

**„Das Team rund  
um den Hausarzt“**

**Konzept zur  
multiprofessionellen  
und interdisziplinären  
Primärversorgung  
in Österreich**

**Beschlossen in der  
Bundes-Zielsteuerungskommission  
am 30. Juni 2014**

## Impressum

**Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:**

Bundesministerium für Gesundheit  
Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur  
Radetzkystraße 2, 1030 Wien

**Für den Inhalt verantwortlich:**

Bundesgesundheitsagentur,  
vertreten durch SC Dr. Clemens Martin Auer (BMG, Sektion I)

**Erscheinungsdatum:**

30. Juni 2014

Die im Konzept gewählte männliche Form bezieht sich immer gleichermaßen auf weibliche und männliche Personen. Auf eine konsequente Doppelbezeichnung wurde aufgrund besserer Lesbarkeit verzichtet.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einleitung (Vision)</b> .....	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b>Zielsetzungen für die Neuausrichtung der Primärversorgung</b> .....	<b>8</b>
<b>3.</b>	<b>Funktionen einer gestärkten Primärversorgung</b> .....	<b>9</b>
3.1	Anforderungen an die gestärkte Primärversorgung und deren neue Strukturen .....	10
3.1.1	Erste Anlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem .....	10
3.1.2	Angebot von Gesundheitsförderung und Prävention .....	10
3.1.3	Umfassende Behandlung von Akuterkrankungen und chronischen Erkrankungen.....	10
3.1.4	Koordinierung nach innen und außen, Informationsorganisation, Lotsenfunktion .....	11
3.1.5	Mitwirkung an öffentlichen Gesundheitsaufgaben .....	12
3.1.6	Praktische Ausbildung für Gesundheitsberufe .....	12
3.1.7	Wissensgenerierung zum Versorgungsbedarf .....	12
3.2	Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in den Neuen Primärversorgungsstrukturen .....	12
3.2.1	Strukturqualitätskriterien.....	12
3.2.2	Prozessqualitätskriterien .....	13
3.2.3	Ergebnisqualitätskriterien .....	13
<b>4.</b>	<b>Berufsgruppen in den Neuen Primärversorgungsstrukturen</b> .....	<b>14</b>
4.1	Festlegung der in den Neuen Primärversorgungsstrukturen eingebundenen Berufsgruppen und ihrer Kooperationspartner .....	14
4.2	Aufgabenerfüllung, Kompetenzentwicklung und Ausbildungserfordernisse .....	17
<b>5.</b>	<b>Rahmenbedingungen für Neue Primärversorgungsstrukturen</b> .....	<b>18</b>
5.1	Organisatorische Rahmenbedingungen .....	18
5.1.1	Aufbau- und Ablauforganisation .....	18
5.1.2	Patientenbindung .....	20
5.2	Rechtliche Rahmenbedingungen für Neue Primärversorgungsstrukturen.....	21
5.2.1.	Organisations- und Rechtsformen der strukturierten verbindlichen Zusammenarbeit...	21
5.2.2.	Marktzugang.....	21
5.2.3.	Vertragsrecht.....	22
5.3	Honorierung .....	22
5.4	Anreizfinanzierung für Neue Primärversorgungsinfrastruktur .....	23
5.5	Zukünftige Finanzierung .....	23
	<b>Anlagen</b> .....	<b>24</b>



## 1. Einleitung (Vision)

### Legaldefinition Primärversorgung:

**Die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung.**

**Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleisten ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung.**

**Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.**

§ 3 Z 7 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz

**Tagtäglich findet in Österreich unzählige Male in den Ordinationen von Ärztinnen und Ärzten und bei den diplomierten und hochspezialisierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen Primärversorgung statt.** Das geschieht alles auf hohem Niveau und mit viel Engagement in den Berufsgruppen sowie zur großen Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten.

**Trotzdem ist zu beobachten, dass aus Sicht der Patientinnen und Patienten den an der Primärversorgung beteiligten Gesundheitsberufen vielfach die praktischen Möglichkeiten fehlen, eine koordinierte Versorgung tatsächlich sicher zu stellen.** Damit geht sehr viel an Kontinuität in der medizinischen und pflegerischen Versorgung verloren. Daran leidet die Patientenorientierung und geht Potenzial für gesteigerte Effektivität und Effizienz im Gesundheitssystem verloren. Primärversorgung braucht ein Mehr an Kommunikation und Kooperation zwischen den Versorgungsbereichen.

**Viele Ärztinnen und Ärzte erwarten, dass der Beruf des Allgemeinmediziners im Rahmen des Gesundheitssystems eine attraktivere Rolle spielen muss.** Da spielen einerseits die organisatorischen und vertraglichen Rahmenbedingungen eine wichtige Rolle und andererseits müssen die medizinischen und pflegerischen Möglichkeiten sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch die involvierten Gesundheitsberufe gestärkt werden. Tatsache ist, dass sowohl in den Städten als auch im ländlichen Raum der klassische „Hausarzt“ gestärkt werden muss, und daher im österreichischen Versorgungssystem die Rolle der Primärversorgung klar beschrieben gehört. Es geht um Antworten, die dem Ruf und dem Anliegen vieler Ärztinnen und Ärzte sowie der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe gleichermaßen gerecht werden, die eine Stärkung der Primärversorgung verlangen. Die Gesundheitsberufe wenden sich mit einer nachvollziehbaren Forderung an die Gesundheitspolitik: „Wir stehen und bestehen auf Zusammenarbeit.“ Daher sind die organisatorischen, vertraglichen und rechtlichen Rahmenbedingungen von der Politik zu schaffen.

Das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz hat diesen Sachverhalt erkannt. **Die Stärkung der Primärversorgung nach internationalem Vorbild ist daher ein zentrales Anliegen der Gesundheitsreform.** Ziel ist, die Gesundheit besser zu fördern, Krankheit zu vermeiden sowie auch eine verbesserte qualitativ hochwertige und effiziente Krankenbehandlung sicher zu stellen. Dabei wird von den bestehenden Stärken unseres Gesundheitssystems ausgegangen. Es geht um Punkte, die das System so weiterentwickeln, dass die Bedürfnisse und Erwartungen sowohl der Patientinnen und Patienten als auch der ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe erfüllt werden können.

Die bestehende Form der Primärversorgung soll dahingehend weiterentwickelt werden, dass sie im Zusammenwirken von Ärztinnen und Ärzten und den verschiedenen anderen Gesundheitsberufen im Vergleich zur heutigen Realität in einer organisatorisch gestärkten Form

umfassende Funktionen übernehmen kann. Dabei ist insbesondere auch die Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte und die der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner zu stärken.

**Dieses vorliegende Konzept der Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK) will die Richtung dieser Stärkung der Primärversorgung beschreiben.** Es geht um die klare Funktion und Aufgabenstellung der Primärversorgung gegenüber der zweiten Versorgungsstufe (ambulante spezialisierte Versorgung durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte, Ambulatorien und Spitalsambulanzen) und der dritten Versorgungsstufe (spezialisierte Versorgung durch Spitäler). Die wesentliche Funktion der Primärversorgung besteht darin, als stark versorgungswirksame erste, leicht und jederzeit zugängliche Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Anliegen und Problemen zur Verfügung zu stehen. Es geht um die umfassende allgemeine Grundversorgung sowie um die Koordination der Gesundheits- und Krankenversorgung für die Patientinnen und Patienten bzw. Bürgerinnen und Bürger.

**Ein zentrales Ziel ist dabei auch, durch eine Stärkung der Leistungsfähigkeit der Primärversorgung der im internationalen Vergleich zu hohen Krankenhaushäufigkeit und dem ungebremsen Zulauf in die Spitalsambulanzen in Österreich begegnen zu können.**

**Dieses Konzept beschreibt keine Revolution sondern eine evolutionäre Weiterentwicklung der ambulanten Gesundheitsversorgung.** Es geht um die Stärkung der Primärversorgung „rund um den Hausarzt“ und nicht um die Abschaffung des wohnortnahen Hausarztes oder das Eingreifen in derzeit bestehende Vertragsverhältnisse (Gesamtverträge) zwischen den sozialen Krankenversicherungen und den Gesundheitsdienstleistern.

**Im Zentrum der Neuausrichtung und Stärkung der Primärversorgung steht vielmehr das Prinzip des Arbeitens in Netzwerken, in denen die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen als strukturiert arbeitendes Team von Ärztinnen und Ärzten und spezifischen Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens zusammenwirken.** Damit soll eine optimale Prozess- und Ergebnisqualität insbesondere in der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, chronisch Kranken und der älteren Bevölkerung erreicht werden. Aus der Sicht der Patientinnen und Patienten geht es um eine vertraglich abgesicherte und somit verbesserte Koordination und Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen.

Dieses vorliegende Konzept beschreibt ein Bild, dass sich die Teammitglieder „rund um den Hausarzt“ räumlich entweder „unter einem Dach“ oder auch dezentral in einem „Netzwerk“, d.h. an mehreren verschiedenen wohnortnahen Standorten, befinden. Maßgebend ist jedenfalls, dass das Team in einem **organisatorischen Verbund verbindlich miteinander kooperieren kann.** Die Art der räumlichen Umsetzung, die Organisationsformen (z.B. miteinander vernetzte Einzelordinationen, Gruppenpraxen, Ambulatorien oder überhaupt neue Formen der gesellschaftlichen Kooperation) werden in diesem Konzept nicht festgeschrieben, weil diese von regionalen Gegebenheiten (z.B. Siedlungsdichte, Verkehrsverhältnisse) sowie von bereits vorhandenen Strukturen und Ressourcen abhängen. Dabei wird den unterschiedlichen Anforderungen städtischer und ländlicher Gebiete Rechnung getragen.

Dieses Konzept rückt auch vom Prinzip von Gesamtverträgen der Sozialversicherung mit den Leistungserbringern nicht ab. Die materielle Gestaltung des künftigen Vertragswesens der Vertragspartner (Gesamtverträge, Einzelverträge) wird diesen hier beschriebenen Funktionen und Aufgaben einer gestärkten Primärversorgung entsprechen müssen.

Dieses Konzept will die derzeit in der Primärversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte ausdrücklich nicht in eine neue Struktur zwingen. Es will aber den zukünftigen Weg beschreiben, wie die politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen im Bereich der Primärversorgung

aussehen sollen. Dieses Konzept richtet sich daher in erster Linie an die zukünftigen Einsteiger in die Primärversorgung und will den bestehenden Anbietern Wege eröffnen, sich den neuen und attraktiven Möglichkeiten der vernetzten Zusammenarbeit anschließen zu können. Daher ist dieser hier beschriebene Weg auf eine mittel- und langfristige Entwicklung angelegt, an dessen Beginn auch eine Phase von Pilotierungen, des Ausprobierens und der Evaluierung stehen muss.

Die langfristige Zielsetzung ist klar: Die **vernetzte**, räumlich und zeitlich einfach zugängliche Form der **Primärversorgung** wird in Zukunft **für die gesamte Bevölkerung** gleichermaßen und gleichwertig **verfügbar** gemacht. Durch Koordinierung und Kooperation werden Effizienz und Erfolg der ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung gefördert. Durch ein **optimiertes Klienten- und Patientenmanagement** werden den Patientinnen und Patienten unzumutbare Wartezeiten sowie durch klar definierte multiprofessionelle Leistungsspektren unnötige Wege und Mehrfachuntersuchungen erspart. Damit wird eine patientenorientierte Ausrichtung des Gesundheitssystems gefördert und unterstützt.

Das alles soll nicht auf dem Rücken der Anbieter geschehen. Mit den Primärversorgungsnetzwerken sollen vielmehr neue und **flexible Formen der Berufsausübung** für Ärztinnen und Ärzte und weitere Gesundheitsberufe möglich werden. Kooperative Teamarbeit entlastet die einzelnen Teammitglieder von unnötiger Bürokratie, erlaubt eine Konzentration auf die medizinische, therapeutische und pflegerische Tätigkeit und berücksichtigt dadurch die individuellen Bedürfnisse bzw. den wachsenden Frauenanteil in den betroffenen Berufsgruppen. Sie wirkt sich somit positiv auf Lebensqualität und Arbeitszufriedenheit aus (Work-Life-Balance).

Das hier vorliegende Konzept zur Stärkung und Erneuerung einer multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung schließt die Phase 1 dieses Teils der Gesundheitsreform ab. Das Konzept umreißt die Vision und setzt den Rahmen für konkrete Maßnahmen und Aktivitäten zu deren Umsetzung, die dem Grundsatz nach österreichweit einheitlich zu gestalten und regionsspezifisch auf Landesebene zu konkretisieren sind. In einer zweiten Phase müssen nunmehr die rechtlichen Rahmenbedingungen falls erforderlich geschaffen werden, die hier nur sehr cursorisch angedeutet werden können. Die derzeit schon bestehenden Potentiale der Berufsrechte müssen dabei optimal genutzt werden, bevor rechtliche Anpassungen vorgenommen werden. Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag sieht dann die konkrete Gestaltung von ersten Pilotversuchen ab dem Jahr 2015/16 vor, damit dann Schritt für Schritt die Neugestaltung der Primärversorgung passiert. Gleichermäßen von Bedeutung sind die weitere Konkretisierung der finanziellen Rahmenbedingungen und deren Umsetzung in den entsprechenden (Rechts-)Grundlagen.

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

## 2. Zielsetzungen für die Neuausrichtung der Primärversorgung

Um die hohe Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung auch in der Zukunft zu erhalten und die Attraktivität der Primärversorgung für die Ärztinnen und Ärzte und die weiteren Gesundheitsberufe zu steigern, ist eine Anpassung des Gesundheitssystems an die bevorstehenden größeren Veränderungen (Zunahme an chronischen und Langzeiterkrankungen, technische Neuerungen, demografische Entwicklung, unausgeglichene Work-Life-Balance der Gesundheitsberufe,...) erforderlich.

### **Zielsetzungen für Patientinnen und Patienten:**

- Verbesserung der Zugänglichkeit zur Primärversorgung für die Bürgerinnen und Bürger insbesondere auch an Tagesrandzeiten und an Wochenenden
- Attraktivierung des Leistungsangebots in der Primärversorgung für Patientinnen und Patienten
- Verbesserung der Versorgungskoordination zur Reduktion unnötiger Patientenwege zwischen unterschiedlichen diagnostisch und therapeutisch tätigen Einrichtungen
- Kontinuität und Koordination der Betreuung insbesondere auch für chronisch Erkrankte, für Kinder und Jugendliche sowie für die ältere Bevölkerung
- Stärkung der Integration von gesundheitsförderlichen und krankheitsvorbeugenden Maßnahmen in der Primärversorgung
- Unterstützung bei der Orientierung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitsversorgungssystem und im damit verbundenen Sozialbereich

### **Zielsetzungen für Ärztinnen und Ärzte und Angehörige anderer Gesundheitsberufe:**

- Attraktivierung der Tätigkeitsfelder für Ärztinnen und Ärzte und für Angehörige von Gesundheitsberufen durch verstärkte Kommunikation und Kooperation zwischen den Versorgungsbereichen und den handelnden Berufsgruppen (Fokussierung auf jeweilige ärztliche, pflegerische etc. Kernkompetenzen ermöglichen)
- Erleichterung und Unterstützung der Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den verschiedenen Gesundheits- und Sozialberufen (Arbeitsweise miteinander statt parallel)
- Verbesserung der Arbeits- und Rahmenbedingungen für die Gesundheitsberufe inkl. familienorientierter, flexibler Arbeitszeitmodelle und Berücksichtigung einer ausgewogenen Work-Life-Balance
- Weiterentwicklung praxisbezogener Ausbildung für Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner (Lehrpraxen) und die Gesundheitsberufe

### **Zielsetzungen für die Systemsteuerung:**

- Stärkung der Allgemeinmedizin aufgrund ihrer zentralen Rolle im gesamten Gesundheitsversorgungssystem sowohl im ländlichen als auch im städtischen Raum
- Gestaltung der Honorierungsmodelle um Anreize zur Gesundheitsförderung, Prävention und effektiven Leistungserbringung in der Primärversorgung zu setzen
- Sicherung der Qualität in der Primärversorgung
- Sicherstellung einer patientenorientierten Medikamentenversorgung durch Apotheken und in den ländlichen Regionen auch durch ärztliche Hausapotheken
- Schaffung von Transparenz über Versorgungsabläufe im Alltag und die Wirkung von Behandlungen und Gesundheitsmaßnahmen (Versorgungsforschung)



- Sicherstellung der zielgerichteten Versorgung auf der richtigen Versorgungsstufe zur Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Krankenhausaufenthalte und Entlastung überfüllter Spitalsambulanzen

### 3. Funktionen einer gestärkten Primärversorgung

Die gesellschaftlichen Veränderungen und die steigenden Erwartungen an die Gesundheitsversorgung stellen das gesamte Gesundheitswesen und mit ihr auch die Allgemeinmedizin als wesentlicher Teil der Primärversorgung vor neue Herausforderungen. Die Primärversorgung ist daher im Hinblick auf diese neuen Herausforderungen in seinen Funktionen, Rollen und Aufgaben weiterzuentwickeln und aufzuwerten.

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

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

In Entsprechung dieser Grundsätze werden im Hinblick auf eine zu stärkende Primärversorgung in den nachfolgenden Kapiteln die Anforderungen an neue multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgungsstrukturen im Sinne von "Primary Health Care" (im Folgenden: "neue Primärversorgungsstrukturen") beschrieben.

### 3.1 Anforderungen an die gestärkte Primärversorgung und deren neue Strukturen

#### 3.1.1 Erste Anlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem

Die Primärversorgung soll dahin gehend gestärkt werden, dass sie hinkünftig für alle Bürgerinnen und Bürger und Patientinnen und Patienten die Rolle von ersten Anlaufstellen im Gesundheitsversorgungssystem noch besser als bisher wahrnehmen kann. Dabei ist es auch wesentlich, dass die in der räumlichen Nähe vorhandenen Angebote an neuen Primärversorgungsstrukturen der Bevölkerung auf verschiedenen Wegen bürgernah bekannt gemacht werden.

Erste Anlaufstellen sollen folgende Anforderungen erfüllen:

a. **örtliche Erreichbarkeit:** wohnortnahe, gute verkehrsmäßige Erreichbarkeit und Beachtung der Bestimmungen zur Barrierefreiheit

b. gute **zeitliche Erreichbarkeit:**

Öffnungszeiten sind an den regionalen Bedarf angepasst und zwischen den Anbietern der Primärversorgung in den neuen Primärversorgungsstrukturen (vgl. Kapitel 4) abgestimmt; sie decken für das Einzugsgebiet in ausreichendem Ausmaß jedenfalls unter Einschluss der Tagesrandzeiten die Zeit von Montag – Freitag jeweils durchgehend früh bis abends (z. B. 7:00 bis 19:00 Uhr) ab. Darüber hinaus muss am Wochenende und an Feiertagen eine definierte Versorgungseinrichtung zugänglich sein.

Außerhalb der Öffnungszeiten wird für Akutfälle eine koordinierte, ständige Erreichbarkeit (24 Stunden, 7 Tage in der Woche) von zuständigen Primärversorgungsstrukturen, allenfalls unter Einbindung von Versorgungspartnern bzw. Bereitschafts- und Funkdiensten, sichergestellt.

c. **Telefon- und Webdienste** sind in das Erreichbarkeitskonzept eingebunden.

d. **Aufsuchende Dienste** bzw. **Hausbesuche**

#### 3.1.2 Angebot von Gesundheitsförderung und Prävention

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

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

#### 3.1.3 Umfassende Behandlung von Akuterkrankungen und chronischen Erkrankungen

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

Die Aufgaben/Leistungen umfassen insbesondere:

- a. **Einschätzung des Behandlungsbedarfes** und der **Dringlichkeit** sowie **Ersthilfe**
- b. **Anamnese, Erstdiagnostik, abgestufte weiterführende Diagnostik und Therapie** auf Basis der jeweils geltenden Berufsrechte durch Ärztinnen und Ärzte und die verschiedenen weiteren Gesundheitsberufe allenfalls mit unterschiedlichen Spezialisierungen und – wenn erforderlich – mit Unterstützung bei sprachlichen Barrieren
- c. **qualifizierte Weiterleitung** bei spezialisiertem Versorgungsbedarf zu Fachärztinnen und Fachärzten und weiteren entsprechenden Anbietern im Gesundheits- und Sozialbereich, möglichst auch mit Übernahme der zugehörigen Terminorganisation
- d. **kontinuierliche Begleitung**, Betreuung, Anleitung und Behandlung von chronisch erkrankten Menschen nach „state of the art“, Durchführung von integrierten Versorgungsprogrammen
- e. **Stärkung der Gesundheitskompetenz** inkl. Anleitung zum Selbstmanagement bei akuten Störungen der Gesundheit und zur Einhaltung der Therapietreue
- f. **Übernahme und abgestimmte Weiterversorgung** nach Behandlung in anderen Versorgungseinrichtungen

### 3.1.4 Koordinierung nach innen und außen, Informationsorganisation, Lotsenfunktion

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

Dabei werden am Bedarf ausgerichtet folgende Aufgaben wahrgenommen:

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

### 3.1.5 Mitwirkung an öffentlichen Gesundheitsaufgaben

Die neue Primärversorgungsstruktur beteiligt sich an der Erfüllung der Ziele und Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes und soll bei Bedarf **ausgewählte öffentliche Gesundheitsaufgaben** i. S. gemeindeärztlicher Aufgaben übernehmen (wie z. B. Totenbeschau, Untersuchungen nach dem Unterbringungsgesetz, Impfungen und Infektionsschutzmaßnahmen).<sup>1</sup>

### 3.1.6 Praktische Ausbildung für Gesundheitsberufe

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

### 3.1.7 Wissensgenerierung zum Versorgungsbedarf

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

## 3.2 Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in den Neuen Primärversorgungsstrukturen

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

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

### 3.2.1 Strukturqualitätskriterien

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

- a. multiprofessionelle und interdisziplinäre **Zusammensetzung des Teams** gemäß Kapitel 4
- b. praxisbezogenes Know-how, ausreichende **Qualifikation und Expertise** des Primärversorgungsteams und Gewährleistung des Wissenstandes nach „state of the art“ zur Erfüllung der der Primärversorgungsstruktur zugewiesenen Aufgaben (z. B. durch Wahrnehmung spezifischer Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen)
- c. barrierefreier **Zugang** und barrierefreie **Räumlichkeiten** gemäß gesetzlichen Regelungen, gute, gesicherte **Erreichbarkeit** der Primärversorgungsstruktur, Verfügbarkeit adäquater Informationen zur Erreichbarkeit / Zuständigkeit der jeweiligen Primärversorgungsstruktur
- d. Vorhandensein notwendiger (medizinisch-) **technischer/apparativer Ausstattung und IT-Infrastruktur** inkl. Software: standardisierte, elektronische Datenhaltung (z.B. Impf-

---

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

pläne, Erinnerungssysteme); strukturierte, nachvollziehbare elektronische Patientendokumentation (mit ELGA als integralem Bestandteil); Netzwerkstruktur mit anderen Akteuren zur gesicherten Informationsweitergabe unter Einhaltung von Datenschutzanforderungen, Technik, die eine barrierefreie Kommunikation ermöglicht

- e. **Organisatorischer Verbund** des Primärversorgungsteams (in einem Gebäude verortete Primärversorgungsstruktur oder auch dezentral in einem Netzwerk zusammenarbeitende Primärversorgungsstruktur) siehe Kapitel 5.1.1

### 3.2.2 Prozessqualitätskriterien

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

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

Dies betrifft jedenfalls folgende Kernprozesse:

- Unterstützung der Patientinnen und Patienten im Rahmen der individuellen Patientenwege, wie z. B. Terminkoordination für Patientinnen und Patienten
  - Kommunikationsprozesse mit Patientinnen und Patienten und Angehörigen (Anamnese, Diagnosemitteilung, Risikoinformation, Therapieanleitung, ...)
  - Kommunikationsprozesse in Hinblick auf ein standardisiertes Informationsmanagement (unter Nutzung von ELGA und IT-Vernetzung) sowohl innerhalb der einzelnen Primärversorgungsstruktur sowie innerhalb der Primärversorgungsstufe als auch mit anderen Versorgungsstufen sowie mit Selbsthilfegruppen und -organisationen
  - Arbeits- und Kompetenzverteilung innerhalb der Primärversorgungsstruktur sowie Kommunikation von Verantwortlichkeiten nach innen und nach außen
  - Teilnahme an Qualitätszirkeln
- b. Einsatz von **evidenzbasierten Leitlinien**, um eine „state of the art“-Patientenversorgung in der Primärversorgung zu gewährleisten
- c. Einsatz von **Qualitätsstandards** in Hinblick auf eine optimale Patientenversorgung bzw. optimale Versorgungspfade (z. B. Anwendung der Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement)
- d. Teilnahme an nationalen **Vorsorge-** und **Screeningprogrammen** in Hinblick auf eine optimale Gesundheitsförderung und Prävention
- e. Teilnahme an **integrierten Versorgungsprogrammen**, wie z. B. Disease-Management-Programmen

### 3.2.3 Ergebnisqualitätskriterien

Im Rahmen der Qualitätsmessung sind in der Folge für den ambulanten Bereich<sup>2</sup> - möglichst unter Nutzung der Routinedokumentation - Kriterien und Indikatoren zur Ergebnisqualitätsmessung auch für Primärversorgungsstrukturen zu entwickeln und zu implementieren. Feedback von Patientinnen und Patienten im Rahmen standardisierter Patientenbefragung ist zu berücksichtigen.

---

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

## 4. Berufsgruppen in den Neuen Primärversorgungsstrukturen

Im Rahmen des Versorgungsstufenkonzepts ist die verlässliche Übernahme der Funktionen gemäß Kapitel 3 durch neue Primärversorgungsstrukturen für die zukünftige Gestaltung der Gesundheitsversorgung in Österreich ein zentraler Baustein. In Primärversorgungsstrukturen soll die verbesserte, weil stärker koordinierte Versorgung von chronisch und/oder multimorbid Erkrankten ebenso deutlich ausgebaut werden, wie die Wahrnehmung vermehrter Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen.

Ziel dieser neuen Schwerpunktsetzung in der Gesundheitsversorgung durch strukturierte Teamarbeit ist, Erkrankungen bzw. ungünstige Erkrankungsverläufe möglichst zu vermeiden sowie die Gesamtversorgung weitgehend im Rahmen der Primärversorgungsstufe abzudecken. Das damit verbundene umfassende Leistungsspektrum soll durch eine entsprechende Teamzusammensetzung in den Primärversorgungsstrukturen kompetenzmäßig abgedeckt werden. Es geht um die Stärkung der Rolle der Allgemeinmedizin, eine klare Profilbildung gegenüber der zweiten Versorgungsstufe (ambulante spezialisierte Versorgung durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte, Ambulatorien und Spitalsambulanzen), ohne damit den freien Zugang zu den einzelnen Versorgungsstufen zu beschränken.

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



### 4.1 Festlegung der in den Neuen Primärversorgungsstrukturen eingebundenen Berufsgruppen und ihrer Kooperationspartner

Die personelle Ausstattung der neuen Primärversorgungsstrukturen orientiert sich an den Anforderungen des Leistungsspektrums der Primärversorgung. Die Festlegung von Art und Anzahl der vertretenen Berufsgruppen erfolgt entsprechend den regionalen Erfordernissen (einschließlich der zeitlichen Erreichbarkeit) bedarfsorientiert auf Landesebene. Die Zusammenarbeit dieser Berufsgruppen erfolgt im Primärversorgungsteam, das sich aus einem

Kernteam und weiteren strukturiert eingebundenen Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe zusammensetzt.

Als Mindestvoraussetzungen für ein Primärversorgungsteam werden daher definiert:

**Kernteam** bestehend aus folgenden Gesundheitsberufen

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

mit sichergestellter (Zusatz-)Kompetenz für

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

Diese Kernkompetenzen werden entweder vor Ort oder dezentral unter der medizinischen Leitung des Arztes durch berufsrechtlich berechnigte Personen abgedeckt, die angestellt oder freiberuflich, aber verbindlich und strukturiert, in dieses Primärversorgungsteam eingebunden sind.

Dieses Primärversorgungskernteam nimmt für seine Patientinnen und Patienten insbesondere folgende Aufgaben wahr:

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

Je nach Bedarf kann das Primärversorgungskernteam vorrangig um folgende primärversorgungsrelevante Berufsgruppen (deren Einsatz ohne fachärztliche Vor- bzw. Begleitdiagnostik möglich ist) bzw. Einrichtungen erweitert werden, die durch verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit in das Primärversorgungsteam eingebunden werden (in alphabetischer Reihenfolge):

- Diätologen
- Ergotherapeuten
- Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde<sup>3</sup>
- Gesundheitsberufe mit einer anerkannten PSY-Kompetenz (über die Kompetenzen des Kernteams hinausgehend); diese Kompetenz kann alternativ abgedeckt sein durch Ärzte mit PSY-III-Modul, eine Qualifikation als Psychotherapeut oder als Gesundheits- und Klinischer Psychologe<sup>4</sup>
- Hebammen<sup>3</sup>
- Logopäden
- medizinische Hauskrankenpflege
- Mobile Dienste
- Physiotherapeuten
- Sozialarbeiter

<sup>3</sup> Anm.: insbesondere für Primärversorgung von Kindern relevant

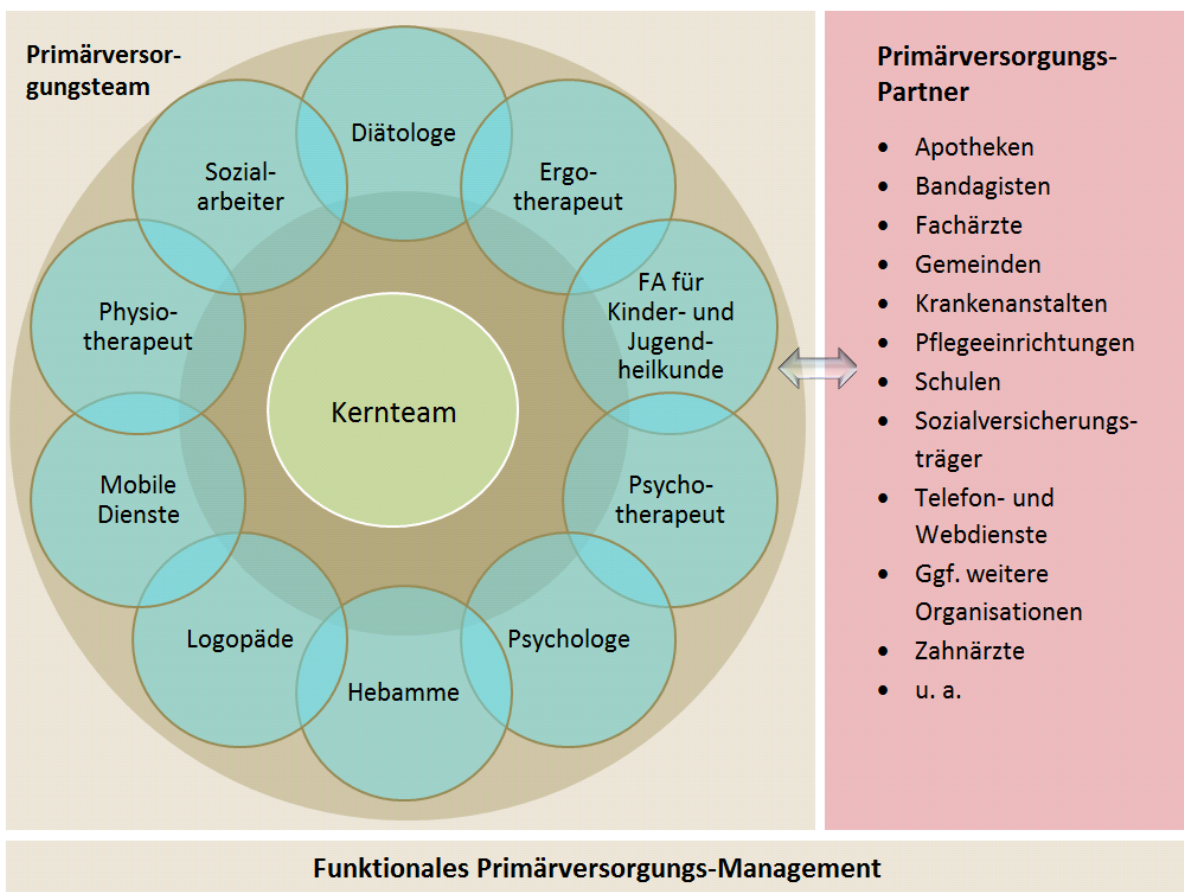
<sup>4</sup> Anm.: allenfalls auch Fachärzte für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie

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

Das Primärversorgungsteam steht überdies in regelmäßigem Kontakt mit folgenden Berufsgruppen (Disziplinen) und Einrichtungen, die nicht organisatorischer Teil der neuen Primärversorgungsstruktur sind.

**Primärversorgungs-Partner** sind bzw. können sein (in alphabetischer Reihenfolge):

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



**Anmerkung:** Zusammensetzung des Primärversorgungsteams muss auf die regionalen Erfordernisse abgestimmt sein. Die Koordination und Kontinuität der Betreuung wird intern durch ein funktionales Primärversorgungs-Management gesichert.



In Abhängigkeit von den bestehenden regionalen Rahmenbedingungen und dem Versorgungsbedarf kann die Zusammenarbeit in den neuen Primärversorgungsstrukturen einen unterschiedlich hohen Organisationsgrad haben (nähere Ausführungen siehe Kapitel 5). Die dem Primärversorgungsteam zugeordneten Kompetenzen und Kooperationen sind für die nachfragenden Personen/Patienten unabhängig von der gewählten Organisationsform sicherzustellen.

## 4.2 Aufgabenerfüllung, Kompetenzentwicklung und Ausbildungserfordernisse

Ärztliche und nicht-ärztliche Gesundheits- und Sozialberufe arbeiten unter der medizinischen Leitung des Arztes in der Primärversorgung im Team. Jede Berufsgruppe und jede Person übernimmt als Teammitglied Aufgaben entsprechend der berufsrechtlichen geregelten Zuständigkeiten und ihrer jeweiligen Kompetenz. Dieses Potenzial gilt es vollinhaltlich zu nutzen.

Das konkret anzubietende Leistungsspektrum ist vertraglich mit der Sozialversicherung und sonstigen Finanzierungsträgern zu vereinbaren. Die Mitglieder des Primärversorgungsteams stehen dabei nicht in Konkurrenz zueinander, sondern arbeiten entsprechend ihrer Berufsbezeichnung, partnerschaftlich und synergetisch zusammen.

Die Aufgabenteilung hinsichtlich der berufsrechtlich nicht zugeordneten Aufgaben obliegt dem Primärversorgungsteam. Das Kernteam übernimmt die Patientenführung und die Koordination der Betreuung (inkl. allfälliger Übertragung der Fallführung in spezifischen Teilbereichen auf einzelne Mitglieder des Primärversorgungsteams oder Primärversorgungs-Partner) und stellt damit die Kontinuität der Betreuung sicher.

Das Primärversorgungsteam soll sich laufend dahingehend aus- und weiterbilden, dass es die Aufgaben gemäß Kapitel 3.1 wahrnehmen kann. Dazu sind über die fachspezifischen Aus-, Fort- und Weiterbildungen hinaus weitere Kompetenzen zu entwickeln bzw. zu festigen, um folgende Aufgaben wahrnehmen zu können wie z.B. Wartezeitenmanagement, Gesundheitsförderung und Prävention, Nahtstellenmanagement und Behandlungskoordination von chronisch Kranken.

Um die Praxisorientierung zu erhöhen, sind im Rahmen der Ausbildung aller Gesundheitsberufe in den Curricula berufsgruppenübergreifende Module vorzusehen, mit dem Ziel, das Wissen über die Palette der zur Verfügung stehenden Gesundheitsberufe und ihre Tätigkeitsbereiche zu entwickeln und im interprofessionellen Training die Teamarbeit miteinander sowie die wesentlichen Besonderheiten der Primärversorgung (ausgeführt in Kapitel 3 Funktionen) zu erlernen. Dabei ist auch die Absolvierung einer ärztlichen Lehrpraxis als Ausbildungsbestandteil vorzusehen.

Für bereits berufstätige Angehörige der Gesundheitsberufe sind zur Stärkung und Erweiterung der für die multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Primärversorgung erforderlichen Kompetenzen interprofessionelle Fort- und Weiterbildungen vorzusehen.

Sowohl für die Ausbildung als auch für die Fort- und Weiterbildung sind interprofessionelle Bildungskonzepte auf der Grundlage von zu definierenden Kompetenzprofilen zu erstellen. Aus- und Weiterbildungen sollen in der Verantwortung von dazu geeigneten Bildungseinrichtungen unter Einbeziehung von geeigneten Praktikumsstellen in Primärversorgungsstrukturen angeboten werden. Aus den beschriebenen erforderlichen Kompetenzen und der sich daraus ergebenden Zusammenarbeit von Berufsgruppen in Primärversorgungsstrukturen ergibt sich eine prioritäre Notwendigkeit die Kompetenzprofile und die Rahmenbedingungen für die relevanten Berufsgruppen insbesondere aus dem Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege zu schärfen.

## 5. Rahmenbedingungen für Neue Primärversorgungsstrukturen

### 5.1 Organisatorische Rahmenbedingungen

#### 5.1.1 Aufbau- und Ablauforganisation

Um den Anforderungen unterschiedlicher regionaler Bedarfe unter Einbezug der regionalen Rahmenbedingungen optimal zu entsprechen, ist eine höchstmögliche Flexibilität bei der organisatorischen Ausgestaltung bei neuen Primärversorgungsstrukturen zu gewährleisten. Im Mittelpunkt steht die Absicherung der teambezogenen Zusammenarbeit, also das „Team rund um den Hausarzt“, zum Zweck einer optimalen Primärversorgung und Sicherstellung durchgängiger Versorgungsketten im Gesundheits- und Sozialbereich für Personen/Patienten eines definierten Einzugsbereichs.

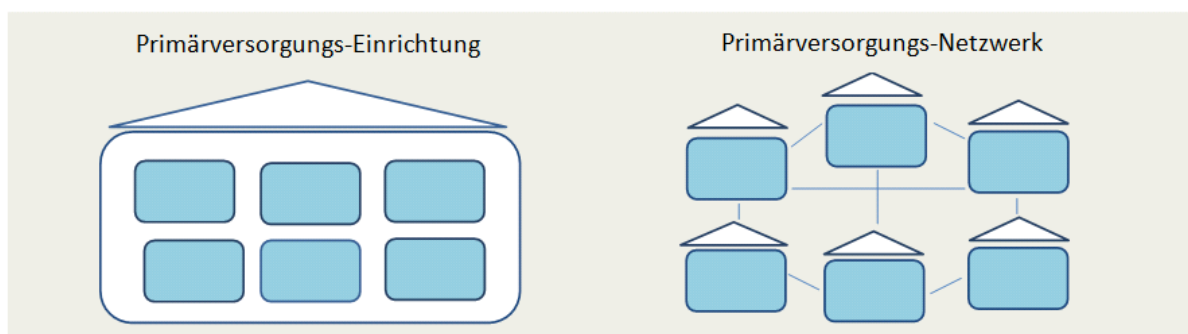
#### Aufbauorganisation

Die Aufbauorganisation einer Primärversorgungsstruktur kann je nach regionalen Anforderungen erfolgen als:

- Primärversorgungs-Einrichtung
- Primärversorgungs-Netzwerk

Bei Primärversorgungs-Einrichtungen sind sämtliche Kernteammitglieder als auch das vertraglich eingebundene Primärversorgungsteam an einem Standort konzentriert. Alle möglichen gesellschaftsrechtlichen Organisationsformen sollen grundsätzlich anwendbar sein, eine solche Primärversorgungs-Einrichtung zu etablieren.

In Primärversorgungs-Netzwerken, kann das Primärversorgungsteam auch an unterschiedlichen Standorten mit verbindlichen Zusammenarbeitsverträgen tätig werden, wobei sich das sowohl auf die Mitglieder des Primärversorgungskernteams als auch auf das erweiterte Primärversorgungsteam beziehen kann. Dabei sind unterschiedliche Konstellationen möglich: Ein Netzwerk kann z.B. aus Einzelordinationen, Gruppenpraxen und einzelnen freiberuflichen diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen bestehen, die strukturiert und vertraglich verbindlich zusammenarbeiten und gegenüber der Patientin und dem Patienten und der Sozialversicherung als Einheit auftreten (siehe Kapitel 5.2.1).



In der Praxis werden auch Kombinationen verschiedener räumlicher Ausprägungen möglich sein. Darüber hinaus kann auch eine Anbindung an eine Struktur auf höherer Versorgungsstufe (Krankenhaus) zweckmäßig sein. Grundsätzlich sollen die bestehenden Strukturen (z.B. Gesundheits- und Sozialsprengel) genutzt werden, um Parallelstrukturen zu vermeiden. Die **bestehenden Angebote** werden soweit möglich **vernetzt und weiterentwickelt**. Ein Ausbau ist dort erforderlich, wo Versorgungslücken bestehen bzw. ein Zusatzbedarf (z.B. in Stadterweiterungsgebieten) gegeben ist.

Unabhängig von der gewählten Form der Aufbauorganisation hat die jeweilige Primärversorgungsstruktur nachzuweisen, dass die im Kapitel 3.1 definierten Funktionen und Aufgaben (inkl. 24 Stunden Akutversorgung und Erreichbarkeit) entweder durch die Primärversorgungsstruktur selbst oder im Rahmen von festgelegten Kooperationen bzw. definierten Zuständigkeiten gewährleistet werden.

Die Primärversorgungsstruktur tritt nach außen gegenüber den Bürgerinnen und Bürgern als Einheit auf und ist im Innenverhältnis strukturiert und verbindlich zu organisieren (z.B. über aus den Gesamtverträgen bzw. Einzelverträgen abgeleitete Kooperationsvereinbarungen, oder auch Gesellschaftsverträge, Anstellungsverhältnisse).

Die wesentlichen Elemente der Primärversorgungs-Organisationsstruktur (mit Aussagen zu Zusammensetzung des Kernteams, erweitertes Team und allfällige Kooperationspartner) und der zentralen Prozessabläufe werden in einem Organisationskonzept festgehalten.

### Ablauforganisation

Die Ablauforganisation legt je nach Größe und Organisationsdichte die Prozesse der Zusammenarbeit innerhalb der Primärversorgungsstruktur bzw. mit den Kooperationspartnern fest. Die Organisation des Zusammenarbeitens innerhalb der Primärversorgungsstruktur sowie mit den Primärversorgungs-Partnern und die damit verbundenen Aufgaben (Primärversorgungs-Management) sind in der Verantwortung des Primärversorgungsteams wahrzunehmen.

Funktion des Primärversorgungs-Managements ist es vor allem, das operativ tätige Primärversorgungsteam intern zu servicieren, von organisatorischen Pflichten zu entlasten und damit die Konzentration auf die beruflichen Kernkompetenzen zu ermöglichen (Idealtypische Aufgaben des Primärversorgungs-Managements siehe Anlage 1).

Um die verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit im Kernteam bzw. im erweiterten Primärversorgungsteam sicherzustellen sollen neben den in Kapitel 3.2 angeführten Qualitätskriterien insbesondere folgende Elemente im Organisationskonzept geregelt werden:

- Arbeits- und Aufgabenverteilungen im Primärversorgungsteam
- regelmäßige betreuungsabhängige Team- und Fallbesprechungen
- regelmäßige Fort- und Weiterbildungen sowie Qualitätszirkel
- Abstimmung der zeitlichen Verfügbarkeit (Anwesenheit, Rufbereitschaft) und örtlichen Erreichbarkeit (inkl. Vertretungsregelungen),
  - Verlässliche zeitnahe, der Dringlichkeit des Bedarfs entsprechende wechselseitige Übernahme von Personen/Patienten, die vom Primärversorgungsteam betreut werden
- elektronische standardisierte und multiprofessionelle Patientendokumentation,
- kompatible IT-Systeme für ein strukturiertes Management der zu versorgenden Personen (z.B. Befundübermittlung auch unter Nutzung der ELGA-Infrastruktur, gemeinsam nutzbares Terminvereinbarungssystem, Erinnerungssysteme für anstehende Untersuchungen, Behandlungsleitlinien als EDV Version etc.),
- abgestimmte Angebote hinsichtlich Patienteninformationen (z.B. Übersicht über Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme, Informationen über Selbsthilfegruppen etc.),
- Vereinbarung von Versorgungszielen innerhalb des Primärversorgungsteams
- gemeinsames Qualitäts- und Fehlermanagementsystem

Die Form der Zusammenarbeit mit den jeweiligen Kooperationspartnern der Primärversorgungsstruktur ist im Organisationskonzept zu beschreiben. Dabei sollen insbesondere folgende Bereiche geregelt werden:

- potentielle Bereiche der Zusammenarbeit, unter Berücksichtigung des jeweiligen Berufsrechts
- Daten- und Informationsweitergabe zwischen den Gesundheitsdiensteanbietern (unter Berücksichtigung datenschutz- und sonstiger rechtlicher Bestimmungen),
- standardisierte Überleitung von Patientinnen und Patienten innerhalb und zwischen den unterschiedlichen Versorgungsstufen bzw. Versorgungsbereichen,
- direkter und persönlich fachlicher Austausch im Einzelfall,
- vertraglich festgesetzter fallunabhängiger Wissenstransfer und Vernetzungstreffen zwischen den Kooperationspartnern.

### 5.1.2 Patientenbindung

Ziel einer hohen Patientenbindung an eine Primärversorgungsstruktur ist, über einen längeren Zeitraum Vertrauen in das Behandlungsteam aufzubauen und zu halten, um im Rahmen der Primärversorgungsstruktur durch Wahrnehmung der im Kapitel 3 genannten Aufgaben zumeist eine möglichst abschließende Behandlung zu erzielen und dabei unnötige Patientenwege und unnötige Krankenhausaufenthalte zu vermeiden.

Die Patientenbindung an eine Primärversorgungsstruktur soll in erster Linie über ein entsprechend **attraktives Angebot** und ausgezeichnete **Qualität** unterstützt werden. Eine **aktive Information** über die Versorgungsziele und Arbeitsteilung in der Primärversorgungsstruktur trägt dazu bei, Akzeptanz und Vertrauen in die jeweiligen Versorgungskompetenzen der Teammitglieder (auch jener in nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen) zu entwickeln.

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

Insbesondere für die Versorgung von chronisch Kranken wirken sich definierte Bindungen über einen längeren Zeitraum positiv auf die Compliance der Patientinnen und Patienten und damit auf das Behandlungsergebnis aus. Ein Vermerk der zuständigen Primärversorgungsstruktur im e-card System kann die Informationsweitergabe und die Kommunikation für sonstige am Versorgungsprozess Beteiligte bei der Optimierung der personenzentrierten Versorgung wesentlich unterstützen.

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

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

## 5.2 Rechtliche Rahmenbedingungen für Neue Primärversorgungsstrukturen

### 5.2.1. Organisations- und Rechtsformen der strukturierten verbindlichen Zusammenarbeit

Im Sinne einer hohen Flexibilität zur Anpassung an die regionalen Erfordernisse sollen unterschiedliche Organisationsformen sowie Rechtsformen der strukturierten Zusammenarbeit bei den Primärversorgungsstrukturen zulässig sein. Organisatorische Anordnungs- und Leitungsbefugnisse werden unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Grundlagen innerhalb des Primärversorgungsteams festgelegt.

Voraussetzung ist jedoch, dass die gewählte Organisationsform und jede Regelung der Zusammenarbeit die Anforderungen der vorstehenden Primärversorgungs-Konzeption erfüllen.

Aufgrund der bestehenden Rechtslage kommen insbesondere folgende Konstruktionen für neue Primärversorgungsstrukturen in Betracht:

- Mehrere in Ordinationen bzw. Praxen freiberuflich tätige Personen bzw. weitere Gesundheitsdienstleister (z.B. Anbieter von Mobilen Diensten), die strukturiert und vertraglich verbindlich zusammenarbeiten und gegenüber der Patientin und dem Patienten und der Sozialversicherung als Einheit auftreten
- Ärztliche Gruppenpraxen, die andere Berufsgruppen entweder angestellt haben oder als vertraglich gebundene Kooperationspartner integriert haben
- Ambulatorien mit multiprofessioneller Zusammensetzung

Diese Konstruktionen weisen jedoch mit Blick auf eine optimale Umsetzung des Primärversorgungskonzeptes Nachteile auf, sodass Anpassungen in den Rechtsgrundlagen zur Unterstützung der erforderlichen multiprofessionellen Teamarbeit notwendig sind.

### 5.2.2. Marktzugang

Bestehende Einzel- und Gesamtverträge für Allgemeinmedizin werden durch die in diesem Konzept dargestellten neuen Primärversorgungsstrukturen nicht berührt und können in ihrer derzeitigen Form weiter bestehen. Zukünftig wird neben der Vergabe von Verträgen an die dargestellten neuen Primärversorgungsstrukturen auch weiterhin die Vergabe von Einzelverträgen an in Einzelordinationen tätige Hausärztinnen und Hausärzte zur herkömmlichen Primärversorgung möglich sein.

Sofern der Wille bestehender oder neuer Vertragspartner für Allgemeinmedizin auf Umwandlung oder Integration in neue Primärversorgungsstrukturen besteht, soll dieser abhängig vom regionalen Bedarf unterstützt und durch Anreizsysteme zum Ein- und Umstieg gefördert werden.

Durch Zusammenarbeit der Hausärztinnen und Hausärzte und Unterstützung durch Gesundheitsberufe im Primärversorgungsteam wird eine Fokussierung der Hausärztinnen und Hausärzte auf ihre medizinisch-fachlichen Kompetenzen ermöglicht. Um diesem Aspekt Rechnung zu tragen, sollen die derzeitigen Stellenpläne in ihrer aktuell gültigen quantitativen Ausprägung sowohl bestehende und neue Hausärztinnen und Hausärzte als auch neue Primärversorgungsstrukturen abbilden. Dadurch wird ein Ausbau der neuen Primärversorgungsstrukturen unter Anrechnung auf die Stellenplanung gewährleistet.

Die neuen Primärversorgungsstrukturen sollten zunächst in entsprechend gut geeigneten Regionen eingerichtet und sukzessive erweitert werden. Gemäß Artikel 9 Abs. 3 der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit (in Verbindung mit Artikel 12 Abs. 4 Z 10 und Artikel 15 Abs. 4 Z 6) sind die neuen Primärversorgungsstrukturen in den jeweili-

gen Strukturplänen abzubilden. Regelungen zur Marktzulassung haben sicherzustellen, dass Vorgaben der Planung umgesetzt werden können.

### 5.2.3. Vertragsrecht

Die neuen Primärversorgungsstrukturen sind Sachleistungsanbieter und künftige Vertragspartner der SV-Träger.

Für die neuen Primärversorgungsstrukturen ist eine eigenständige gesamtvertragliche Vereinbarung im Sinne des Sechsten Teils, Abschnitt II, 1. Unterabschnitt des ASVG abzuschließen. Abweichend davon bzw. für den Fall, dass eine solche gesamtvertragliche Vereinbarung nicht zustande kommt, können von der Sozialversicherung Sonder-Einzelverträge mit Zustimmung der zuständigen Ärztekammer abgeschlossen werden. Für diese neuen gesamtvertraglichen Vereinbarungen sind die Rechtsgrundlagen im ASVG zu schaffen.

Die Verträge sollen die jeweilige Zusammensetzung der Primärversorgungsstruktur entsprechend den regionalen Erfordernissen abbilden können.

## 5.3 Honorierung

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

Die vereinbarte Honorierung muss vor allem die Zielsetzungen einer Primärversorgungseinrichtung widerspiegeln und Anreize setzen, damit die festgelegten Aufgaben und Funktionen der Primärversorgungsstrukturen bestmöglich erfüllt werden. Insbesondere sollte die Honorierung nach internationalen Erfahrungen folgende Kriterien berücksichtigen:

- die Arbeitsleistung aller Primärversorgungs-Mitglieder
- Teamarbeit, strukturelle Zusammenarbeit und Kooperationstätigkeiten sowie Managementleistungen,
- Versorgungskoordination und Anreize zur umfassenden Patientenversorgung lt. dem vereinbarten Leistungsspektrum ohne Risikoselektion,
- gesundheitsförderliche Maßnahmen und Präventionsangebote,
- aufsuchende Betreuung (z.B. Hausbesuche)
- proaktive Dienste (z.B. Informationen über Gesundheitsaktionen),
- gezielte Qualitäts- und Leistungsanreize wie z.B.
  - Förderung zur Erbringung von akzeptierten, effizienten, patientenzentrierten und qualitativ hochwertigen Behandlungsmethoden (z.B. diagnostische und therapeutische Maßnahmen erfolgen bedarfsgerecht und nach anerkannten Regeln der Wissenschaft (evidenzbasiert), Einbindung von EbM-Leitlinien etc.),
  - Unterstützung und Förderung der Leistungserbringer zur Investition, Innovation und anderen Aktivitäten, welche eine Verbesserung und Stärkung der Leistung, Qualität, Effizienz, Behandlungsergebnisse sowie der Wirtschaftlichkeit im Eigen- und Folgekostenbereich bewirken (z.B. Aufbau einer funktionellen IT-Lösung, Datendokumentation, regelmäßige Aus- und Weiterbildungen sowie Qualitätszirkel, Teilnahme an Forschungsnetzwerken, Einschreibquoten an Disease-Management-Programmen, Zusammenarbeit zur Folgekostendämpfung etc.)
  - Förderung von bestimmten Aspekten der Patientenzufriedenheit (z.B. aktive Einbindung der Patientin und des Patienten im Behandlungsprozess, kommunikative und koordinative Kompetenz der Primärversorgungsstruktur, etc.)

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

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

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

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

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

#### **5.4 Anreizfinanzierung für Neue Primärversorgungsinfrastruktur**

Es ist gelungen im neuen „Programm für ländliche Entwicklung in Österreich 2014 – 2020“ (gemäß der „Verordnung (EU) Nr. 1305/2013 des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 17. Dezember 2013 über die Förderung der ländlichen Entwicklung durch den Europäischen Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums (ELER) und zur Aufhebung der Verordnung (EG) Nr. 1698/2005“) für den bedarfsorientierten Auf- und Ausbau von Infrastrukturen im Bereich der ambulanten Gesundheitsdienstleistungen im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit finanzielle Mittel zu sichern, sofern eine Kofinanzierung durch die Länder möglich ist. Diese können zielgerichtet für den Aus- und Aufbau von Primärversorgungsstrukturen verwendet werden.

#### **5.5 Zukünftige Finanzierung**

Dieses Konzept kann keine abschließenden Aussagen über die Gesamtfinanzierung der hinkünftig neuen Formen der Primärversorgung machen. In den ersten Jahren 2015 und 2016 werden Pilotierungen stattfinden, die mit den herkömmlichen Finanzinstrumenten gesichert werden können und im Rahmen der vereinbarten Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen laufen (vgl. Artikel 10 des Bundes-Zielsteuerungsvertrags und entsprechender Regelungen in den Landes-Zielsteuerungsverträgen). Es sind die Regelungen im Abschnitt 6 der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit anzuwenden. Nach Abschluss der Pilotierungen ist im Rahmen der verfügbaren monetären Mittel und unter Beachtung der Ausgabenobergrenzen ein gemeinsames Finanzierungspaket zu schnüren, das dem Versorgungsangebot in den jeweiligen Sektoren gerecht wird.

## Anlagen

### ***ANLAGE 1 zu Kapitel 5.1.1***

#### **Idealtypische Aufgaben des Primärversorgungs-Managements**

Die organisatorischen Aufgaben des **Primärversorgungs-Managements** umfassen idealtypisch insbesondere:

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



## **ANLAGE 2 zu Kapitel 5.3**

### **Honorierungsformen in der Primärversorgung**

Theorie und Praxis bestätigen, dass - neben intrinsischer Motivation - die Art und Weise wie Leistungserbringer honoriert werden erhebliche Verhaltensanreize setzt, die sich in weiterer Folge auf Outputs und Outcomes der Versorgung auswirkt. Die gewählte Honorierungsform kann bewusst als Steuerungselement eingesetzt werden, um ein erwünschtes Verhalten zu erzielen bzw. Dysfunktionalitäten zu vermeiden. Dabei gilt es zu beachten, dass jede Honorierungsform positive, wie auch negative Anreize setzt, die im Lichte des Status Quo und der gesetzten Ziele zu beurteilen sind. In der Literatur werden daher oftmals Mischformen empfohlen, die auch häufig in der Praxis anzutreffen sind.

Im Allgemeinen können Honorierungsmechanismen anhand folgender Merkmale unterschieden, bzw. zugeordnet werden:

Zahlungsmethode:

- » Im Austausch gegen folgende Leistungen
  - i. Arbeiten für eine bestimmte Zeit (Gehalt)
  - ii. Versorgung einer bestimmten Population (Kopfpauschale)
  - iii. Erbringung einer bestimmten Leistung(squalität) bzw. Erhöhung der Leistungsqualität) (z. B. pay-for-performance oder fee-for-service)
- » Lineare oder nicht-lineare Zahlungen
  - i. Linear: gleicher Betrag für jede zusätzliche Einheit
  - ii. Nicht-linear: Betrag hängt von dem Erreichen eines oder mehrerer Zielwerte ab bzw. ändert sich mit jeder zusätzlichen Leistung
- » Zeitpunkt der Bezahlung
  - i. Vor der Leistungserbringung: prospektive Bezahlung eines fixen Budgets
  - ii. Nach der Leistungserbringung: retrospektive Bezahlung entweder ohne oder mit Deckelung der Zahlungen

Je nach Variante kann die Honorierung kontaktabhängig oder –unabhängig bzw. indikationsabhängig oder auch -unabhängig erfolgen.

Die Theorie unterscheidet eine Vielzahl möglicher Honorierungsformen, die sich grob in folgende Ausgestaltungsvarianten zusammenfassen lassen.

- Budget bzw. Gehalt (line-item budget/salary)
- Kopfpauschale (capitation)
- (Fall-)Pauschale
- Einzelleistungsvergütung (Fee for Service)
- Pay for Performance

Folgende Tabelle gliedert die genannten Varianten nach zu beachtenden Ausgestaltungsaspekten, dem erwarteten Anbieterverhalten bzw. den positiven, wie auch negativen Anreizen und schließlich Systemimplikationen, die es bei der Steuerung des Gesamtsystems zu hinterfragen gilt.

**Tabelle: Mögliche Honorierungsformen in der Primärversorgung**

Ausgestaltungsaspekte	Anreiz- und Steuerungswirkung (generisches Modell)	Systemimplikationen	Eignung für folgende Primärversorgungsfunktionen (Vorschlag)
<b>Budget (bzw. Gehalt)</b> Fixes ex ante Budget (bzw. Gehalt) zur Deckung sämtlicher Ausgaben (Medizinprodukte, Geräte, Miete, etc.), Budgets können nach Etats (line-items) aufgeteilt werden (kontaktunabhängig)			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Höhe des Budgets</li> <li>• Zweckwidmung (Etats) für bestimmte Aufwendungen</li> <li>• Spezifizierung von Minimalkriterien (Anzahl versorgter Patienten, etc.)</li> <li>• Umgang mit nicht ausgebenem Budget?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kein Anreiz für Überversorgung</li> <li>• Eher Anreiz zur Unterversorgung</li> <li>• Anreiz zu erhöhtem Überweisungsverhalten</li> <li>• Anreiz zum gänzlichen Ausschöpfen der Budgets</li> <li>• Anreiz zu gesteigertem Präventionsfokus</li> <li>• Steigerungsdynamik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ermöglicht einfache Administration, Kosten und Mengenkontrolle</li> <li>• <u>Explizite Steuereffekte (bei Zweckwidmung)</u></li> <li>• Möglichweise ineffiziente Ressourcennutzung</li> <li>• Qualitätsverbesserungen problematisch</li> <li>• Erhöhung der Zugänglichkeit problematisch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infrastruktur (zB elektronische Patientenakte)</li> </ul>
<b>Kopfpauschale (capitation)</b> Fixer Betrag ex ante für jeden eingeschriebenen Patienten (kontaktunabhängig)			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einschreibung: offen oder gesteuert (Zuschreibung über Einzugsgebiet/ bisherige Kontakte); Schwellwerte (max. Patientenanzahl)</li> <li>• Höhe der Pauschale basierend auf: Historische Werte, Trends, Verhandlungen</li> <li>• Risiko von unerwünschtem Anbieterverhalten (Kosten und Risikoverlagerung, etc.)</li> <li>• Risikoadjustierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schonender Ressourceneinsatz</li> <li>• Kein Anreiz zur Überversorgung</li> <li>• Eher Anreiz zur Unterversorgung</li> <li>• Anreiz Kosten und Risiko in nachgelagerte Versorgungsstufen zu verlagern</li> <li>• Anreiz zur Risikoselektion</li> <li>• Anreiz zu Patientenorientierung, hoher Qualität und bestmöglicher Versorgung, um Patienten anzuziehen (CAVE: trifft nur bei Wettbewerb zu)</li> <li>• <u>Anreiz zu gesteigertem Präventionsfokus</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Im Zusammenhang mit freier Arztwahl problematisch</li> <li>• Kostenkontrolle in PHC, jedoch Risiko höherer Gesamtsystemkosten (z.B. durch Verlagerung)</li> <li>• Setzt Wettbewerbsmechanismen in Gang:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bessere Ressourcenallokation zwischen Anbietern (z.B. durch Risikoadjustierung)</li> <li>○ Kann allokativen Effizienz erhöhen</li> </ul> </li> <li>• Einfluss auf Zugang und Qualität nicht eindeutig</li> <li>• Erfordert Patienteninformation zur Risikoadjustierung (epidemiologische Daten)</li> <li>• Überbezahlung bei jenen, die zu wenig anbieten, Unterbezahlung bei komplexen Angeboten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programmbudget, kontaktunabhängig idR Prävention und Gesundheitsförderung, zB:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Call-in Prinzip,</li> <li>○ Übernahme/Mitwirkung öffentlicher Gesundheitsaufgaben</li> <li>○ Abstimmung mobile Dienste</li> </ul> </li> </ul>
<b>(Fall-)Pauschale</b> Retrospektive Bezahlung der Anbieter je Behandlungsfall (kontaktabhängig)			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Höhe der (Fall-) Pauschale (inkl. Fixkosten, Grundleistungen, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eher Anreiz zur Mengensteigerung (Anbieter induzierte Nachfrage)</li> <li>• Anreiz zur selektiven Unterversorgung bei zu niedriger Pauschale</li> <li>• Anreiz zu erhöhtem Überweisungsverhalten</li> <li>• Anreiz zur Risikoselektion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• suboptimale Vergütungshöhe führt zu negativen Effekten</li> <li>• Kann bei Unterversorgung gegensteuernd eingesetzt werden</li> <li>• <u>Gezieltes Fördern von Versorgungszielen (über Leistungen hinaus) möglich, zB VU</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programmbudget, kontaktabhängig idR für definierte Populationen                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Koordinationszuschlag Chronikerversorgung (pro Quartal/Jahr)</li> <li>○ Chronikerprogramme</li> <li>○ Koordination der Versorgung multimorbider, geriatrischer Patienten</li> </ul> </li> </ul>
<b>Einzelleistungsvergütung (Fee for Service)</b> Retrospektive Bezahlung der Anbieter je erbrachter Leistung (kontaktabhängig)			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Höhe der Einzelleistungsvergütung (inkl. Fixkosten, Grundleistungen, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anreiz zur Mengensteigerung und Überversorgung (Anbieter induzierte Nachfrage)</li> <li>• Anreiz zur Kostensteigerung/intensiver Ressourceneinsatz</li> <li>• Anreiz zur selektiven Unterversorgung bei zu niedriger Leistungsvergütung</li> <li>• Anreiz zur Erhöhung der internen Effizienz (Frequenzmaximierung, etc.)</li> <li>• Anreiz zu Patientenorientierung (Kontinuität, Compliance auf Grund hoher Frequenzen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• suboptimale Vergütungshöhe führt zu negativen Effekten</li> <li>• Kann bei Unterversorgung gegensteuernd eingesetzt werden</li> <li>• Gezieltes Fördern und Reduzieren von Leistungen möglich</li> <li>• Nachteilig für integrierte Versorgung und Kooperationen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umfassende Behandlung von Akuterkrankungen und chronischen Erkrankungen</li> </ul>

Ausgestaltungsaspekte	Anreiz- und Steuerungswirkung (generisches Modell)	Systemimplikationen	Eignung für folgende Primärversorgungsfunktionen (Vorschlag)
<b>Pay for Performance (P4P)</b> Orientierung der Bezahlung am Erreichen definierter Performance-Ziele (Outcomes, Qualität, etc.) hinsichtlich der Patientenversorgung			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auswahl der Performance-parameter</li> <li>• Belohnen vs. Bestrafen</li> <li>• Höhe der Honorierung (Bonus, Kostendeckung und ausreichend Motivation)</li> <li>• Höherer Bonus für härtere Fälle?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhöhter Anreiz Performanceziele zu erfüllen (höhere Qualität, niedrigere Kosten)</li> <li>• Erhöhter Anreiz zur Risiko-selektion</li> <li>• Anreiz zum „Upcoding“</li> <li>• Anreiz zur Vernachlässigung von Bereichen außerhalb der Performance-messung</li> <li>• Möglicherweise Verlust von intrinsischer Motivation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ermöglicht gezieltes Eingehen auf individuelle od. regionale Probleme</li> <li>• Erhöhte Behandlungsqualität</li> <li>• Erhöhte Transparenz</li> <li>• Kostenreduktion durch Performancesteigerung, Reduktion von Folgeerkrankungen und Komplikationen</li> <li>• Erfordert valide Qualitäts- bzw. Performancemessung</li> <li>• Hohe Daten und IT-Anforderungen</li> <li>• Hoher administrativer Aufwand</li> <li>• Möglicherweise Einschränkung der Therapiefreiheit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Für alle Funktionen (außer zweckgewidmete Budgets für Infrastruktur) tauglich</li> </ul>

In der Realität werden oben genannte Honorierungsformen häufig als Kombinationen eingesetzt und um weitere Attribute ergänzt bzw. erweitert. So können Pauschalabgeltungen nicht nur je Patient sondern auch je Fall (Fallpauschale) oder Behandlungsepisode vorgenommen werden.