der Allgemeinmedizin (Indikatoren 63–65) sowie zu den Honorierungsmodellen (Indikator 72) nicht erhoben.

4.3.1 Versorgung auf der richtigen Versorgungsstufe

Indikator 57 – Anteil versorgter Patientinnen und Patienten im PHC

Aus den Daten der WGKK ergibt sich, dass 11.919 WGKK-versicherte Personen (inkl. Vertretungskontakte) bzw. 11.140 WGKK-Versicherte (ohne Vertretungskontakte) im Betrachtungszeitraum Q3/2016–Q2/2017 zumindest einen Kontakt mit dem PHC MM hatten. Daten zu Versicherten anderer Krankenkassen liegen nicht vor.

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Die Anzahl der im PHC MM versorgten WGKK-Versicherten ist gegenüber dem ersten Evaluationsjahr um 481 Personen gestiegen, die Anzahl der versorgten WGKK-Versicherten ohne Vertretungsfälle ist um 881 gestiegen.

Indikator 58 – Anteil Stammpatientinnen und -patienten

Der Indikator gibt an, wie hoch der Anteil der Stammpatientinnen und -patienten an allen Patientinnen und Patienten einer allgemeinmedizinischen Praxis ist. Stammpatientinnen und -patienten sind Personen, die in der betreffenden Ordination die überwiegende Anzahl ihrer Kontakte in der überwiegenden Anzahl von Quartalen hatten.

Tabelle 4.17:
Indikator 58 – Anteil Stammpatientinnen und –patienten

	Evaluationsjahr 1				Evaluationsjahr 2			
	PHC MM	Vergleichsgruppe	Differenz absolut / in Prozent	p-Wert ¹	PHC MM	Vergleichsgruppe	Differenz absolut / in Prozent	p-Wert ¹
Anteil Stammpatientinnen/-patienten an allen Patientinnen/Patientinnen (in Prozent)	77,50	76,17	-1,33/-1,7 %	0,004	84,21	74,36	-9,85/-11,7 %	< 0,001

¹ = chi2-Test

Darstellung und Berechnung: GÖ FP

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Im zweiten Evaluationsjahr zeigt sich ein deutlich höherer Anteil von Stammpatientinnen/-patienten an der gesamten Patientenschaft im PHC MM als in der Vergleichsgruppe. Der Wert beträgt 6,71 Prozentpunkte mehr als im ersten Evaluationsjahr, in der Vergleichsgruppe liegt er um 1,81 Prozentpunkte niedriger als in der Kontrollgruppe der Vorperiode, die Differenz ist statistisch signifikant.

Indikator 59 – Kontakte mit Allgemeinmedizinern/-medizinerinnen

Ein Ziel, das durch Etablieren neuer Primärversorgungsstrukturen erreicht werden soll, ist die zielgerichtete Versorgung auf der richtigen Versorgungsstufe. Der Indikator gibt die durchschnittliche Anzahl von Kontakten mit Allgemeinmedizinern/Allgemeinmedizinerinnen pro Stammpatient/in und Jahr an.

Tabelle 4.18:
Indikator 59 – Kontakte mit Allgemeinmedizinern/Allgemeinmedizinerinnen

	Evaluationsjahr 1				Evaluationsjahr 2			
	PHC MM	Vergleichsgruppe	Differenz absolut / in Prozent	p-Wert ¹	PHC MM	Vergleichsgruppe	Differenz absolut / in Prozent	p-Wert ¹
Anzahl Kontakte mit Allgemeinmedizinern/-medizinerinnen	7,32	6,78	-0,55/-7,4 %	< 0,001	7,97	6,84	-1,12/-14,2 %	< 0,001

¹ = Zweistichproben t-Test

Darstellung und Berechnung: GÖ FP

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Im Vergleich zur Vorperiode zeigt die Gruppe der Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM eine höhere Anzahl von nun knapp 8,0 Kontakten mit Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmedizinerinnen. In der Vergleichsgruppe liegt die durchschnittliche Anzahl dieser Kontakte nahezu unverändert gegenüber der Vorperiode bei 6,9 Kontakten. Der Unterschied ist statistisch signifikant ($p < 0,001$).

Indikator 60 – Facharztkontakte

Ein Ziel, das durch neue Primärversorgungsstrukturen erreicht werden soll, ist die zielgerichtete Versorgung auf der richtigen Versorgungsstufe. Der Indikator gibt die durchschnittliche Anzahl der Facharztkontakte pro Stammpatient/in im Betrachtungszeitraum (Q3/2016–Q2/2017) an.

Der Indikator umfasst sowohl die durchschnittliche Anzahl an Facharztbesuchen insgesamt (breit über alle Fachgruppen exkl. Zahnmedizin) als auch differenziert nach ausgewählten Fachgruppen.

Zusätzlich werden die Leistungen der WGKK-Gesundheitszentren Mariahilf und Andreasgasse gesondert dargestellt, um die Kooperation des PHC MM mit diesen Zentren – soweit dies aus den Routinedaten der WGKK möglich ist – abzubilden.

Tabelle 4.19:
Indikator 60 – Kontakte mit Fachärztinnen/-ärzten

	Evaluationsjahr 1				Evaluationsjahr 2			
	PHC MM	Ver- gleichs- gruppe	Differenz	p-Wert ¹	PHC MM	Ver- gleichs- gruppe	Differenz	p-Wert ¹
Anzahl Facharzt- kontakte ²	5,90	6,26	0,35/6,1 %	0,008	6,07	6,14	0,07/1,2 %	0,524
Anzahl Facharzt- kontakte (ohne Röntgen, Labor, physikalische Medizin und Am- bulatorien) ³	3,33	3,62	0,28/8,4 %	< 0,001	3,42	3,57	0,15/4,4 %	0,016
Röntgen (inkl. GZ und In- stitute) ⁴	0,54	0,45	-0,09/-16,7 %	< 0,001	0,58	0,45	-0,14/-22,4 %	< 0,001
Röntgen im GZ Mariahilf	0,26	0,07	-0,18/-69,2 %	< 0,001	0,27	0,06	-0,21/-77,2 %	< 0,001
Labor ⁵	1,15	1,04	-0,11/-9,6 %	< 0,001	1,24	1,04	-0,20/-16,5 %	< 0,001
CT, MR ⁶	0,11	0,10	-0,01/-9,1 %	0,080	0,13	0,10	-0,03/-22,1 %	< 0,001
Physikalische Me- dizin ⁷	0,97	0,89	-0,08/-8,2 %	0,143	0,88	0,81	-0,07/-7,7 %	0,126
GZ Andreas gasse	0,38	0,18	-0,20/-52,6 %	< 0,001	0,29	0,15	-0,14/-49,5 %	< 0,001
Selbständige Am- bulatorien ⁸	0,58	0,59	0,01/1,7 %	0,731	0,71	0,61	-0,09/-13,4%	0,003
GZ Mariahilf (ohne Röntgen und Labor) ⁹	1,24	0,97	-0,27/-21,8 %	0,002	1,39	0,84	-0,55/-39,4 %	< 0,001

CT = Computertomographie, GZ = Gesundheitszentrum, MR = Magnetresonanztomographie

¹ Zweistichproben t-Test

² Alle Facharztkontakte (E-card-Steckungen) ohne Zahnärzte, Kieferorthopäden, zahnmedizinischen Ambulatorien etc.

³ Alle Facharztkontakte (E-card-Steckungen) wie oben, jedoch ohne Röntgen, Labor, CT, MR, physikalische Medizin und Leistungen in selbständigen Ambulatorien

⁴ Facharztkontakte Radiologie inkl. Leistungen in selbständigen Ambulatorien (angenähert aus Leistungsabrechnungen)

⁵ Facharztkontakte Medizinische und chemische Labordiagnostik inkl. Leistungen in selbständigen Ambulatorien (angenähert aus Leistungsabrechnungen)

⁶ Facharztkontakte CT, MR und sonstige Leistungen (FG 84) ((E-card-Steckungen)

⁷ Facharztkontakte physikalische Medizin inkl. Leistungen in selbständigen Ambulatorien (angenähert aus Leistungsabrechnungen)

⁸ Facharztkontakte in selbständigen Ambulatorien (FG 85) (E-card-Steckungen)

⁹ Facharztkontakte im Gesundheitszentrum Mariahilf der WGKK (angenähert aus Leistungsabrechnungen)

Darstellung und Berechnung: GÖ FP

Ergänzend zu Indikator 60 wurde der Anteil der Facharztkontakte ohne Überweisung durch eine allgemeinmedizinische Ordination an allen Facharztkontakten betrachtet, wobei dieser Anteil aufgrund der unvollständigen Dokumentation der Zuweisungen in den Routinedaten der WGKK wie folgt angenähert wurde:

- » Facharztkontakte, bei denen in den 30 Tagen zuvor kein Kontakt mit der allgemeinmedizinischen Stammordination stattgefunden hat, wurden als fachärztliche Inanspruchnahme „ohne Überweisung“ gewertet.

- » Fachgruppen, bei denen jedenfalls ein hoher Anteil an Patientenkontakten ohne Zuweisung durch eine allgemeinmedizinische Ordination zu erwarten ist – das sind jedenfalls Kinder- und Jugendheilkunde sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe – wurden ausgeschlossen.
- » Darüber hinaus wurden Kontakte mit Zahnärzten, Kieferorthopäden, zahnmedizinischen Ambulatorien etc. ausgeschlossen. (vgl. Facharztkontakte 1)

Im zweiten Evaluierungsjahr ergab sich in der Gruppe der PHC-Stammpatientinnen/-patienten ein Anteil von 49,48 Prozent Facharztkontakte (ohne FA für Kinder- und Jugendheilkunde sowie FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe) ohne vorhergegangenen Kontakt zur Stammordination (30 Tage davor). In der Vergleichsgruppe liegt der Anteil höher: 53,62 Prozent aller Facharztkontakte fanden hier ohne vorherigen Kontakt mit der allgemeinmedizinischen Stammordination statt. Die Anzahl der Kontakte unterscheidet sich zwischen den Gruppen signifikant ($p < 0,001$; χ^2 -Test).

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Die Facharztkontakte insgesamt – d. h. inklusive Röntgen, Labor, physikalische Medizin und Ambulatorien – von Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM liegen im zweiten Evaluationsjahr bei 6,07 Kontakten je Person und damit um 0,17 Kontakte je Person über dem Wert des ersten Evaluationsjahres. Die Vergleichsgruppe weist 6,14 Facharztkontakte je Stammpatient/-patientin auf, das sind um 0,12 Kontakte weniger als in der Vorperiode. Der Unterschied zwischen der FA-Inanspruchnahme der Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM und der Vergleichsgruppe im aktuellen Evaluationsjahr ist nicht statistisch signifikant. Die Facharztkontakte in einer engeren Definition (ohne Röntgen, Labor, physikalische Medizin und Ambulatorien) zeigen geringere Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr: Hier weisen die Stammpatientinnen und -patienten des PHC MM im zweiten Evaluierungsjahr statistisch signifikant unterschiedliche, geringfügig geringere Facharztkontakte auf als jene der Vergleichsgruppe auf.

Für die einzelnen Untergruppen zeigen sich folgende Veränderungen gegenüber dem ersten Evaluationsjahr: Die Facharztkontakte im Bereich CT und MR zeigen einen geringen, nunmehr statistisch signifikanten Unterschied zwischen den PHC-Stammpatientinnen/-patienten und jenen der Vergleichsgruppe (0,13 vs. 0,10), ebenso zeigt sich im zweiten Evaluationsjahr eine höhere Inanspruchnahme der selbständigen Ambulatorien durch PHC-Stammpatientinnen/-patienten gegenüber der Vergleichsgruppe; auch dieser Unterschied ist statistisch signifikant.

Indikator 61 – Ambulanzkontakte

Ein Ziel, das durch das Etablieren neuer Primärversorgungsstrukturen erreicht werden soll, ist die zielgerichtete Versorgung auf der richtigen Versorgungsstufe und damit auch die Entlastung der Spitalsambulanzen. Der Indikator gibt die durchschnittliche Anzahl der Ambulanzkontakte im Betrachtungszeitraum pro Stammpatient/in des PHC MM bzw. der Vergleichsgruppe wieder.

Um jene Ambulanzkontakte abzubilden, die allfällig durch neue Primärversorgungsstrukturen vermieden werden können, wurden ausschließlich Ambulanzkontakte in allgemeinen Notfallambulanzen sowie Kindernotfallambulanzen, die 24 Stunden an sieben Tagen pro Woche geöffnet haben, betrachtet. Spezialambulanzen, die auf ärztliche Zuweisung in Anspruch genommen werden können, wurden aus der Betrachtung ausgeschlossen.

Tabelle 4.20:

Indikator 61 – Ambulanzkontakte pro 100 Stammpatientinnen/-patienten im Betrachtungszeitraum

	Evaluationsjahr 1				Evaluationsjahr 2			
	PHC MM	Vergleichsgruppe	Differenz absolut / in Prozent	p-Wert ¹	PHC MM	Vergleichsgruppe	Differenz absolut / in Prozent	p-Wert ¹
Anzahl der Ambulanzkontakte	14,31	15,66	1,35/9,4 %	0,1745	12,72	14,48	1,76/13,8 %	0,029

¹ = Zweistichproben t-Test

Darstellung und Berechnung: GÖ FP

Darüber hinaus wurden die Ambulanzkontakte, die in oben definierten Ambulanzen an Wochentagen (exkl. Feiertagen) stattgefunden haben, betrachtet: Es ergeben sich 8,40 Ambulanzkontakte pro 100 Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM und 9,40 Ambulanzkontakte pro 100 Stammpatientinnen/-patienten der Vergleichsgruppe (Differenz 1,0; $p = 0,10$, daher nicht statistisch signifikant).

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Im zweiten Evaluationsjahr hatten die Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM mit 12,72 weniger Ambulanzkontakte als die Betrachtungsgruppe des ersten Evaluierungsjahrs, in der Vergleichsgruppe sind es 14,48 je 100 und damit geringfügig weniger als in der Vorperiode. Der Unterschied war im zweiten Evaluationsjahr statistisch signifikant.

Indikator 62 – Stationäre Aufenthalte

Die Zahl nicht notwendiger Spitalsaufenthalte soll durch Etablieren neuer Primärversorgungsstrukturen reduziert werden. Der Indikator gibt die durchschnittliche Anzahl der stationären Aufenthalte pro Jahr von PHC-Stammpatienten/-patientinnen und von der Vergleichsgruppe an.

Tabelle 4.21:

Indikator 62 – Stationäre Aufenthalte pro 100 Stammpatientinnen/-patienten im Betrachtungszeitraum

	Evaluationsjahr 1				Evaluationsjahr 2			
	PHC MM	Vergleichsgruppe	Differenz absolut / in Prozent	p-Wert ¹	PHC MM	Vergleichsgruppe	Differenz absolut / in Prozent	p-Wert ¹
Anzahl stationärer Aufnahmen gesamt	19,72	21,27	1,55 9,7 %	0,255	24,79	22,12	- 2,76 / - 10,8 %	0,062
Anzahl stationärer Aufnahmen – Null-Tage-Aufenthalte	4,95	6,67	1,72/34,7 %	0,081	7,44	6,73	- 0,71 / - 9,5 %	0,532
Anzahl stationärer Aufnahmen ohne Null-Tage-Aufenthalte	14,77	14,59	- 0,17 / - 1,2 %	0,830	17,35	15,39	- 1,96 / - 11,3 %	0,012

¹ = Zweistichproben t-Test

Darstellung und Berechnung: GÖ FP

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Die Anzahl der stationären Aufenthalte pro 100 Stammpatientinnen/-patienten unterscheidet sich auch im zweiten Evaluationsjahr nicht statistisch signifikant zwischen PHC MM und der Vergleichsgruppe, auch wenn die durchschnittlichen Werte im zweiten Evaluationsjahr im PHC MM mit 24,79 Aufenthalten je 100 Stammpatientinnen/-patienten über jenen der Vergleichsgruppe mit 22,12 Aufenthalten je 100 Stammpatientinnen/-patienten liegen. Die Anzahl der Null-Tage-Aufenthalte unterscheidet sich ebenfalls nicht statistisch signifikant zwischen den beiden Gruppen. Für stationäre Aufnahmen ohne Null-Tage-Aufenthalte ergeben sich im zweiten Evaluationsjahr für das PHC MM deutlich höhere Werte für die Vergleichsgruppe (17,35 vs. 15,39). Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($p = 0,01$).

4.3.2 Stärkung der Allgemeinmedizin

Die Indikatoren zur Beantwortung der Evaluationsfragen zum Ziel „Stärkung der Allgemeinmedizin“ wurden im zweiten Evaluierungsjahr nicht erhoben, diese Indikatoren sind

- » *Indikator 63 – Öffentlichkeitsarbeit wie Vorträge, Publikationen etc.*
- » *Indikator 64 – Weiterbildung aus Sicht der Gesellschafter/in*
- » *Indikator 65 – Weiterbildung (Mitarbeiter/innen)*

4.3.3 Qualitätssicherung

Dem Thema Qualitätssicherung sind sechs Indikatoren (Indikatoren 66–71) – alle aus der Information und Dokumentation des PHC MM – zuzurechnen. Im Bereich der Qualitätssicherung gab es im Vergleich zum ersten Evaluationsjahr keine relevanten Veränderungen.

Indikator 66 – Einsatz ICPC–2

Im zweiten Evaluierungsjahr (Bezugszeitraum Q3/2016–Q2/2017) wurde noch nicht mittels ICPC–2 (International Classification of Primary Care, second edition) dokumentiert. Diese Codierung ist seit September 2017 am PHC MM im Einsatz.

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Es gab keine Änderungen gegenüber dem ersten Evaluationsjahr.

Indikator 67 – Qualitätsmanagementsysteme

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.

Diese Angaben spiegeln sich im Versorgungskonzept des PHC MM in Punkt 5.2.2 (Medizin Mariahilf 2017).

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Es gab keine Änderungen gegenüber dem ersten Evaluationsjahr.

Indikator 68 – Reflexionsmöglichkeiten für Personal

- » Reflexionsprozesse sind im PHC MM wenig formalisiert, funktionieren nach Angaben der Gesellschafter/in jedoch gut.
- » Möglichkeiten zur Reflexion haben die Mitarbeiter/innen in allen Teamsitzungen, zu 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.

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Es gab keine Änderungen gegenüber dem ersten Evaluationsjahr.

Indikator 69 – Teilnahme an Qualitätszirkeln

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

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Es gab keine Änderungen gegenüber dem ersten Evaluationsjahr.

Indikator 70 – Qualifizierung durch DMP-Schulung

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Bereich DMP (aktuell ist das „Therapie Aktiv“) tätig sind und Patientinnen/Patienten betreuen, verfügen über eine Ausbildung und Weiterbildung hierzu (Stand Juni 2017: ein Gesellschafter und zwei diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger/innen).

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Es gab keine Änderungen gegenüber dem ersten Evaluationsjahr.

Indikator 71 – DFP-Diplom

Alle im PHC MM tätigen Ärztinnen/Ärzte verfügen über ein DFP-Diplom (Diplom-Fortbildungs-Programm der Österreichischen Ärztekammer).

Veränderungen gegenüber Evaluationsjahr 1

Es gab keine Änderungen gegenüber dem ersten Evaluationsjahr.

4.3.4 Honorierungsmodelle

Indikator 72 – Honorierungsmodelle bezüglich der Leistungen wurden im zweiten Evaluationsjahr nicht erhoben.

5 Beantwortung der Evaluationsfragen

Die Evaluationsfragen werden im Rahmen des Projekts entsprechend dem Mixed-Methods-Ansatz auf Basis von Indikatoren beantwortet, die nach quantitativen und qualitativen Methoden erhoben werden (vgl. Kapitel 3). Im ersten und dritten Evaluationsjahr wurden/werden dafür alle Indikatoren erhoben.

Im zweiten Evaluationsjahr war nur eine Auswertung jener Indikatoren vorgesehen, die aus Routedaten der WGKK gebildet werden. Darüber hinaus werden Informationen und Dokumentationen aus dem PHC MM – soweit diese verfügbar sind – herangezogen. Sowohl die Patientenbefragung als auch die Interviews mit den Gesellschaftern / der Gesellschafterin und den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen wurden im zweiten Evaluationsjahr nicht durchgeführt. Insofern ist die Beantwortung der Evaluationsfragen im zweiten Evaluierungsjahr nur teilweise möglich.

5.1 Zielebene Patientinnen und Patienten

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

Im zweiten Evaluierungsjahr waren 10.007 Patientinnen und Patienten dem PHC MM als Stammordination zuzurechnen, das sind deutlich mehr als im ersten Evaluierungsjahr (8.830). 6.415 Personen waren in beiden Betrachtungsjahren Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM. Im Vergleich zur Gruppe der PHC-Stammpatientinnen und -patienten des ersten Evaluierungsjahres zeigen sich in allen soziodemographischen Faktoren statistisch signifikante Unterschiede.

Jedoch ergeben sich – bei Betrachtung der PHC-MM-Stammpatientinnen/-patienten im Vergleich zur Stammpatientenschaft der anderen allgemeinmedizinischen Praxen im 6. und 7. Wiener Gemeindebezirk – im zweiten Evaluierungsjahr weiterhin dieselben Unterschiede wie im ersten:

Weiterhin 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 PHC-MM-Patientenschaft ist im Durchschnitt um 6,18 Jahre jünger, die Alterskategorien „60–74 Jahre“ und „75 Jahre und mehr“ sind deutlich schwächer vertreten.

Hinsichtlich des Geschlechts zeigt sich kein statistisch signifikanter Unterschied.

Einen weiteren Strukturunterschied stellt der Patientenwohnort dar: Ein statistisch signifikant größerer Anteil der PHC-MM-Stammpatienten und -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 hat das PHC MM einen statistisch signifikant geringeren Anteil an rezeptgebührenbefreiten² Stammpatientinnen/-patienten als die anderen Ordinationen.

Einschränkend ist anzumerken, dass ausschließlich soziodemographische Patientendaten zur Beschreibung der Patientenstruktur vorliegen. Es liegen keine Daten zur Morbidität der Patientinnen/Patienten (Diagnosedaten) vor.

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

Evaluationsfrage 2 kann aufgrund der im zweiten Evaluierungsjahr erhobenen Daten (keine Befragung zur Patientenzufriedenheit) nur eingeschränkt beantwortet werden.

In Bezug auf die Anzahl der Patientinnen/Patienten und die Art der Kontakte zeigt sich eine geringfügige Zunahme der im PHC MM zumindest einmal versorgten WGKK-Versicherten (+481 Personen) gegenüber dem ersten Evaluationsjahr, bei einem deutlichen Anstieg der Kontakte (+12.755 e-card-Steckungen). Dieser Anstieg ist großteils auf Regelfälle zurückzuführen, im Bereich der Vertretungskontakte war hingegen ein Rückgang zu verzeichnen.

Zur Inanspruchnahme der Tagesrandzeiten wurde seitens des PHC MM rückgemeldet, dass weiterhin die erste Stunde am Morgen (Mo, Mi-Fr 8:00–9:00 und Dienstag 7:00–8:00) überproportional stark frequentiert wurde. Die letzte Öffnungsstunde am Abend (18:00–19:00) wurde hingegen unterdurchschnittlich in Anspruch genommen.

Personelle Besetzung

Bezüglich der personellen Besetzung gab es im Vergleich zum ersten Evaluationsjahr keine Veränderungen, d. h. grundsätzlich ist das PHC zu den angegebenen Öffnungszeiten Montag bis Freitag mit drei Ärzten/Ärztinnen parallel besetzt (Ausnahme Dienstag von 7:00–7:30 Uhr). Zusätzlich ist eine auszubildende Ärztin bzw. ein auszubildender Arzt 35 Stunden pro Woche anwesend. Insgesamt gibt es im PHC MM zwei Pflegekräfte. Am Vormittag ist montags bis freitags eine Pflegekraft verfügbar, nachmittags nur nach Terminvereinbarung. Pro Woche stehen acht Stunden für Psychotherapie zur Verfügung, jeweils vier Stunden am Dienstag- und am Donnerstagvormittag. Eine dieser acht Stunden ist für Teamsitzungen bzw. Supervision reserviert. Nach demselben zeitlichen Schema wird seit November 2016 auch Ernährungsberatung angeboten.

Die Anzahl der Hausbesuche je 100 Stammpatienten/-patientinnen ist im PHC MM etwa gleich hoch wie im ersten Evaluationsjahr, es zeigten sich im Betrachtungszeitraum – ebenso wie im

2

Rezeptgebühren-Befreiung kann aus sozialen Gründen (Einkommen) oder aus Krankheitsgründen (erreichen der Rezeptgebühren-Obergrenze) im Jahresverlauf zugestanden werden.

ersten Evaluationsjahr – (knapp) keine signifikanten Unterschiede in zwischen PHC MM und den Vergleichsordinationen. Die Anzahl der Hausbesuche dient hierbei als Indikator für das Ziel der neuen Primärversorgungsstrukturen, die Versorgung für Patientinnen und Patienten durch aufsuchende Dienste und Hausbesuche sicherzustellen.

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 haben sich die Wartezeiten gegenüber der ersten Evaluationsperiode reduziert: Die Öffnungszeiten mit Wartezeiten über 40 Minuten sind von etwa einem Drittel auf ein Fünftel der Gesamtöffnungszeit zurückgegangen, jene mit Wartezeiten unter 20 Minuten von einem Sechstel auf ein Viertel gestiegen.

Errechnet wurden die durchschnittlichen Wartezeiten anhand zweier typischer Wochen analog zum 1. Evaluationsjahr. Die durchschnittliche Wartezeit für beide Wochen ist im Vergleich zum 1. Evaluationsjahr von 22,5 auf 23,8 Minuten gestiegen (16,1 Minuten in der „schwachen Woche“ und 28,3 Minuten in der „starken Woche“), wobei die Wartezeiten nach wie vor nach Wochentag und Uhrzeit stark variieren.

Nahezu unverändert gegenüber dem ersten Evaluationsjahr sind Terminvereinbarung und Wartezeiten für das zusätzliche Leistungsangebot: Termine werden für die zusätzlichen Leistungsangebote psychotherapeutische Beratung, Pflege und Ernährungsberatung vergeben. Die Vergabe des Ersttermins erfolgt durch den Arzt bzw. die Ärztin; Folgetermine werden direkt vereinbart. Die Wartezeit auf Termine für Zusatzleistungen des PHC betrug im Juli 2017 drei Wochen für einen Ersttermin einer psychotherapeutischen Beratung. Für dringende Fälle gibt es Akut-Slots. Für das seit November 2016 angebotene Leistungsangebot „Ernährungsberatung“ kann die Wartezeit zwischen einer Woche und 10 Tagen betragen.

Terminvereinbarung mit externen Kooperationspartnern werden weiterhin nicht routinemäßig, sondern nur in akuten Fällen vom PHC MM übernommen. 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 gesendet oder der Patientin / dem Patienten mitgegeben wird. Eine elektronische Übermittlung soll im Rahmen von ELGA möglich werden.

Barrierefreiheit

Auch hier gilt unverändert gegenüber dem ersten Evaluationsjahr, dass der öffentliche Zugang sowie alle Räumlichkeiten des PHC und die Sanitäräumlichkeiten barrierefrei gestaltet sind. Die Homepage ist nicht barrierefrei.

3. In welcher Hinsicht wurde 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?

Zur Beantwortung der Evaluationsfrage 3 liegen im zweiten Evaluationsjahr nur zwei Indikatoren (vgl. Tabelle 2.1) aus der PHC-Information und -Dokumentation vor, daher sind nur bedingt Aussagen zu treffen.

Zusatzleistungen im Vergleich zu Einzelpraxen der Allgemeinmedizin sind im PHC MM psychotherapeutische Beratung, Pflegeleistungen (Infusions- und Injektionstherapie, Verbandswechsel, Blutgerinnungskontrollen, EKG und patientennahe Labordiagnostik), Ernährungsberatung (seit November 2016, bis Juni 2016 Beratung durch eine Sozialarbeiterin) und der Fokus auf Diabetesberatung im Rahmen von „Therapie Aktiv“.

Die Daten zur Inanspruchnahme des zusätzlichen Leistungsangebotes zeigen, dass dieses gut angenommen wird: Die Anzahl der erbrachten Pflegeleistungen ist um 22 Prozent gestiegen. Eine Steigerung ist bei allen Einzelleistungen zu sehen, mit Ausnahme des Verbandswechsels. Speziell die Leistung „Reinigung/Wundtoilette – große Wunde“ ist seit der Vorperiode um mehr als das Doppelte gestiegen.

Auch der Bereich der psychotherapeutischen Beratung wird weiterhin sehr gut angenommen – hier kam es im Kalenderjahr 2017 zu einem Anstieg der in Anspruch genommenen Beratungen um rund 50 Prozent gegenüber dem Jahr 2016. Dieser Anstieg ist auf die Anzahl der Folgeberatungen zurückzuführen, während die Erstberatungen leicht rückläufig waren. Ernährungsberatung wird erst seit November 2016 angeboten. Im Rahmen des Programms „Therapie Aktiv“ wurden im Betrachtungszeitraum 171 Leistungen in Anspruch genommen. Die Anzahl der „Therapie Aktiv“-Leistungen ist – im Vergleich zum 1. Betrachtungszeitraum – auf mehr als das Doppelte gestiegen. Im PHC MM liegt der Anteil jener Stammpatientinnen/-patienten mit Diabetes mellitus 2, die in der Ordination Leistungen aus dem Therapie-Aktiv-Programm in Anspruch nehmen, bei 17 % (das sind +1,7 % gegenüber dem Evaluationsjahr 1), in der Vergleichsgruppe bei 1,52 %, wobei die Differenz in der geringen Zahl der am Programm teilnehmenden Ärzte in der Vergleichsgruppe begründet ist.

Auf der Website werden die Leistungen im PHC MM – und implizit auch die Leistungen der Pflege – beschrieben, ein expliziter Hinweis auf das erweiterte Leistungsangebot psychotherapeutische Beratung und Ernährungsberatung wird aktuell nicht gegeben.

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

Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM weisen eine höhere Anzahl von Kontakten zu Allgemeinmedizinern/-medizinerinnen auf als die Vergleichsgruppe, die Anzahl der Ambulanzbesuche je 100 Stammpatientinnen/-patienten ist niedriger. Hinsichtlich der Facharztbesuche (breit) und der Anzahl der stationären Aufnahmen zeigt sich zwischen PHC-Stammpatienten/-patientinnen und der Vergleichsgruppe kein statistisch signifikanter Unterschied (siehe dazu auch Evaluationsfrage 14).

5.2 Zielebene Anbieter/innen (Organisationsform/Berufsgruppen)

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 weiterhin nur sehr eingeschränkt möglich, da im Betrachtungsraum der zweiten Evaluationsperiode noch keine Dokumentation der Diagnosen (nach ICPC-2) vorliegt.

Damit steht weiterhin nur der aus Routinedaten gebildete Indikator „Anteil der im Rahmen des Programms „Therapie Aktiv“ betreuten Typ-2-Diabetiker/innen (DM-2)“ zur Verfügung. Das Programm hat zum Ziel, dass 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 ersten Evaluationsjahr 37 Erstberatungen und 40 Folgeberatungen im Rahmen von „Therapie Aktiv“ durchgeführt, im zweiten Evaluationsjahr wurden 12 Erst- und 159 Folgeberatungen in Anspruch genommen. Die Daten der WGKK zeigen, dass im Betrachtungszeitraum (Q3/2016–Q2/2017) 17 Prozent der Stammpatientinnen/-patienten mit DM-2³ im Rahmen von „Therapie Aktiv“ im PHC MM vs. 1,52 Prozent der Stammpatientinnen/-patienten in der Vergleichsgruppe in der jeweiligen allgemeinmedizinischen Stammordination betreut wurden, wobei nur zwei der allgemeinmedizinischen Vergleichsordinationen am Programm „Therapie Aktiv“ teilnehmen. Das entspricht einer Steigerung des im PHC MM betreuten Anteils von 1,7 Prozentpunkten gegenüber dem ersten Evaluationsjahr.

Österreichweit werden laut Website von „Therapie Aktiv“ durchschnittlich sieben Prozent der DM-2-Patientinnen/-Patienten im Rahmen von „Therapie Aktiv“ von Allgemeinmediziner/-medizinerinnen und Fachärztinnen/-ärzten für Innere Medizin betreut.

Daten, die von der WGKK für das Jahr 2017 zur Verfügung gestellt wurden, zeigen, dass jene 50 Allgemeinmediziner/innen, die die höchsten Einschreibezahlen in das Programm haben, je zwischen 86 und 364 Patientinnen/Patienten im Rahmen von „Therapie Aktiv“ betreuen. Werden nur jene Patienten in der Auswertung berücksichtigt, für die eine gültige Dokumentation für das Jahr 2017 vorliegt, so sind dies zwischen 41 und 241 Patientinnen/Patienten je Allgemeinmediziner/in. Gemessen an den Patienten mit eingelöster Verordnung von oralen Antidiabetika (in Q4/2017) ergeben sich Anteile von im Rahmen von „Therapie Aktiv“ betreuten Patientinnen/Patienten von

3

Die Bezugsgruppe „DM-2-Patienten“ wurde aus den Routinedaten über die Verordnung von oralen Antidiabetika (inkl. Kombinationstherapie) gebildet.

35 Prozent bis 265 Prozent (durchschnittlich 125 %). Gemäß den Auswertungen der WGKK gibt es einen Anteil von 20 – 25 Prozent der Diabetiker/innen, die nicht-medikamentös behandelt werden.

Seitens des PHC MM wurde auch im aktuellen Evaluationsjahr festgehalten, dass die Betreuung und Versorgung chronisch kranker, multimorbider oder geriatrischer Patientinnen und Patienten Teil der umfassenden hausärztlichen Tätigkeit ist. Darüber hinaus ist seitens des PHC MM in Planung, Hausbesuche durch Pflegepersonal zu etablieren.

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?

Als gesundheitsfördernde und präventive Leistungen werden – wie bereits im ersten Evaluationsjahr – das Disease-Management-Programm „Therapie Aktiv“ (vgl. dazu Evaluationsfrage 5), Vorsorgeuntersuchungen (Gesundenuntersuchung und Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen) sowie Impfungen (auch im Rahmen des Kinderimpfprogramms) angeboten. Schulungen im Rahmen des DMP „Therapie Aktiv“ werden zum Teil auch extern durchgeführt. Neu im PHC MM ist seit November 2016 die Ernährungsberatung.

Ein Erinnerungssystem für die Gesundenuntersuchung wurde im zweiten Evaluationsjahr umgesetzt, weitere individuelle Erinnerungen für Impfungen sind nun angedacht.

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

9,54 Prozent der PHC-Stammpatientinnen/-patienten ab 18 Jahren haben im Betrachtungszeitraum eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen, in der Vergleichsgruppe waren es 18,56 Prozent. Betrachtet man die von „Stammordinationen“ durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen, betragen die Werte 7,81 Prozent für das PHC MM und 16,86 Prozent für die Vergleichsordinationen. Trotz eines – im Vergleich zum ersten Evaluierungsjahr – um 2,1 Prozentpunkte höheren Anteils an den Stammpatientinnen/-patienten, die eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen haben, liegt der Wert des PHC MM noch immer deutlich unter dem der Vergleichsgruppe, dieser Unterschied ist statistisch signifikant. Auch liegt der Anteil noch immer unter dem durchschnittlichen Patientenanteil mit Vorsorgeuntersuchungen in Wien (2015: 13,2 %) (Friedrich et al. 2016).

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

Im Vergleich zum Evaluationsjahr 1 ergeben sich keine relevanten Änderungen in Bezug auf Evaluationsfrage 7. Es gilt weiterhin, dass es – gemäß Rückmeldung des PHC MM – keine formalisier-

ten Vereinbarungen im Rahmen bereits vorhandener Kooperationen mit anderen Leistungsanbietern, beispielsweise zum elektronischen Austausch patientenrelevanter Informationen, gibt. Grund hierfür sind fehlende technischer Voraussetzungen und unklare gesetzliche Rahmenbedingungen.

Nicht formalisierte Vereinbarungen bestehen weiterhin zwischen dem PHC MM und dem GZ Mariahilf, niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen in der näheren Umgebung und dem Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern. Das Versorgungskonzept hält hier Allgemeines zu Zuweisung/Überweisung in der SOP Weiterleitung intern/extern (wie allfällige Vermittlung von Fachärzten in akuten Fällen, Kontaktaufnahme bei Überweisung in die Spitalsambulanzen der Barmherzigen Schwestern, Ersuchen um Befundübermittlung bei Überweisungen) fest.

Das gemeinsame elektronische Dokumentationssystem innerhalb des PHC MM (Software *Innomed*) ist weiterhin im Einsatz und 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 – mit Hilfe eines Farbkodierungssystems – auch für interne Patientenübergabe-Prozesse zwischen den verschiedenen Berufsgruppen verwendet. Zusätzlich gibt es eine eigene Pflegedokumentation nach dem Krankenpflegegesetz. Es gibt keine Veränderungen zu ersten Evaluationsjahr.

Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM konsultierten auch im zweiten Evaluationsjahr im Durchschnitt weniger allgemeinmedizinische Ordinationen als Patientinnen/Patienten der Vergleichsgruppe (1,11 vs. 1,27, $p < 0,001$), was hinsichtlich der Versorgungskontinuität als positiv zu werten ist.

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

Grundsätzlich ist eine Beurteilung der Verschreibungsqualität nach wie vor nur sehr eingeschränkt möglich, da keine Diagnosen-Dokumentation (nach ICPC-2) vorliegt. Zum Verschreibungsverhalten wurden Indikatoren gebildet, die aus den verfügbaren Routinedaten ableitbar waren.

Die Anzahl der von der Stammordination PHC MM über den Betrachtungszeitraum durchschnittlich verschriebenen Präparate unterscheidet sich nicht signifikant von jener der Vergleichsgruppe (8,04 vs. 7,60 Präparate pro Patient/in und Jahr), wobei die Anzahl in beiden Gruppen höher liegt als im ersten Evaluationsjahr. Insgesamt⁴ wurden an Stammpatientinnen und -patienten des PHC MM und an jene der Vergleichsgruppe durchschnittlich 11,4 Arzneimittelpackungen abgegeben, auch für diesen Indikatoren ist die Differenz nicht signifikant.

4

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

Hinsichtlich Polypharmazie⁵ zeigt sich im zweiten Evaluierungsjahr weder bei Betrachtung aller Personen noch in den beiden separat betrachteten Altersklassen (60–74 Jahre und 75 Jahre und mehr) ein signifikanter Unterschied zwischen den Stammpatientinnen/–patienten des PHC MM und der Vergleichsgruppe. Während der Anteil der Stammpatientinnen/–patienten mit Polypharmazie im PHC MM bei 5,7 Prozent liegt – das sind um 0,8 Prozentpunkte mehr als im ersten Evaluationsjahr – beträgt der Anteil in der Vergleichsgruppe 5,6 Prozent (nahezu unverändert zu Evaluationsjahr 1). Der im ersten Evaluierungsjahr gezeigte statistisch signifikante Unterschied von –0,74 Prozentpunkten zwischen dem Anteil der Stammpatientinnen/–patienten des PHC MM, der die Kriterien für Polypharmazie erfüllt, und der Vergleichsgruppe zeigte sich im zweiten Evaluierungsjahr nicht.

Auch der Anteil der im PHC MM verordneten Generika am generikafähigen Markt (52,7 %) im PHC MM im Evaluationsjahr 2 entspricht nahezu dem ersten Evaluationsjahr, während der Generika-Anteil in der Vergleichsgruppe im zweiten Evaluationsjahr bei 55,7 Prozent lag. Der Unterschied zwischen den Gruppen von –2,9 Prozentpunkten ist statistisch signifikant. Als Relation kann hier auch der generelle Anteil von Generika-Verordnungen am generikafähigen Kassenmarkt über alle Leistungserbringer vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger angeführt werden, der für das Jahr 2016 mit 53,10 Prozent angegeben wird. (vgl. Zimmermann/Rainer 2018)

Der Anteil der Stammpatientinnen/–patienten des PHC MM, denen unabhängig vom verordnenden Arzt / von der verordnenden Ärztin mindestens ein Antibiotikum verordnet wurde, lag im zweiten Evaluationsjahr bei knapp 37,0 Prozent – das ist um 0,7 Prozentpunkte mehr als im ersten Evaluationsjahr –, während er in der Vergleichsgruppe bei 34,5 Prozent lag (das sind 0,9 Prozentpunkte weniger als im ersten Evaluationsjahr). Somit liegt der Anteil der Stammpatientinnen/–patienten die im zweiten Evaluationsjahr mindestens eine Antibiotikaverordnung erhalten haben im PHC MM um 2,4 Prozentpunkte höher als in den Vergleichsordinationen, diese Differenz ist statistisch signifikant. Auch jene Antibiotikaverordnungen, die durch die Stammordination ausgestellt wurden, zeigen einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen: 24,9 Prozent der PHC-Stammpatientinnen/–patienten und damit um 5,2 Prozentpunkte mehr als in der Vergleichsgruppe (19,7 Prozent) erhielten mindestens ein Antibiotikum im Betrachtungszeitraum. Auch wenn die relativ höhere Differenz der Stammpatientinnen/–patienten mit Antibiotikaverordnung durch die Stammordination zwischen PHC MM und allen Vertragspartnern darauf hindeuten könnte, dass das PHC MM auch Versorgungsleistungen übernimmt, die sonst auf anderer Ebene erbracht werden, ist der Anteil der Stammpatientinnen/–patienten des PHC MM, denen unabhängig vom verordnenden Arzt / von der verordnenden Ärztin mindestens ein Antibiotikum verordnet wurde, signifikant höher als jener der Vergleichsgruppe.

5

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

Der Anteil der Stammpatientinnen und -patienten über 18 Jahre, denen innerhalb eines Jahres zumindest ein Antidepressivum⁶ verordnet wurde, ist in beiden Gruppen höher als im Vorjahr, unterscheidet sich im zweiten Evaluationsjahr – wie bereits im ersten Evaluationsjahr – jedoch nicht statistisch signifikant zwischen dem PHC MM und der Vergleichsgruppe (8,59 % vs. 8,70 %). 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 ist der Anteil in beiden Gruppen (PHC MM 0,62 %; Vergleichsgruppe 0,73 %) niedriger als im ersten Evaluationsjahr, der Unterschied zwischen den beiden Gruppen ist nicht statistisch signifikant.

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

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?

Zur Beantwortung der Evaluationsfrage 9 liegt im zweiten Evaluationsjahr nur ein Indikator (vgl. Tabelle 2.1) aus der PHC-Information und -Dokumentation vor, daher kann nur eine Teilaussage getroffen werden.

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).

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

Im zweiten Evaluierungsjahr wurden keine Indikatoren zur Beantwortung der Evaluationsfrage 10 erhoben.

6

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

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

Im zweiten Evaluationsjahr liegen ausschließlich Informationen aus der PHC-Information und -Dokumentation zur Beantwortung der Evaluationsfrage 11 vor; somit sind nur bedingt Aussagen möglich. Änderungen gegenüber dem ersten Evaluationsjahr ergeben sich keine, einzelne Punkte sind jedoch im nun vorliegenden Versorgungskonzept schriftlich festgehalten.

Wie bereits im ersten Evaluationsjahr kann festgehalten werden, dass die interne Kommunikation und Vernetzung über eine Reihe von Teamsitzungen sichergestellt wird. Es gibt ein tägliches „Meet and Greet“ aller an diesem Tag im PHC Beschäftigten, wöchentliche Administrationsteam-Besprechungen, monatliche Ärzteteam-Besprechungen und Gesamtteam-Meetings sowie Gesellschafterteam-Besprechungen in regelmäßigen Abständen.

Um den Austausch zu ermöglichen, ist in der wöchentlichen Arbeitszeit (von 8 Stunden) der Psychotherapeutin und der Ernährungsberaterin (früher der Sozialarbeiterin) eine Stunde explizit für Besprechungen, Vernetzung und verwandte 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 separat dokumentiert. Diese Dokumentation ist nicht von anderen (ärztlichen und nicht ärztlichen) Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen einsehbar. Es findet jedoch ein persönlicher Austausch zwischen dem/der zuweisenden Arzt/Ärztin und der Psychotherapeutin nach dem Erstgespräch statt.

Neu ist im zweiten Evaluierungsjahr die Planung, Hausbesuche durch das Pflegepersonal zu etablieren.

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

Zur Beantwortung der Evaluationsfrage 12 liegt im zweiten Evaluationsjahr nur ein Indikatoren (vgl. Tabelle 2.1) aus der PHC-Information und -Dokumentation vor. Im Vergleich zum ersten Evaluierungsjahr ergeben sich hier keine Änderungen, Angaben zur Flexibilität der Arbeitszeiten werden im Versorgungskonzept getätigt.

Differenziert nach den unterschiedlichen Berufsgruppen bestehen nach wie vor 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 Wochenstunden entspricht. Die Arbeitszeiten sind flexibler als in einer Einzelordination. Die Aufgabenteilung erfolgt intern zwischen den Gesellschaftern / der Gesellschafterin und können, abhängig von der jeweiligen Aufgabe, teilweise ortsunabhängig durchgeführt werden. Dies ermöglicht beispielsweise, Kinderbetreuungspflichten besser nachkommen zu können.
- » Die beiden Pflegekräfte arbeiten ebenfalls 30 Wochenstunden.
- » Psychotherapeutin und 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 von Vertretungsärztinnen/-ärzten abgedeckt. Das Ausmaß der Tätigkeit in Form von Wochenarbeitsstunden sowie Angaben zu Anwesenheiten liegen nicht vor.

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 bietet das PHC MM zum Zeitpunkt der Erhebung der zweiten Evaluationsperiode im Juli 2017 zwei Plätze für auszubildende Ärztinnen/Ärzte an. Zusätzlich bestand das Angebot für Famulaturen von Medizinstudenten und für Praktika von auszubildenden Ordinationsassistenten/-assistentinnen sowie die Möglichkeit eines klinisch-praktischen Jahrs (KPJ), die im Betrachtungszeitraum nicht besetzt war. Die Lehrpraxis-Stelle war über den Betrachtungszeitraum von jeweils einer Lehrärztin für je sechs Monate besetzt. Im Betrachtungszeitraum waren drei Auszubildende für die Ordinationsassistenz für jeweils acht Wochen im PHC MM tätig. Famulaturen gab es ebenfalls, das sind allerdings jeweils kurze Zeiträume von etwa zwei Wochen – vor allem zu Ferienzeiten.

Eine Einschätzung der Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten wurde in der zweiten Evaluationsperiode nicht abgefragt.

5.3 Zielebene Systemsteuerung

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?

Das PHC MM hatte mit 84,21 Prozent im zweiten Evaluierungsjahr einen größeren Anteil an Stammpatienten/-patientinnen⁷ als die Vergleichsgruppe (74,36 %). Die im Folgenden beschriebenen Aussagen beziehen sich immer auf die jeweiligen Stammpatientinnen und -patienten des zweiten Evaluierungsjahres (Q3/2016-Q2/2017).

Im zweiten Evaluierungsjahr hatten die Patientinnen und Patienten des PHC MM mit durchschnittlich 7,97 Kontakten pro Jahr wieder signifikant mehr Kontakte zu Allgemeinmediziner/-medizinerinnen als jene der Vergleichsgruppe (6,84/Jahr). Im PHC MM ist ein überproportionaler Anstieg der e-card-Steckungen (+12.755) bei einem Anstieg der WGKK-versicherten Versorgten um 481 Personen erkennbar. Es liegen weiterhin keine Diagnosedaten vor, die höhere Kontaktzahl im PHC MM könnte aber ein Hinweis auf einen höheren Versorgungsbedarf sein.

Bezüglich der durchschnittlichen Anzahl an Facharztbesuchen von Stammpatientinnen und -patienten des PHC MM und der Vergleichsgruppe zeigt sich im zweiten Evaluierungsjahr kein statistisch signifikanter Unterschied (6,07 vs. 6,14). Im ersten Evaluierungsjahr war die Differenz durch eine niedrigere Anzahl an FA-Kontakte in der PHC-MM-Gruppe und einer höheren Anzahl in der Vergleichsgruppe höher als im aktuellen Evaluationsjahr, der Unterschied zwischen den Gruppen war statistisch signifikant. Die Betrachtung der Facharztkontakte ohne Röntgen, Labor, physikalische Medizin und Ambulatorien zeigt jedoch weiterhin einen statistisch signifikanten Unterschied in der Inanspruchnahme, wobei die Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM eine geringere Zahl an FA-Kontakten zeigen. Die Differenz fällt mit -0,15 Kontakten geringer aus als im ersten Evaluationsjahr.

Die Inanspruchnahme von Röntgen- und Laborleistungen lag bei Stammpatienten/-patientinnen des PHC MM weiterhin 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 1,39 Mal im Betrachtungszeitraum auf, jene der Vergleichsgruppe 0,84 Mal.
- » Röntgenleistungen wurden im GZ Mariahilf 0,27 Mal vs. 0,06 Mal in Anspruch genommen.
- » Leistungen im GZ Andreasgasse wurden 0,29 vs. 0,15 Mal in Anspruch genommen (alle Differenzen sind statistisch signifikant).

Bezüglich der Anzahl von Ambulanzbesuchen, die ggf. 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

7

Personen sind bei jenem allgemeinmedizinischen Versorger Stammpatientinnen und Stammpatienten, bei dem sie die überwiegende Anzahl ihrer Arztkontakte hatten.

zwischen den beiden Betrachtungsgruppen im zweiten Evaluationsjahr ein statistisch signifikanter Unterschied: Beide Gruppen weisen niedrigerer Werte als im ersten Evaluierungsjahr auf, wobei Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM durchschnittlich 12,72 Ambulanzkontakte je 100 Stammpatienten aufweisen, in der Vergleichsgruppe sind es 14,48.

Im zweiten Evaluierungsjahr wiesen 19,44 Prozent der Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM und 19,39 Prozent der Vergleichsgruppe weder einen Facharztkontakt (alle Gruppen, inkl. Röntgen und Labor, exkl. Zahnmedizin) noch einen Ambulanzbesuch auf. Die geringe Differenz ist nicht statistisch signifikant. Im ersten Evaluierungsjahr betragen die Werte für die entsprechenden Gruppen 20,70 bzw. 19,29 Prozent, dieser Unterschied war statistisch signifikant.

Die Zahl nicht notwendiger Spitalsaufenthalte soll durch Etablieren neuer Primärversorgungsstrukturen reduziert werden. Bei Betrachtung der durchschnittlichen Anzahl der stationären Aufenthalte zeigen sich im zweiten Evaluierungsjahr – wie bereits im ersten – keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM und der Vergleichsgruppe (24,79 Aufenthalten pro 100 Patientinnen und Patienten im PHC MM vs. 22,12 in der Vergleichsgruppe). Die Werte liegen für die Stammpatientinnen/-patienten im zweiten Evaluierungsjahr deutlich über jenen des ersten Jahres, während die Differenz in der Vergleichsgruppe deutlich geringer ausfällt.

Auch im zweiten Evaluierungsjahr konnte Ziel einer Versorgung auf der richtigen Versorgungsstufe – im Sinn der Primärversorgungseinheit als erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem – bei den Patientinnen und Patienten des PHC MM zumindest tendenziell erreicht werden (. So sind die Allgemeinmedizinerkontakte weiterhin höher als in der Vergleichsgruppe, die Anzahl der Ambulanzbesuche niedriger. Hinsichtlich der Facharztkontakte und der Anzahl der stationären Aufnahmen zeigt sich zwischen PHC–Stammpatienten/-patientinnen und der Vergleichsgruppe kein statistisch signifikanter Unterschied.

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

Im zweiten Evaluierungsjahr wurden keine Indikatoren zur Beantwortung der Evaluationsfrage 15 erhoben.

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

Zum Stand Juni 2017, dem Ende des zweiten Evaluationsjahres (Q3/2016 – Q2/2017) wird noch nicht mittels ICPC–2 dokumentiert, erst im September 2017 startete die Dokumentation über ICPC–2.

Im Bereich anderer Maßnahmen der Qualitätssicherung ergeben sich insgesamt keine relevanten Änderungen gegenüber dem Vorjahr, mit der Ausnahme, dass im Versorgungskonzept nun Prozesse verschriftlicht sind. Es gilt weiterhin:

- » 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/in und Vertretungsärzte/-ärztinnen) mindestens zweimal jährlich teilnehmen.
- » Alle Mitarbeiter/innen, die im Bereich DMP (aktuell ist das „Therapie Aktiv“) tätig sind und Patientinnen/Patienten betreuen, sind hierzu aus- und weitergebildet (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/in jedoch gut. Möglichkeiten zur Reflexion haben die Mitarbeiter/innen bei gegebenem Anlass in allen Teamsitzungen 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?

Im zweiten Evaluierungsjahr wurden keine Indikatoren zur Beantwortung der Evaluationsfrage 17 erhoben.

6 Zusammenfassung/Empfehlungen

Im zweiten Evaluierungsjahr stehen – wie im Detailkonzept (vgl. Fröschl et al. 2016 unveröffentlicht) vorgesehen – nur Daten aus der Datenanalysen mit und ohne Vergleichsgruppe (s. Glossar) sowie Daten aus der PHC-Information und -Dokumentation (wobei hier neben persönlichen Auskünften auch die Angaben aus dem Versorgungskonzept (Stand November 2017) berücksichtigt wurden) zur Verfügung. Daten zur Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten des PHC MM wurden hingegen im zweiten Evaluierungsjahr nicht erhoben, ebenso wurden keine Interviews mit Mitarbeiter- oder Gesellschafter-Interviews durchgeführt. Eine umfassende Beantwortung der Fragestellungen ist erst wieder im dritten Evaluationsjahr möglich.

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

Patientenebene

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

Aus den Daten der WGKK ist ein Anstieg der versorgten Bevölkerung um 481 Personen gegenüber dem ersten Evaluationsjahr (Q3/2015 – Q2/2016) bei einem deutlichen Anstieg der Kontakte (+ 12.755 e-card-Steckungen) ersichtlich. Ob mit dieser Veränderung der Inanspruchnahme eine Veränderung der Morbidität der versorgten Klientel einhergeht, kann aufgrund der verfügbaren Daten nicht gesagt werden. Die Anzahl der Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM stieg im Vergleich mit dem ersten Evaluationsjahr deutlich von 8.830 auf 10.007. Das ist ein Hinweis, dass das PHC MM von der Wohnbevölkerung gut angenommen wird.

Seit Herbst 2017 liegt ein **Versorgungskonzept** vor, welches die wesentlichen Strukturmerkmale (Öffnungszeiten, Ausstattung etc.), Personalmerkmale (inkl. Aus- und Weiterbildung), externe und interne Kooperation und Kommunikation, Versorgungsaufträge und Prozesse beschreibt. Auch wesentliche Prozesse im Patientenkontakt werden dabei in Standardverfahrensanleitungen (SOP) zur ärztlichen wie pflegerischen Grundversorgung, internen Patientenkoordination (Erstkoordination = neue medizinische Indikation vs. Folgekoordination = Folgebesuch zu einer medizinischen Indikation) sowie zur internen und externen Weiterleitung von Patienten beschrieben. Beim Versorgungskonzept handelt es sich um eine Stichtagsbetrachtung des PHC MM, welches jährlich zum 1. April angepasst werden soll.

Die langen Öffnungszeiten des PHC MM werden von den Patientinnen und Patienten weiterhin **in Anspruch genommen**, vor allem auch an den morgendlichen Tagesrandzeiten (7:00–8:00).

Das **erweiterte Leistungsangebot** im Vergleich zu Einzelpraxen der Allgemeinmedizin umfasst weiterhin psychotherapeutische Beratung, Pflegeleistungen (Infusions- und Injektionstherapie, Verbandswechsel, Blutgerinnungskontrollen, EKG und patientennahe Labordiagnostik) sowie das ver-

stärkte Angebot „Therapie Aktiv“. Das erweiterte Leistungsangebot dürfte weiterhin gut angenommen werden: Die Anzahl der Pflegeleistungen insgesamt ist im Gegensatz zur Vorperiode um 22 Prozent gestiegen (vor allem im Bereich der Reinigung/Wundtoilette), die Zahl der in „Therapie Aktiv“ eingeschriebenen Personen stieg weiter an, das Angebot Ernährungsberatung läuft an und wurde von 84 Patientinnen/Patienten bereits in Anspruch genommen, und die Anzahl der in Anspruch genommenen psychotherapeutischen Leistungen ist vom Jahr 2016 zu 2017 um rund 50 Prozent gestiegen. Ein expliziter Hinweis auf die Inhalte dieses erweiterten Leistungsangebotes findet sich aktuell nicht auf der Website. Da im ersten Evaluierungsjahr das erweiterte Leistungsangebot nur ca. 60 Prozent der Patientinnen und Patienten bekannt war, wäre eine Darstellung dieser Leistungen relevant.

Aufgrund der Datenlage (keine Diagnosedokumentation) sind weiterhin keine Aussagen über die **Versorgung chronisch Erkrankter** möglich. Im Versorgungskonzept ist die Versorgung dieser Patientengruppe festgeschrieben.

Eine **Terminvereinbarung mit externen Kooperationspartnern** erfolgt weiterhin nur in wenigen, hauptsächlich akuten Fällen, hier haben sich keine Veränderungen gegenüber dem ersten Evaluationsjahr ergeben – allerdings sind die Prozesse nun in den SOP des Versorgungskonzepts verschriftlicht. Zwischen dem PHC MM und dem GZ Mariahilf besteht weiterhin eine Vereinbarung, dass Patientinnen und Patienten für Facharztkonsultationen in das GZ Mariahilf überwiesen werden können und der Befund anschließend an das PHC MM übermittelt oder der Patientin / dem Patienten mitgegeben wird. Eine elektronische Übermittlung soll im Rahmen von ELGA möglich gemacht werden.

Gemäß Auskunft des PHC MM sind die Wartezeiten im Wesentlichen gegenüber dem ersten Evaluierungsjahr unverändert, auf der Website finden sich aktuell Informationen, dass sowohl jene Phasen, in denen die Wartezeiten über 40 Minuten betragen, gegenüber dem ersten Evaluierungsjahr rückläufig waren, als auch jene Phasen, in denen die Wartezeiten nur bis zu 20 Minuten betragen, gestiegen sind. Die exemplarische Betrachtung der durchschnittlichen Wartezeiten anhand zweier typischer Wochen analog zum 1. Evaluationsjahr zeigt ebenfalls nahezu unveränderte durchschnittliche Wartezeiten von 23,8 Minuten, wobei die Wartezeiten nach wie vor nach Wochentag und Uhrzeit stark variieren.

Zur **Information der Patientinnen/Patienten** im Rahmen des Versorgungsprozesses und der **Kontinuität der Versorgung** wurden im zweiten Evaluierungsjahr keine Informationen zur Patientenzufriedenheit erhoben.

Die Ergebnisse der Datenanalyse zeigen, dass **Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM** eine **höhere Anzahl von Allgemeinmedizinerkontakten** haben als die Vergleichsgruppe aus Ordinationen im 6./7. Bezirk. Im Gegensatz zum ersten Evaluierungsjahr unterscheiden sich die Facharztkontakte-Zahlen jedoch nicht signifikant zwischen den beiden Gruppen. Die Anzahl der Ambulanzbesuche ist aber in der Gruppe der PHC-Stammpatientinnen und -patienten signifikant niedriger als in der Vergleichsgruppe. Bei der Anzahl der stationären Aufnahmen zeigt sich weiterhin kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen PHC-Stammpatienten/-patientinnen und der Vergleichsgruppe. Insgesamt können das Hinweise auf eine in der Lenkung der Patientenströme

sein, ohne Diagnosedaten sind Aussagen über konkrete Versorgungsabläufe jedoch noch nicht möglich. Eine ICPC-2-Dokumentation wurde mit September 2017 eingeführt und fällt somit nicht in die zweite Evaluationsperiode.

Das PHC MM versorgt einen deutlich **höheren Anteil** von DM-2-Patientinnen/-Patienten im Rahmen des **DMP „Therapie Aktiv“** als die Vergleichsgruppe (siehe oben), der Patientenanteil mit einer im Betrachtungszeitraum durchgeführten **Vorsorgeuntersuchung** liegt – trotz eines positiv zu wertenden Zuwachses von 2,1 Prozentpunkten – mit 9,54 Prozent **deutlich unter jenem der Vergleichsgruppe** (18,56 Prozent, statistisch signifikant), aber auch unter dem durchschnittlichen Anteil in der Wiener Bevölkerung von 13,2 Prozent (im Jahr 2015) (Friedrich et al. 2016).

Medikamentenmanagement: Hinsichtlich der **Anzahl der verordneten Arzneimittel** zeigen sich – wie im ersten Evaluierungsjahr – **keine statistisch signifikanten Unterschiede** zwischen PHC-MM-Stammpatientengruppe und Vergleichsgruppe. Auch im Anteil der Stammpatienten/-patientinnen mit Polypharmazie besteht im zweiten Evaluierungsjahr – im Gegensatz zum ersten Evaluationsjahr, in dem ein geringerer Anteil von PHC-MM-Patientinnen/Patienten Polypharmazie aufwies, – keine statistisch signifikanten Unterschiede, wobei der Anteil von Polypharmazie-Patientinnen/-Patienten im PHC MM deutlich höher als in der Vorperiode ist, in der Vergleichsgruppe hingegen nicht. Aussagen zu den Ursachen sind ohne Diagnosedaten nicht möglich. Veränderungen gegenüber dem ersten Evaluierungsjahr zeigen sich im Anteil der verordneten Generika am generikafähigen Markt: Zwar liegt dieser Anteil im PHC MM gegenüber der Vorperiode relativ unverändert bei 52,8 Prozent, in der Vergleichsgruppe ist er jedoch um etwa 1,5 Prozent gestiegen und unterscheidet sich nun statistisch signifikant zwischen den Gruppen.

Der Anteil der Patientinnen/Patienten mit verordneten Antibiotika⁸ durch das PHC MM ist mit 24,88 Prozent wie im ersten Evaluierungsjahr höher als in den Vergleichsordinationen (19,66 %), auch zeigt sich im Anteil der Stammpatientinnen/-patienten mit mindestens einer verordneten Antibiotika-Packung – unabhängig vom Vorordner – ein statistisch signifikanter Unterschied. Auch hier sind ohne Diagnosecodierung keine zuverlässigen Interpretationen möglich, jedoch könnte ein Teil dieser Differenz darauf hindeuten, dass das PHC MM auch Versorgungsleistungen übernimmt, die sonst auf anderer Ebene erbracht werden.

Hinsichtlich des Anteils von Stammpatientinnen/-patienten mit Antidepressiva-Verordnungen⁹ zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen dem PHC MM und der Vergleichsgruppe.

8

Anteil jener Stammpatientinnen/-patienten, denen innerhalb eines Jahres mindestens eine Antibiotika-Packung durch die Stammordination verschrieben wurde

9

Stammpatientinnen/-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 zwischen Arzneimitteln bei Verordnung. Eine standardisierte Intervention bei Polymedikation gibt es weiterhin nicht.

Auch im zweiten Evaluationsjahr scheint das PHC MM für Patientinnen und Patienten attraktiv zu sein, die Leistungen allgemein sowie das zusätzliche Leistungsangebot werden gut angenommen. Die Datenanalyse zeigt eine häufigere Inanspruchnahme der Primärversorgung (Allgemeinmedizin), gleichzeitig zeigt sich im Bereich der fachärztlichen Versorgung (ohne Röntgen, Labor, physikalische Medizin und Ambulatorien) sowie von ausgewählten Spitalsambulanzen weiterhin eine signifikant geringere Inanspruchnahme bei Stammpatientinnen/-patienten des PHC als der Vergleichsgruppe. Hinsichtlich der Versorgungsqualität können aufgrund der Datenlage auch im zweiten Evaluationsjahr nur eingeschränkt Aussagen getroffen werden: Es zeigt sich eine relativ höhere Inanspruchnahme des DMP „Therapie Aktiv“ im PHC MM als in der Vergleichsgruppe. Trotz einer gestiegenen Zahl an durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen und der Einführung eines Reminder-Systems hierfür besteht unter den Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM weiterhin ein deutlich niedrigerer Anteil an Vorsorgeuntersuchungen. Bezüglich Medikamentenmanagement haben sich im zweiten Evaluationsjahr einige Indikatoren-Werte verändert (höherer Anteil an Polypharmazie-Patientinnen/-Patienten, gleichbleibender Generika-Anteil, höhere Antibiotikaverordnungen), aufgrund der Datenlage (v. a. zur Morbidität der Klienten) sind aber keine zuverlässigen Aussagen zu den Ursachen möglich.

Anbieter- und Mitarbeitererebene

2. Welche Auswirkungen zeigt das Organisationsmodell PHC auf Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit der Anbieter/innen von Gesundheitsdienstleistungen sowie auf die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der PHC? (Anbieterebene - Organisation und Berufsgruppen)

Nachdem im zweiten Evaluationsjahr keine Interviews mit Gesellschafter/innen und Mitarbeiter/innen geführt wurden, liegen kaum neue Informationen zur Beantwortung der Fragestellung vor.

Das Versorgungskonzept beschreibt grob die Personalausstattung des PHC MM, auch ist darin festgehalten, dass flexible Arbeitszeitmodelle wie Teilzeitregelungen, zusätzliche freie Tage pro Woche oder Halbtagsdienste die Umsetzung verschiedener Lebenskonzepte ermöglichen sollen. Des Weiteren ist festgehalten, dass Weiterbildung individuell und bedarfsorientiert - unter Einhaltung der berufsrechtlichen Regelungen - erfolgt. Zum Kommunikationsprozess innerhalb des PHC MM, aber auch im Austausch mit externen Kooperationspartnern, sind Festlegungen getroffen. So befördern weiterhin regelmäßige Meetings den Austausch zwischen allen am PHC tätigen Personen. Fallbesprechungen können bei Bedarf stattfinden. Nicht formalisierte Kooperationen bestehen zwischen dem PHC MM und dem GZ Mariahilf, niedergelassenen Praxen in der näheren Umgebung und dem Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern.

Zwei **Ausbildungsplätze** für auszubildende Ärzte/Ärztinnen stehen zur Verfügung – eine Stelle hiervon ist besetzt – und bieten die Möglichkeit, ein klinisch–praktisches Jahr zu absolvieren, Fakulturplätze für Medizinstudentinnen/–studenten und Praktikumsplätze für Ordinationsassistentinnen/–assistenten stehen ebenfalls zur Verfügung und werden regelmäßig besetzt. Diese Ausbildungsstellen bieten die Möglichkeit, die Arbeit in einem PHC–Team kennenzulernen.

Hinsichtlich der Arbeitsrahmenbedingungen haben sich, soweit aus der PHC Information und –Dokumentation ersichtlich, keine wesentlichen Änderungen gegenüber dem ersten Evaluationsjahr ergeben, indem sowohl Gesellschafter/in als auch Mitarbeiter/innen mit den Arbeitsrahmenbedingungen im PHC MM – sowohl in Bezug auf Arbeitszeiten als auch auf Arbeitsabläufe (Koope-ration und Kommunikation)– zufrieden waren. Aktuelle Aussagen zur Arbeitszufriedenheit sind erst wieder im dritten Evaluationsjahr möglich. Im Versorgungskonzept ist die flexible Arbeitszeitgestaltung zur Umsetzung verschiedener Lebenskonzepte explizit festgehalten.

Systemebene

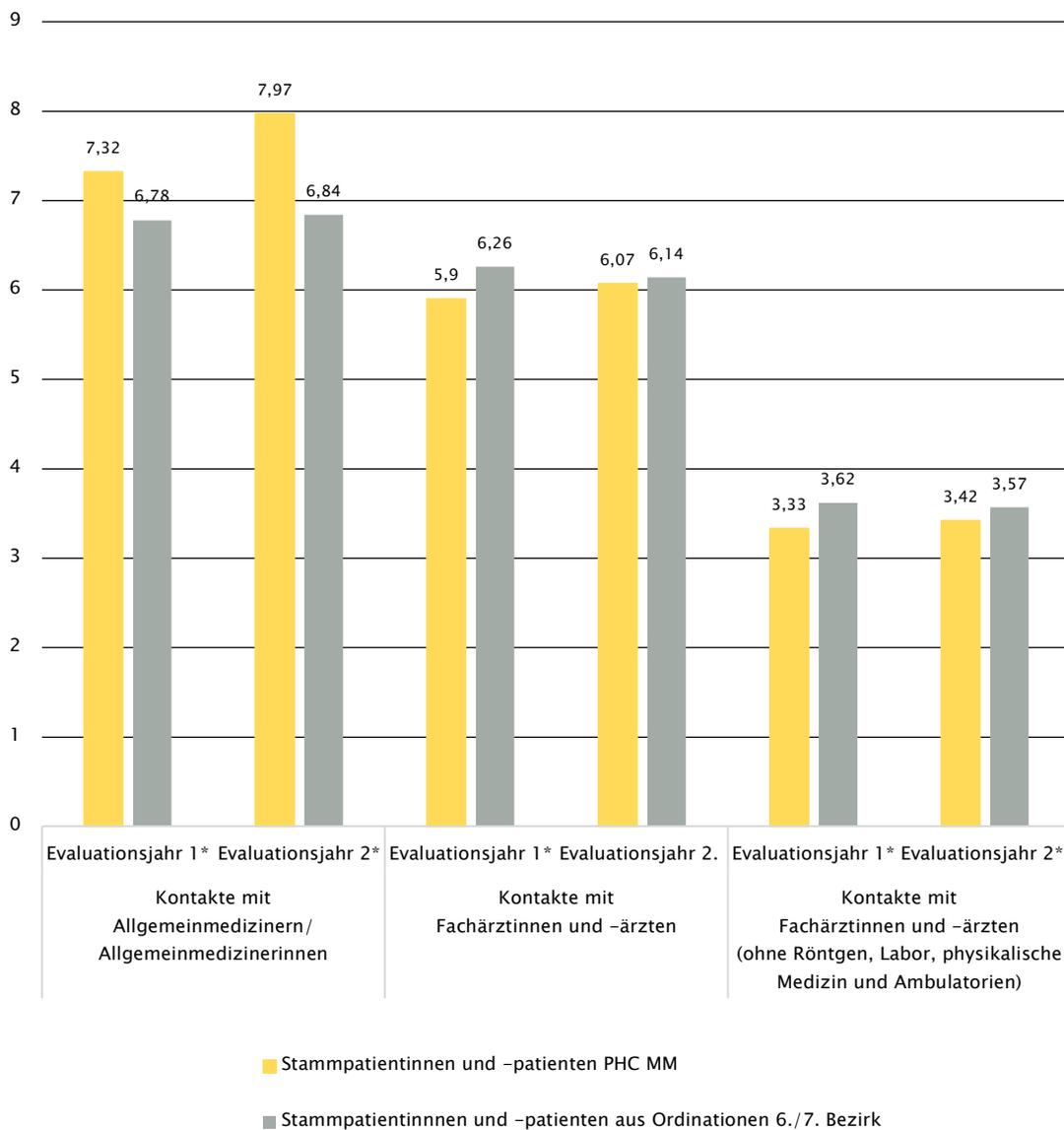
3. Wird die Primärversorgungsebene gestärkt? Werden Patientinnen und Patienten zum Best Point of Service gesteuert bzw. die zweite Versorgungsebene entlastet? (Systemebene)

Die im Bericht analysierten Daten der Versicherten der Wiener Gebietskrankenkasse weisen weiterhin darauf hin, dass das Ziel der neuen Primärversorgungsstrukturen, die Versorgung auf der richtigen Versorgungsstufe zu leisten, bei den Patientinnen und Patienten des PHC MM in Teilbereichen erreicht werden konnte. So ist die **Anzahl der Kontakte mit Allgemeinmedizinern/–medizinerinnen höher als in der Vergleichsgruppe**, während **die Anzahl der Facharztkontakte (ohne Röntgen, Labor, physikalischer Medizin und Ambulatorien) niedriger** ist. Es zeigt sich jedoch kein statistisch signifikanter Unterschied bei Betrachtung aller Facharztkontakte bzw. des Patientenanteils, der weder einer fachärztlichen Leistung noch eines Ambulanzbesuchs bedurfte. Die durchschnittliche **Anzahl der Ambulanzbesuche ist bei PHC–MM–Patientinnen/–Patienten niedriger als in der Vergleichsgruppe der allgemeinmedizinischen Regelversorgung**, der Unterschied ist statistisch signifikant. Im Bereich der **stationären Aufnahmen** zeigen sich in beiden Gruppen höhere Werte als im ersten Evaluationsjahr, aber **keine statistisch signifikanten Unterschiede**, wobei die Werte für das PHC MM höher liegen.

Abbildung 6.1 und Abbildung 6.2 illustrieren die Inanspruchnahme der allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Versorgung, der Ambulanzen sowie der Krankenhäuser für beide Gruppen.

Abbildung 6.1:

Arztkontakte in Evaluationsjahr 1 (Q3/2015–Q2/2016) und 2 (Q3/2016–Q2/2017)

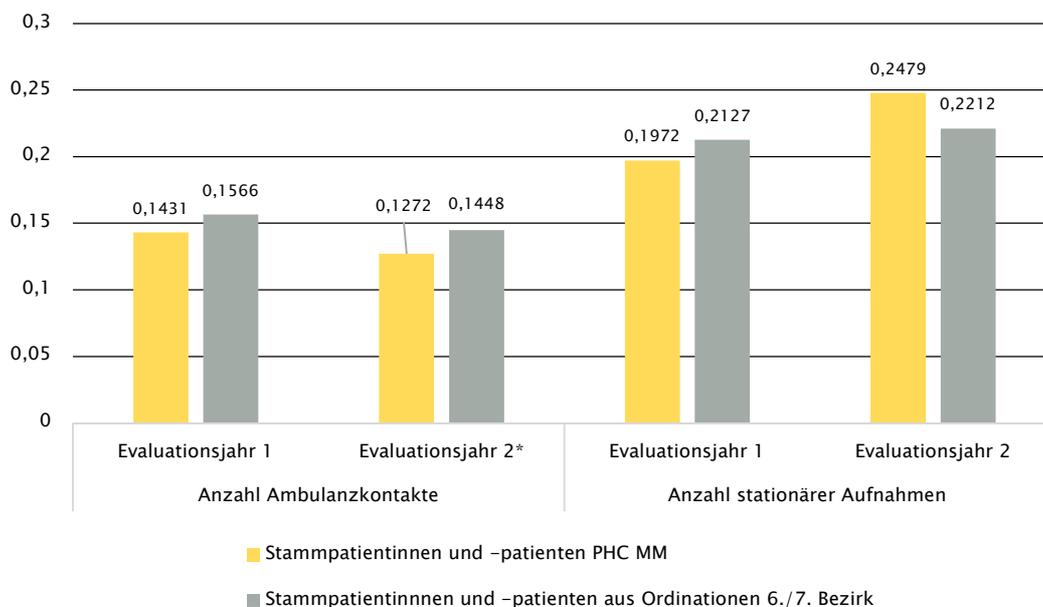


* $p < 0,05$, statistisch signifikant

Darstellung und Berechnung: GÖ FP

Abbildung 6.2:

Anzahl Ambulanzbesuche und Krankenhausaufenthalte in Evaluationsjahr 1 (Q3/2015–Q2/2016) und 2 (Q3/2016–Q2/2017)



* $p < 0,05$, statistisch signifikant

Darstellung und Berechnung: GÖ FP

Im Betrachtungszeitraum zeigte sich kein relevanter Unterschied in den Anteilen der Patienten/Patientinnen des PHC MM und der Vergleichsgruppe, die weder einen Facharztkontakt (alle Gruppen inkl. Röntgen und Labor, exkl. Zahn) noch einen Ambulanzbesuch aufwiesen (19,4 % vs. 19,39 %). Im ersten Evaluierungsjahr betragen die Werte für die entsprechenden Betrachtungsgruppen 20,70 bzw. 19,29 Prozent, dieser Unterschied war auch statistisch signifikant.

Auch im zweiten Evaluationsjahr wurde nicht nach ICPC-2 dokumentiert, es liegen also keine Daten zur Morbidität der Stammpatientinnen/-patienten vor. Die Patientinnen bzw. Patienten wiesen allerdings deutlich mehr Kontakte im PHC MM auf als im ersten Evaluationsjahr, auch wurden deutlich mehr Leistungen im Bereich Pflege (z. B. Reinigung/Wundtoilette – große Wunde) erbracht. Gleichzeitig war ein höherer Anteil der Stammpatientinnen/-patienten des PHC MM im Vergleich zum Vorjahr von Polypharmazie betroffen, auch die Zahl der Verordnungen lag höher als im ersten Evaluationsjahr. Dies könnte als Hinweis für ein verändertes Patientenkollektiv hinsichtlich der Morbidität der Personen interpretiert werden.

Im Bereich Qualitätssicherung ergeben sich kaum Änderungen gegenüber der Vorperiode, jedoch sind die Kernprozesse nun im Versorgungskonzept abgebildet. Sonst gilt wie bisher, dass das PHC MM entsprechend der Qualitätssicherungsverordnung 2012 von der ÖQMed „zertifiziert“ ist, wobei keine näheren Angaben zu einem Qualitätsmanagementsystem in der Ordination vorliegen. Das ärztliche Personal erfüllt die Weiterbildung gemäß DFP-Diplom, im PHC werden regelmäßig Qualitätszirkel abgehalten. Für das Personal bestehen Möglichkeiten zur Reflexion (beispielsweise in Team-Besprechungen), auch Weiterbildungen werden angeboten, diese Prozesse sind jedoch wenig formalisiert.

Zur Öffentlichkeitsarbeit ist festzuhalten, dass das Modell PHC und sein erweitertes Leistungsangebot aktuell noch wenig über die Website kommuniziert werden.

Die Datenauswertung der WGKK-Versicherten ergibt Hinweise auf eine Stärkung der Primärversorgung, die jedoch mit Vorsicht zu interpretieren sind. So zeigt sich eine höhere Inanspruchnahme der allgemeinmedizinischen Versorgung bei gleichzeitig geringerer Inanspruchnahme der fachärztlichen Versorgung (ohne Röntgen, Labor, physikalische Medizin und Ambulatorien). Die Anzahl der Facharztkontakte (inkl. Röntgen Labor, exkl. Zahnmedizin) unterscheidet sich jedoch nicht signifikant zwischen PHC MM und der Vergleichsgruppe. Bezüglich der Anzahl der Patientenkontakte in ausgewählten Ambulanzen (allgemeine Notfallambulanzen sowie Kindernotfallambulanzen) weisen die PHC-MM-Stammpatientinnen/-patienten eine geringere Häufigkeit auf, der Unterschied ist statistisch signifikant. Jedoch zeigen sich weder bei jenem Patientenanteil, der weder einen Facharztkontakt noch einen Ambulanzbesuch aufwies, noch bezüglich der Anzahl der stationären Aufenthalte statistisch signifikanten Unterschiede zur Vergleichsgruppe.

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?

Eine Verbesserung in Bezug auf das Service scheint auch im zweiten Evaluationsjahr gegeben zu sein, Hinweise darauf liefern die weiterhin starke Inanspruchnahme der Leistungen des PHC, die sich in der durchschnittlich höheren Anzahl der Kontakte mit der Primärversorgung, aber auch in der Inanspruchnahme des zusätzlichen Leistungsangebotes und der erweiterten Öffnungszeiten niederschlägt.

Bezüglich der Qualität der Leistungen zeigen sich hinsichtlich der Strukturqualität (z. B. erweitertes Leistungsangebot, Ausstattung) – soweit beurteilbar – Vorteile, hinsichtlich der Prozess- und Ergebnisqualität ist die Beurteilung auf Grundlage der verfügbaren Daten schwieriger (v. a. fehlen Diagnosedaten).

Diskussionspunkte – allfällige Verbesserungspotenziale

Bereits im ersten Evaluationsjahr wurde darauf hingewiesen, dass die Information der Patientinnen und Patienten über das Versorgungsmodell PHC bzw. über spezifische Leistungen des PHC MM

(wie vor allem psychotherapeutische Beratung und Ernährungsberatung), aber auch über externe Kooperationen via Homepage verstärkt werden könnten. Der Punkt ist nach wie vor aktuell – beispielsweise könnte, wie im Versorgungskonzept erwähnt, auch auf die Nutzung der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 verwiesen werden. Die Einbindung vorhandener telemedizinischer, telefon- und internetbasierter Dienste in das Erreichbarkeitskonzept ist auch in § 4 des Primärversorgungsgesetzes geregelt.

Im Bereich des Medikamentenmanagements könnten die aktuellen Daten (Patientenanteil mit Polypharmazie, Antibiotikaverordnungen, Generika-Anteil) durch das Team des PHC MM reflektiert werden. Daten zur Morbidität der Patientinnen und Patienten liegen weder für das PHC MM noch für eine Vergleichsgruppe vor, jedoch ist das Ziel der Langzeitversorgung chronisch Kranker und multimorbider Patientinnen bzw. Patienten im Versorgungsauftrag des PHC MM explizit festgelegt. Auf der verfügbaren Datenbasis können Ursachen für die Differenzen im Medikamentenmanagement nicht weiter analysiert werden.

7 Literatur

BMG (2014): "Das Team rund um den Hausarzt". Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. 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): Vorsorgeuntersuchung NEU. Institut für Gesundheitssförderung und Prävention GmbH, Graz

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

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

Fröschl, Barbara; Antony, Katja; Zuba, Martin (2017 unveröffentlicht): Evaluation des Projekts PHC – Primärversorgung Medizin Mariahilf. Zwischenbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Medizin Mariahilf (2017): Versorgungskonzept Medizin Mariahilf. PHC Mariahilf, Wien

Wien GV (2014): Lohnsteuerpflichtige Einkommen nach Bezirken 2014 – Frauen und Männer [Online]. <https://www.wien.gv.at/statistik/arbeitsmarkt/tabellen/einkommen-gesamt-bez.html> [Zugriff am 23.2.2017]

Zimmermann, Nina; Rainer, Lukas (2018): Short PPRI Pharma Profile – Austria 2017. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

8 Anhang

8.1 Datenanalysen

Die Datenanalysen wurden für den Betrachtungszeitraum 1. Juli 2016 (Quartal 3/2016) bis 30. Juni 2017 (Quartal 2/2017) durchgeführt. Die Datenbasis bilden pseudonymisierte Daten der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) sowie pseudonymisierte Ambulanzdaten des Hanusch-Krankenhauses der WGKK sowie des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV).

Die pseudonymisierten Datensätze der WGKK enthalten folgende Informationen

- » Versicherte (Personenstammdaten – u. a. Geschlecht, Geburts- und Todesdatum, Wohnbezirk, Versichertenkategorie und Rezeptgebührenbefreiung),
- » Verordnete und abgegebene Heilmittel (u. a. Abgabedatum, Verordner/in und Verordnerfachgruppe, Generikakennzeichnung und ATC),
- » Vertragspartner-Leistungen (Vertragspartnernummer und -fachgruppe, Leistungsposition und Gruppierung in Leistungskategorien), die für die Versicherten abgerechnet wurden, und Kontakte mit niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten (E-card-Steckungen)
- » Krankenhausaufenthalte der Versicherten
- » Ambulanzkontakte der Versicherten im Hanusch-Krankenhaus

Die pseudonymisierten Datensätze des KAV und des Hanusch-Krankenhauses der WGKK enthalten Angaben zu den Ambulanzbesuchen dieser Versicherten, aber jedenfalls die Bezeichnung des Krankenhauses und der Ambulanz, das Besuchsdatum, den Funktionscode und die Fall-Art (ambulant/stationär).

Die Auswertungen zu den Indikatoren 1, 2, 5, 22, 24, 28, 33–38 und 58–62 basieren auf diesen Daten.

Limitierend ist zu erwähnen, dass

- » nur Daten zu den bei der WGKK 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 bzw. nur Annäherungen daran möglich sind (vgl. Indikator 22, Tabelle 2.1);
- » die Daten zu Heilmitteln nur eingelöste Verordnungen umfassen, für die eine Rezeptgebühr entrichtet wurde, und nur für Rezeptgebühren-befreite Personen alle verordneten und abgegebenen Arzneimittel erfasst werden. Es liegen also keine Informationen zu Arzneimitteln, deren Kassenpreis unter der Rezeptgebühr liegt und die deshalb privat bezahlt werden, sowie zu OTC-Produkten etc. vor. Damit unterschätzen die Indikatoren 33–38 zum Medikamentenmanagement die Anzahl der konsumierten Arzneimittel (vgl. Indikatoren 33–38, Kapitel 4.2.4).

Da Patientinnen/Patienten über den Betrachtungszeitraum Kontakte mit mehreren Allgemeinmediziner/-medizinerinnen haben können und die verfügbaren Daten nur bedingt Informationen – beispielsweise zu Überweisungen – enthalten, ist eine Zuordnung zu einer allgemeinmedizinischen Ordination notwendig. Hierzu wurde das Kriterium „Stammpatient“ folgendermaßen definiert:

Patienten/Patientinnen sind bei jener allgemeinmedizinischen Ordination Stammpatient/in, in der sie die Mehrzahl der Kontakte in der Mehrzahl der Quartale des Betrachtungszeitraums aufweisen. Nur jene Patienten/Patientinnen, für die eine eindeutige Zuordnung als Stammpatient/in möglich war, wurden berücksichtigt. Der Anteil der Stammpatientinnen/-patienten an allen Patientinnen/Patienten lag für das PHC MM im ersten Evaluierungsjahr bei 77,5 Prozent, im zweiten Jahr bei 84,21 Prozent (vgl. Indikator 58: Anteil Stammpatientinnen und -patienten, Tabelle 4.17).

Bildung der Vergleichsgruppe für das PHC MM

Vergleiche mit Patientenkollektiven anderer niedergelassener Allgemeinmediziner/innen im 6. und 7. Wiener Gemeindebezirk (mit WGKK-Kassenvertrag) erfolgen auf zwei Ebenen:

Für die deskriptive Darstellung des Indikators 1 (Patientenprofil) werden die verfügbaren soziodemographischen Daten der Stammpatienten/-patientinnen des PHC MM jenen aller Stammpatientinnen/-patienten von Allgemeinpraxen im 6. und 7. Wiener Gemeindebezirk gegenübergestellt. Basierend auf dieser Analyse (Homogenität/Heterogenität der Daten) wurde ein Matching-Verfahren durchgeführt:

Die beiden Stammpatientengruppen weisen geringe Unterschiede in den Stratifikationsmerkmalen auf: Stammpatientinnen/-patienten des PHC sind etwas jünger, demzufolge auch seltener pensioniert und seltener von Rezeptgebühren befreit. Im PHC MM ist der Anteil der Stammpatienten und -patientinnen, die in den einkommensstarken Bezirken Neubau und Mariahilf wohnen, kleiner als in der Vergleichsgruppe. Diese Unterschiede in den individuellen Charakteristika der Patientenkollektive könnten zu Unterschieden in den zu untersuchenden Ergebnisgrößen führen. Daher ist es notwendig, ein Matching-Verfahren anzuwenden, das sicherstellt, dass Stammpatienten und -patientinnen der PHC-Gruppe mit vergleichbaren Individuen aus der Vergleichsgruppe (andere Ordinationen im 6./7. Bezirk) verglichen werden.

In einem ersten Schritt wurde daher für alle Personen im Sample der Propensity-Score, das heißt die Wahrscheinlichkeit, zur Gruppe der PHC-Patienten zu gehören, abhängig von den beobachteten Kontrollvariablen Alter, Geschlecht, Wohnbezirk, Versichertenkategorie (Erwerbsstatus) und Rezeptgebührenbefreiung berechnet.

Diese Berechnung zeigt, dass die beobachteten Kovariaten eine sehr geringe prädiktive Aussagekraft darüber haben, ob eine Person Patient/in des PHC ist oder nicht. Nur fünf bis zehn Prozent der Varianz in der Einteilung in diese zwei Gruppen kann durch die beobachteten Kovariate erklärt werden. Der restliche Anteil muss entweder auf den Zufall oder auf unbeobachtete Kovariate zurückgeführt werden. Im Fall von Zufall hieße das, dass sich die beiden Gruppen kaum systematisch unterscheiden und daher auch kein systematischer Fehler zu erwarten ist. Im Fall von unbeobachteten Kovariaten sind die Ergebnisse der quantitativen Analyse genau dann unzuverlässig, wenn

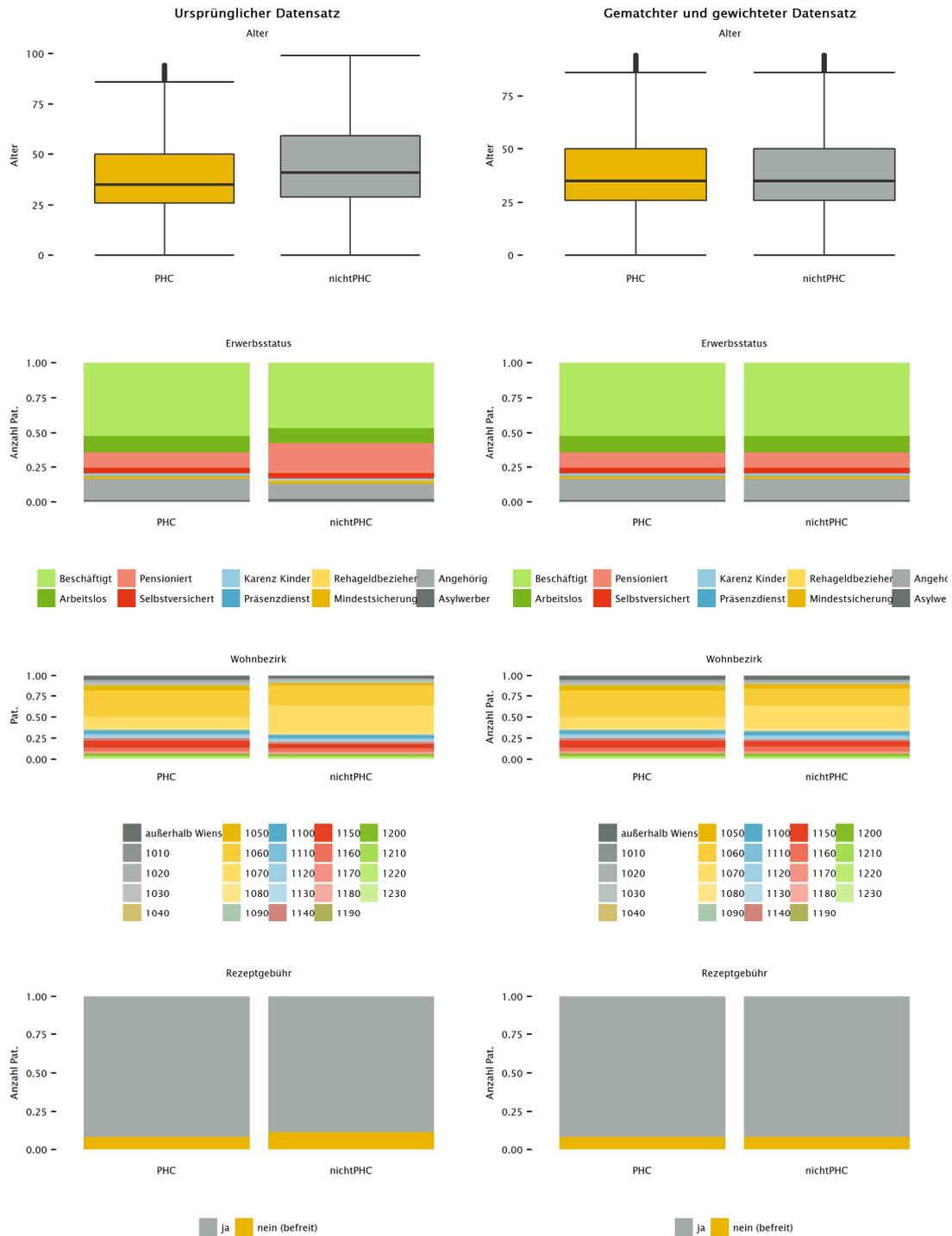
diese unbeobachtete Eigenschaft gleichzeitig einen systematischen Einfluss auf einen oder mehrere gewählten Indikator/en hat, anhand dessen/derer das PHC evaluiert wird.

Jedenfalls kann der geringe systematische Unterschied in Alter, Erwerbsstatus und Anteil der Rezeptgebührenbefreiung korrigiert werden, indem ein geeignetes Matching-Verfahren eingesetzt wird. Für diese Analyse wurde mittels genetischem Matching aus dem Pool der Stammpatientinnen/-patienten anderer Ordinationen („Kontrollgruppe“) jedem Stammpatienten / jeder Stammpatientin des PHC ein statistischer Zwilling zugeordnet. Dieser statistische Zwilling entspricht beim genetischen Matching nicht einer bestimmten Person 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 1 haben, während die Anzahl der Stammpatientinnen/-patienten der Kontrollgruppe größer ist, da mehr als eine Person der Kontrollgruppe einer Stammpatientinnen / einem Stammpatienten des PHC zugeordnet sein kann (mit einer Gewichtung < 1). Daher ist die Anzahl der Personen in der Kontrollgruppe größer als in der Interventionsgruppe (PHC MM).

Abbildung 8.1 zeigt in der linken Spalte die Verteilung der Merkmalsausprägungen im ursprünglichen Datensatz und in der rechten Spalte die Verteilung der Merkmalsausprägungen im gewichteten/gematchten Datensatz.

Abbildung 8.1:

Bildung der Vergleichsgruppe – Gegenüberstellung ursprünglicher und gematchter Datensatz



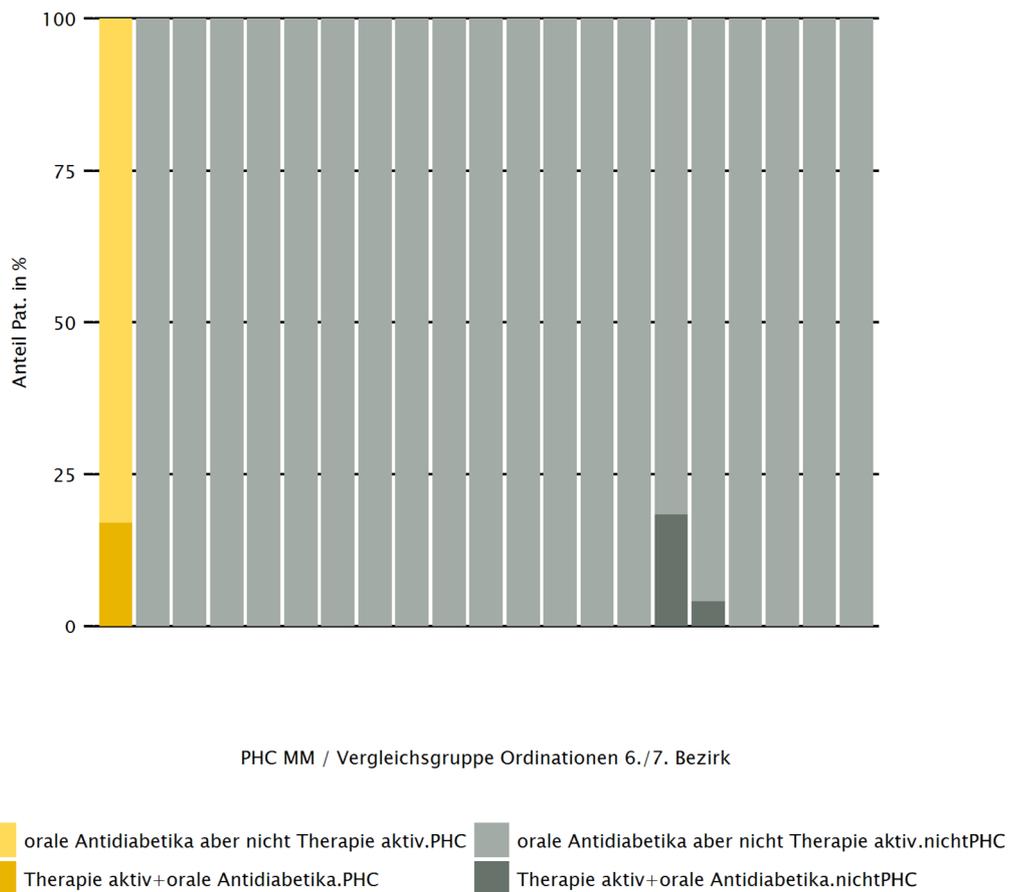
Quelle und Darstellung: GÖ FP

Die Indikatoren 5, 22, 24, 28, 33–38 und 58–62 (Hausbesuche, Inanspruchnahme der Präventionsleistungen, Kontinuität der Versorgung, Medikamentenmanagement und Versorgung auf der richtigen Versorgungsstufe) werden für das PHC MM und die gematchte Vergleichsgruppe dargestellt. Alle folgenden statistischen Tests wurden unter Berücksichtigung der Gewichtung durchgeführt: Differenzen in Mittelwerten metrischer Variablen wurden mittels Zweistichproben-t-Tests auf statistische Signifikanz überprüft, Unterschiede in der Ausprägung von kategorischen und binären Variablen wurden mittels chi²-Tests auf statistische Signifikanz überprüft. Der p-Wert misst dabei 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.

Gegenüberstellung der Indikatoren für PHC MM und Vergleichsgruppe

Abbildung 8.2:

Indikator 22 – Disease Management Programme: Anteil Stammpatientinnen/-patienten mit „Therapie Aktiv“ an DM-2-Patientinnen/Patienten, in PHC MM und Vergleichsgruppe



PHC MM / Vergleichsgruppe Ordinationen 6./7. Bezirk

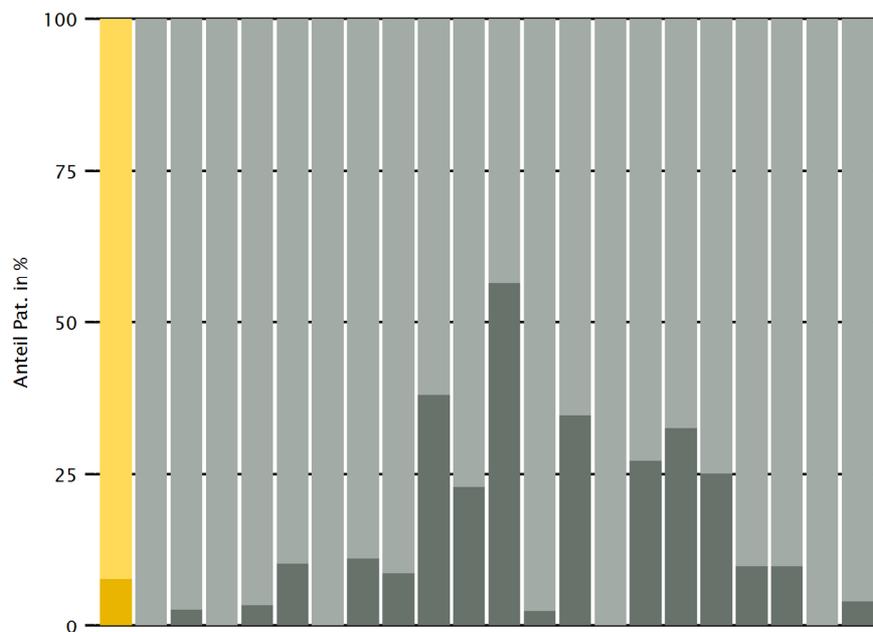
- orale Antidiabetika aber nicht Therapie aktiv.PHC
- Therapie aktiv+orale Antidiabetika.PHC
- orale Antidiabetika aber nicht Therapie aktiv.nichtPHC
- Therapie aktiv+orale Antidiabetika.nichtPHC

Pearson's X²: Rao & Scott adjustment p = < 2.22e-16

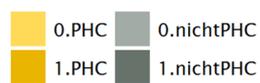
Quelle und Darstellung: GÖ FP

Abbildung 8.3:

Indikator 24 – Vorsorgeuntersuchung: Anteil Stammpatientinnen/-patienten mit Vorsorgeuntersuchung im Betrachtungszeitraum, in PHC MM und Vergleichsgruppe



PHC MM / Vergleichsgruppe Ordinationen 6./7. Bezirk

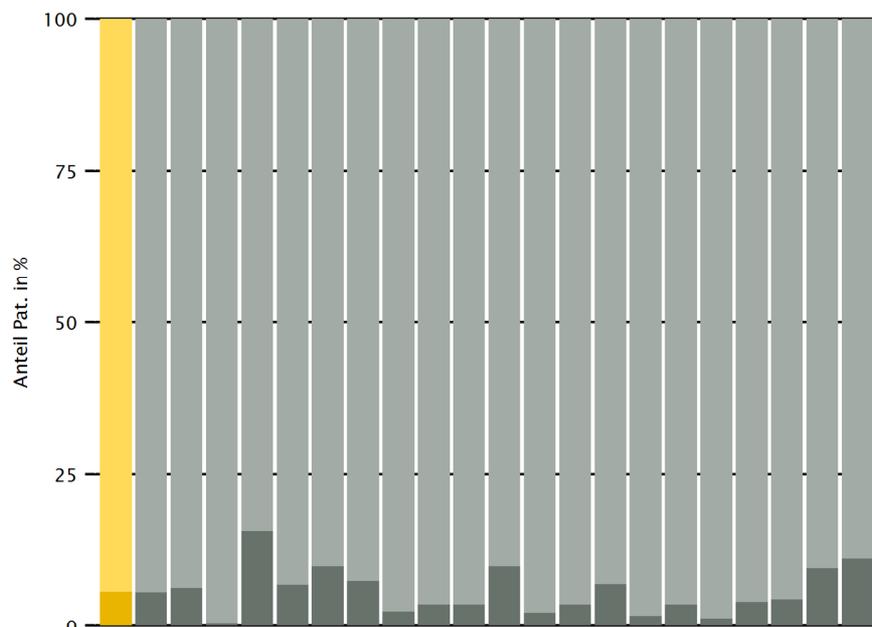


Pearson's χ^2 : Rao & Scott adjustment $p = < 2.22e-16$

Quelle und Darstellung: GÖ FP

Abbildung 8.4:

Indikator 33 – Anteil Stammpatientinnen/-patienten mit Polypharmazie (in Prozent), in PHC MM und Vergleichsgruppe



PHC MM / Vergleichsgruppe Ordinationen 6./7. Bezirk



Pearson's χ^2 : Rao & Scott adjustment $p = 0.82604$

Quelle und Darstellung: GÖ FP

8.2 Befragung von Patientinnen/Patienten – *entfällt*

8.3 Interviews mit Gesellschaftern / Gesellschafterin – *entfällt*

8.4 Interviews mit Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern – *entfällt*

Tabelle 8.1:
Berücksichtigung der bundesweiten Indikatoren

Zielebene	Ziel	Indikator auf Bundesebene	Indikator „Evaluation PHC in Wien“	Entsprechung der Indikatoren			Anmerkungen
				vollständig	teilweise	nicht	
Patientinnen und Patienten	Zugänglichkeit	1a – Wöchentliche Öffnungszeiten	6 – Wöchentliche Mindestöffnungszeiten	X			-
	Zugänglichkeit	1b – Anzahl Hausbesuche nach Berufsgruppen	5 – Hausbesuche nach Patientenalter		X		Hausbesuche werden derzeit ausschließlich durch die Ärztinnen und Ärzte des PHC MM durchgeführt, Angehörige anderer Berufsgruppen am PHC MM führen aktuell keine Hausbesuche durch. In der Evaluierung der PHC Wien werden daher aktuell diese Hausbesuche (aus Routedaten der WGKK) in Relation zur Anzahl der Stammpatientinnen/-patienten abgebildet.
	Leistungsangebot	2 – Entwicklung der Leistungshäufigkeit pro Jahr im Zeitverlauf	2, 16– Patientinnen/Patienten, Fälle und Frequenzen und Inanspruchnahme des erweiterten Leistungsangebots	X			Die Leistungshäufigkeit im Zeitverlauf wird in der Evaluation der PHC in Wien mittels der Indikatoren Patientinnen/Patienten, Fälle und Frequenzen (Routedaten WGKK) und der Leistungsanspruchnahme des erweiterten Angebots des PHC MM (Leistungen der Psychotherapeutin, der Sozialarbeiterin und des diplomierten Pflegepersonals) (PHC-Information) im Zeitverlauf abgebildet.
	Leistungsangebot	3 – Leitliniengerechte Versorgung (im Rahmen von DMP-Programmen)	22 – Disease-Management-Programme		(X)		In der Evaluation der PHC Wien wird ausschließlich die Teilnahme von Stammpatientinnen/-patienten mit DM 2 an „Therapie Aktiv“ betrachtet. Das Erbringen von „Kontrollleistungen“ des DMP wird aktuell nicht betrachtet.
	Zugänglichkeit	4a – Wartezeit in der Ordination	8 – Zufriedenheit mit der Wartezeit in der Ordination 7 – Wartezeit in der Ordination	X			-
	Leistungsangebot / Koordination	4b – Ausreichende Information zur Behandlung	40 – Informationsgespräche	X			-
	Leistungsangebot / Koordination	4c – angemessener Umfang und Form der Kommunikation	40 – Informationsgespräche (41 – Informationsmaterialien liegen auf bzw. werden ausgeteilt, Plakate 42, 43 – Informationen zum Versorgungsmodell und krankheitsspezifischer Themen)	X			-

Zielebene	Ziel	Indikator auf Bundesebene	Indikator „Evaluation PHC in Wien“	Entsprechung der Indikatoren			Anmerkungen
	Leistungsangebot / Kontinuität	4d – Weiterempfehlung des Versorgungsmodells	17 – Patientenzufriedenheit (insgesamt)	X			-
	Zugänglichkeit	4e – Behandlungszugang zu Tagesrandzeiten	4 – Patientenzufriedenheit bezüglich der Inanspruchnahme an Tagesrandzeiten	X			-
Anbieter/innen (Organisationsform und Berufsgruppen) Systemsteuerung	Koordination	5 – Fallbesprechungen	50 – Fallbesprechungen	X			-
	Kontinuität und Koordination	6 – Standardisierte aktuelle E-Patientenakte	32 – Elektronische Dokumentation innerhalb des PHC	X			-
	Kontinuität und Kooperation	7 – System zum strukturierten Austausch von Informationen	29 – Kooperationen/Vernetzung mit anderen Leistungsanbietern	X			-
	Kontinuität und Kooperation	8 – Zufriedenheit mit der Arbeit im Versorgungsmodell	44 – Zufriedenheit des Personals/ 75 – Gründe für die Umwandlung der Gruppenpraxis in ein Primärversorgungszentrum	X			-
Systemsteuerung	Zugänglichkeit	9 – Anteil der PVS-Patientinnen/Patienten aus dem Einzugsbereich („Wohnortnähe“ der PVS)	1 – Patientenstruktur	X			Die Patientenstruktur wird in der Evaluation der PHC in Wien auch nach Wohnpostleitzahl dargestellt.
	Umfang Leistungsangebot	10 – Anteil der Patientinnen/Patienten mit mehr als 5 in eingelösten Medikamenten enthaltenen Wirkstoffen	33 – Polypharmazie	X			In der Evaluation erfolgt keine Einschränkung auf Altersgruppen, eine Auswertung nach Altersgruppen wird durchgeführt.
Systemsteuerung	Wissensgenerierung zum Versorgungsbedarf	11 – Anteil Patientinnen/Patienten pro Diagnosegruppe (ICPC-2, ICD-10; Vergleichsbasis ICD-10)	-		(X)		Aus den aktuell verfügbaren Daten der ambulanten Versorgung ist eine Auswertung nicht möglich (Der Anteil chronisch kranker Personen am Patientenstamm kann über eine Annäherung abgebildet werden). Der Einsatz von ICPC-2 soll künftig eine differenzierte Betrachtung ermöglichen. (vgl. auch Anmerkungen zu den bundesweiten Indikatoren)
	Koordination	12 Anteil der Patientinnen/Patienten mit Überweisungen	-			X	Aufgrund der Datenqualität ist der Indikator aktuell aus den Daten der WGKK nicht zuverlässig ableiten (Ausschlusskriterium bundesweite Indikatoren).

Zielebene	Ziel	Indikator auf Bundesebene	Indikator „Evaluation PHC in Wien“	Entsprechung der Indikatoren			Anmerkungen
Systemsteuerung	Koordination	13a – Anteil Patientinnen-/Patienten mit Facharztkonsultationen	60 – Fachärztinnen-/Facharztkontakte		X		Der Indikator der Evaluation der PHC in Wien gibt die durchschnittliche Anzahl der Facharztkontakte (mit/ohne Röntgen und Labor) je Stammpatient/in an. Der bundesweite Indikator gibt die Anzahl der Patientinnen/Patienten mit Facharztkonsultationen (Ausnahme Röntgen und Labor) an.
	Koordination	13b – Anteil Patientinnen/Patienten mit Kontakten zu Spitalsambulanzen	61 – Ambulanzkontakte		X		Der Indikator der Evaluation der PHC in Wien gibt die durchschnittliche Anzahl der Ambulanzkontakte je Stammpatient/in an (Datenbasis: KAV und WGKK). Der bundesweite Indikator gibt die Anzahl der Patientinnen/Patienten mit Ambulanzkonsultationen an (Datenbasis ambulanter pseudonymisierter Datensatz).
	Koordination	13c – Zahl der stationären Aufenthalte pro Patient/in der PVS	62 – Stationäre Aufenthalte		X		Die bundesweiten Indikatoren nehmen auf der Makroebene eine Differenzierung der stationären Aufenthalte nach Aufenthalten gesamt und von ACSC-Fällen vor. Auf Mikroebene (Evaluation der PHC in Wien, aktuell PHC MM) ist die Differenzierung nach ACSC nicht vorgesehen.
	Koordination	14 – Höhe der Folgekosten pro Patient/in (bezogen auf ausgewählte Kostenbereiche) und Zeitperioden	–			X	Eine Abbildung der Folgekosten pro Patient/in ist in der Evaluation der PHC in Wien nicht vorgesehen.
	Kontinuität	15a – Verschiedene konsultierte PVS bzw. Allgemeinmediziner/innen je Patient/in	59 – Kontakte mit Allgemeinmediziner/-medizinerinnen			X	In der Evaluation der PHC in Wien wird die Anzahl der Kontakte zur Allgemeinmedizinerin / zum Allgemeinmediziner dargestellt. Der Indikator steht in Zusammenschau mit den Facharztkontakten, Kontakten zu Spitalsambulanzen sowie stationären Aufenthalten. Weitere Indikatoren wie die Anzahl der konsultierten allgemeinmedizinischen Praxen werden ebenfalls gebildet (bei der Interpretation ist jedoch die Zuordnung über das Kriterium Stammpatient zu beachten).
		15b Patienten, die ausschließlich durch diese PVS allgemeinmedizinische versorgt werden	s.o.				

Quelle: GÖ FP, eigene Darstellung