

Mag. Karl Lehner MBA

OÖ Gesundheits- und Spitals-AG (gespag);

Mitglied des Vorstands (Sprecher)

Pädiatriemodell Kirchdorf – aus Sicht der gespag: Beispiel für künftige innovative Versorgungsmodelle

1. Zusammenfassung und Ausblick	60
2. Einleitung	62
3. Ausgangssituation für das Kirchdorfer Modell	63
4. Ansätze für innovative Versorgungsmodelle	69

Das Pädiatrie-Modell in Kirchdorf weist neue Wege zu innovativen und integrierten Versorgungsmodellen, die Sektorgrenzen überschreiten und eine Verschränkung von intra- und extramuralen Strukturen möglich machen. Gesetzliche Rahmenbedingungen als Hindernisse auf diesem Weg sind zu überdenken und anzupassen.

Das Kirchdorfer Modell ist aus Sicht des Verfassers ein geeignetes Modell zur Überwindung der Sektorgrenzen und damit beispielgebend in der Entwicklung innovativer Versorgungsmodelle. Voraussetzung für eine erfolgreiche Weiterverbreitung und Weiterentwicklung ist die Bereitschaft der beteiligten Systempartner (Rechtsträger, Sozialversicherung, Ärztekammer und Ärzte), über den Tellerrand der eigenen Bereiche hinaus den Blick auf die Notwendigkeiten der Gesamtkonzeption zuzulassen und zu fördern.

1. Zusammenfassung und Ausblick

Das Pädiatrie-Modell in Kirchdorf weist neue Wege zu innovativen und integrierten Versorgungsmodellen, die Sektorgrenzen überschreiten und eine Verschränkung von intra- und extramuralen Strukturen möglich machen. Gesetzliche Rahmenbedingungen als Hindernisse auf diesem Weg sind zu überdenken und anzupassen. Das Kirchdorfer Modell ist aus Sicht des Verfassers ein geeignetes Modell zur Überwindung der Sektorgrenzen und damit beispielgebend in der Entwicklung innovativer Versorgungsmodelle.

Voraussetzung für eine erfolgreiche Weiterverbreitung und Weiterentwicklung ist die Bereitschaft der beteiligten Systempartner (Rechtsträger, Sozialversicherung, Ärztekammer und Ärzte), über den Tellerrand der eigenen Bereiche hinaus den Blick auf die Notwendigkeiten der Gesamtkonzeption zuzulassen und zu fördern.

Vor dem Hintergrund des bereits latenten und sich in den nächsten Jahren verschärfenden Mangels an ärztlichem Nachwuchs ist es ein Gebot der Stunde, für Ärztinnen und Ärzte attraktive Versorgungsmodelle zu finden. Es wird langfristig für Kliniken überlebensnotwendig werden, Ärztinnen und Ärzte mit lebensphasenorientierten Arbeitszeitmodellen dauerhaft an den Kliniken zu halten und damit die regionale Versorgung nicht zu gefährden.

In Österreich gibt es seit der Gesundheitsreform 2013 die Zielsetzung der Behandlung der Patientinnen und Patienten am Best Point of Service (BPos).²⁷ Im Jahr 2014 wurde das neue Modell im Bereich der Primärversorgung mit Primary Health Care Centers (PHC-Modelle)²⁸ etabliert. Es muss gelingen und es ist auch die klare Zielsetzung der gespag, diese neuen Modelle stärker mit den Spitälern zu vernetzen, ja es muss auch möglich sein, dass Spitäler selbst solche Zentren im Sinne von Gesundheitszentren an ihren Standorten oder im Umfeld ihrer Standorte gemeinsam mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie nicht ärztlichen Berufsgruppen (z.B. PhysiotherapeutInnen, frei praktizierende Hebammen, PsychologInnen, DiätologInnen, Wundschwestern) betreiben.

Viele Spitalsambulanzen haben hohen Zulauf von Patientinnen und Patienten, die zwar eine Versorgung benötigen, jedoch nicht unbedingt Leistungen des Krankenhauses. Im Rahmen eines innovativen verschränkten Versorgungsmodells wie

27 Bundesgesetzblatt I Nr. 200/2013 (Zielsteuerung-Gesundheit)

28 „Das Team rund um den Hausarzt“ – Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Beschlossen in der Bundes-Zielsteuerungskommission am 30. Juni 2014

z.B. dem Pädiatrie-Modell in Kirchdorf oder einer Primärversorgungseinheit an einem Krankenhaus kann daher eine vernünftige Triagierung dieser PatientInnen Richtung Primärversorgung einerseits und im erforderlichen Fall auch Richtung Krankenhausambulanz und auch weiteren Einrichtungen der Spitäler andererseits erfolgen. Im fachärztlichen Bereich könnten hier neue attraktive Modelle für Ärztinnen und Ärzte des Krankenhauses geschaffen werden, die zugleich auch in solchen Gesundheitszentren Patientinnen und Patienten vor und nach der notwendigen Krankenhausbehandlung betreuen. Diese Modelle sollten nicht in Konkurrenz, sondern in Abstimmung mit der niedergelassenen Ärzteschaft und selbstständig Tätigen in nicht ärztlichen Berufen erfolgen.

Die Vorteile liegen auf der Hand: Synergien bei der Raum- und Gerätenutzung generell im gesamten Infrastrukturbereich, Behandlungskontinuität, interessante Teilzeitmodelle, Triagierung der Patientinnen und Patienten, längere Öffnungszeiten, nach dem Subsidiaritätsprinzip abgestufte Behandlungskonzepte usw.

Bezüglich der integrativen Versorgungsmodelle gibt es in Deutschland seit Jahren insbesondere im fachärztlichen Bereich medizinische Versorgungszentren (MVZ), die in und um Kliniken situiert sind und vielfach auch von diesen oder gemeinsam mit anderen Partnern betrieben werden. Zielsetzung ist dabei immer die sektorübergreifende abgestufte Versorgung insbesondere auch im ländlichen Raum. In diesem Bereich hat Österreich nach Ansicht des Autors noch deutlichen Nachholbedarf.

2. Einleitung

Die als Pilotmodell konzipierte Kindergruppenpraxis in Kirchdorf hat sich nach rund vier Jahren Betrieb als stabiles Modell etabliert. Die gemeinsame Vision für den Start des Pilotprojektes war eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit der Akteure im Gesundheitswesen mit einem Verschränkungsmodell für den intra- und extramuralen Ambulanzbereich. Damit sollten die Parallelstrukturen weitgehend aufgelöst und Ineffizienzen zwischen beiden Sektoren nachhaltig behoben werden.

Zur Beurteilung des Pilotmodells wurde eine entsprechende Evaluierung der zu Beginn des Pilotprojektes vereinbarten Zielsetzungen vorgenommen. Bei daraus ableitbarer Eignung werden vom Verfasser vor allem folgende Fragen einer genaueren Betrachtung zugeführt:

- Welche Vorbildwirkung kann das Modell in Kirchdorf entfalten?
- Wie kann das Gesundheitswesen in Österreich insgesamt von derartigen Einrichtungen profitieren?
- Welche Vorteile bietet das Modell für Ärztinnen und Ärzte?
- Welche Vorteile liefert das Modell Kirchdorf an der Schnittstelle zwischen intra- und extramuralem Bereich und wie kann diese Schnittstelle erfolgreich überwunden werden?
- Welche Probleme bleiben bestehen und welche Lösungsszenarien gibt es dafür?
- Wird diese Form des Kirchdorfer Pädiatrie-Modells in Zukunft den Weg auch in andere Kliniken der gespaga finden?

3. Ausgangssituation für das Kirchdorfer Modell

Im Jahr 2011 wurde die Kindergruppenpraxis in Kirchdorf als gemeinsames Pilotprojekt der Systempartner im Gesundheitswesen aus der Taufe gehoben. Die Projektbeteiligten waren die in der Gruppenpraxis tätigen Pädiater, die OÖ Gesundheits- und Spitals-AG (gespag) als Spitalsträger des Krankenhauses Kirchdorf, die Gebietskrankenkasse für Oberösterreich (OÖ GKK) und die Ärztekammer für OÖ (OÖÄK).

Die Aufrechterhaltung der bis dahin parallelen Versorgungsstrukturen sowohl im intra- als auch extramuralen Bereich wurde von den beteiligten Systempartnern vor dem Hintergrund der Entwicklung der Fallzahlen in der Pädiatrie als nicht zukunftsweisend und wenig nachhaltig eingeschätzt. Gemeinsames Ziel war es daher, die ärztliche Versorgung in der ländlichen Region mittel- und langfristig abzusichern.

3.1. Grundstrukturen des neuen Versorgungsmodells

Im Kirchdorfer Spital ist die Kinderabteilung samt einer Notfallambulanz untergebracht; die Gruppenpraxis für Kinder- und Jugendheilkunde ist rund einen Kilometer vom Spital entfernt im Stadtgebiet von Kirchdorf verortet. Dort wird auch die aus dem Spital in die Gruppenpraxis ausgelagerte Kinderambulanz mitbetreut. Eine vollkommene ambulante Rund-um-die-Uhr-Versorgung durch die Gruppenpraxis war ökonomisch nicht möglich. Das Krankenhaus übernimmt daher neben der stationären Versorgung auf Grund seiner auf 7 x 24 Stunden abgestellten Versorgungsstruktur auch die Abdeckung von Randzeiten außerhalb der Öffnungszeiten der Kassengruppenpraxis.

Die Übernahme der ambulanten Spitalsleistungen durch die Gruppenpraxis wurde durch eine krankenanstaltenrechtlich notwendige Kooperationsvereinbarung abgesichert. Für die Übernahme dieser Leistungen erhält die Gruppenpraxis eine pauschale Abgeltung.

Gesellschafterwechsel sind möglich. Fachärztinnen und Fachärzte, die künftig nach Kirchdorf kommen, erhalten vertraglich zugesichert die Möglichkeit, in der Gruppenpraxis mitzuarbeiten.

3.2. Zielsetzung

Mit dem Pilotmodell wurden insbesondere folgende Ziele verfolgt:

- Nachhaltige Sicherstellung einer optimalen pädiatrischen Versorgung der Region Kirchdorf mit rund 56.000 Einwohnern,
- Realisierung einer sektorenüberschreitenden Verschränkung der ambulanten Versorgung zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Bereich (Kinder-Kassenordination),
- Einbindung aller am Prozess beteiligten Ärztinnen und Ärzte des Krankenhauses, des Spitalsträgers, der Ärztekammer und der Gebietskrankenkasse,
- ökonomisch sinnvolles und für alle Systempartner akzeptables Modell,
- Reduktion der Frequenzen und Leistungen durch Beseitigung der Parallelstrukturen,
- jedoch keine qualitative Verschlechterung der Versorgung durch das neue Modell,
- die an der Abteilung für Pädiatrie des LKH Kirchdorf tätigen Ärztinnen und Ärzte sind gleichzeitig auch die Gesellschafter der Gruppenpraxis,
- Schaffung attraktiver Rahmenbedingungen für Ärztinnen und Ärzte,
- Erweiterung der Öffnungszeiten der Ordination,
- gemeinsame Evaluierung des Modells.

3.3. Beurteilung des Modells

Zur Beurteilung des Kirchdorfer Pädiatrie-Modells auf seine generellere Anwendbarkeit (andere Fächer, andere Standorte) ist zumindest eine kurze Betrachtung der wichtigsten Ergebnisse der Modell-Evaluierung. Die genaueren Details sind dem Beitrag von N. Herdega und S. Weißengruber-Auer²⁹ zu entnehmen.

3.3.1. Beurteilung aus Sicht der Gruppenpraxisinhaber

Die Beurteilung des Modells aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte der Gruppenpraxis hat folgende Ergebnisse gebracht:

²⁹ Siehe dazu N. Herdega, S. Weißengruber-Auer: Pädiatrische Versorgung in Kirchdorf in dieser Ausgabe der Zeitschrift für Gesundheitspolitik, S. 9ff

- Vorteile **+** und Nachteile **-** des neuen Modells:
 - +** die überwiegende Bekanntheit des Patientenstamm bei einer stationären Aufnahme,
 - +** längere Öffnungszeiten,
 - Ausbildung der jungen ÄrztInnen leidet, da sie weniger Gelegenheit haben, regelmäßig akute ambulante Kinder zu begutachten,
 - pro Kind bleibt weniger Zeit als früher in der Ambulanz, weil die Frequenz in der Ordination höher ist.

- Auswirkungen auf den stationären Bereich:
 - +** über 60 % der stationär aufgenommen Kinder sind bereits bekannt,
 - +** Verkürzung der stationären Aufenthaltsdauer aufgrund der gesicherten Weiterbetreuung durch dieselben Ärzte.

- Räumliche Trennung Krankenhaus und Gruppenpraxis (**+** ... Vorteil, **-** ... Nachteil)
 - +** Arztbesuche werden von den Kindern nicht automatisch mit Krankenhaus assoziiert,
 - Ausbildungsärztinnen und -ärzte sehen typische Erstbegutachtungsfälle nicht mehr im Rahmen ihrer Ausbildung, weil sie nicht jederzeit in die Ordination kommen können,
 - weiterführende Untersuchungen (Radiologie, Labor, EKG, etc.) wären „unter einem Dach“ schneller verfügbar,
 - auf Befunde des Spitals kann aus der Ordination nicht direkt zugegriffen werden.

- Das Pilotprojekt ist der Bevölkerung in der Region Kirchdorf bekannt. Die Bereitschaft zur Inanspruchnahme des medizinischen Angebotes ist hoch.

- Die Zahl der ungeplanten Fälle nimmt bei gleichzeitig steigender Fallzahl ab.

- Vorteile **+** und Nachteile **-** für die behandelten Kinder:
 - +** Betreuung aus einer Hand sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich; rund 50 bis 60 % der stationär aufzunehmenden Kinder sind bereits bekannt,
 - +** Ärzteviefalt in der Ordination ermöglicht den ÄrztInnen individuelle Spezialisierungen,
 - im Gegensatz zur „herkömmlichen“ Ordination für Kinder- und Jugendheilkunde ist nicht immer dieselbe Person Ansprechpartner.

- Eine Umsetzung des „Kirchdorfer Modells“ auf andere Fächer ist mit folgenden drei Hürden verbunden:
 - Akzeptanz des Modells seitens der Kostenträger?
 - Ausbildungssituation der AssistenzärztInnen (Abklärung der arbeitsrechtlichen Fragen).
 - Die derzeitigen Rahmenbedingungen mit der strikten Sektorenabgrenzung bremsen eher die Entwicklung solcher Modelle, als dass sie diese fördern.

3.3.1. Bewertung aus Sicht der Bevölkerung

Die Einschätzung der Akzeptanz in der Bevölkerung mit der pädiatrischen Versorgung durch das neue Modell hat nachstehende Ergebnisse gebracht:

- Das Modell ist nach fünf Jahren Laufzeit in Hinsicht auf Zuständigkeiten zwischen Gruppenpraxis und Krankenhaus für die Mehrzahl der Befragten (73 %) völlig klar, für 27 % teilweise unklar.
- 97 % der Befragten sind mit der medizinischen Versorgung für Kinder in der Region Kirchdorf sehr oder eher zufrieden.
- Es besteht der Wunsch nach einer engeren räumlichen Verflechtung von Ordination und Spital.
- 97 % erachten die Anwesenheit derselben Ärztinnen und Ärzte in Ordination und Spital als vorteilhaft.

- 83 % geben an, dass es ein Vorteil ist, dass mehrere Ärzte in der Ordination tätig sind.
- Die zusammenfassende Bewertung der Zufriedenheit mit der Gruppenpraxis („Wie zufrieden sind Sie mit der Ordination im Allgemeinen, d.h. nicht nur auf den heutigen Arztbesuch bezogen?“) fiel gut bis sehr gut aus, 82 % der Befragten sind „sehr zufrieden“ und 17 % „eher zufrieden“.
- 96 % der Befragten ziehen keinen Ordinationswechsel in Betracht.
- 84 % sind mit den Ordinationszeiten sehr zufrieden (Vergleichsordinationen 65 %).
- 94 % würden die Gruppenpraxis ihren Freunden weiterempfehlen.

3.3.3. Beurteilung des Modells aus Sicht der Zuweiser

Die Zuweiser bewerten die medizinische Versorgung für Kinder in der Region Kirchdorf durchschnittlich als „gut“ (Mittelwert 2,75).

3.3.4. Zusammenfassende Beurteilung aus Sicht der gespag

Für die gespag ergibt sich bei Abwägung der mit dem Pilotprojekt angestrebten Ziele und den aus den vorstehenden Beurteilungen (Gruppenpraxisinhaber, Bevölkerung, Zuweiser) abzuleitenden Erkenntnissen zusammenfassend eine insgesamt positive Beurteilung für das neue Pädiatrie-Modell in Kirchdorf:

- Die Sicherstellung der pädiatrischen Versorgung auf qualitativ hohem Niveau und damit
- die Steigerung der Attraktivität des peripheren Versorgungsstandortes Kirchdorf für die Leistungserbringer ist gelungen.
- Die Bevölkerung ist mit dem neuen Leistungsangebot sehr zufrieden; die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass diese neue Versorgungsstruktur von der Bevölkerung sehr gut angenommen wird.
- Das Modell ist durch den Abbau von Parallelstrukturen auch unter ökonomischen Gesichtspunkten sinnvoll.
- Die Betreuung aus einer Hand sowohl intra- als auch extramural ist für die behandelten Kinder vorteilhaft.

- Auch die Einschätzung der beteiligten Ärztinnen und Ärzte ergab ein durchwegs positives Bild.
- Das neue Versorgungsmodell ist ein wichtiger Schritt zur Überwindung der sektoralen Trennung zwischen Spital- und niedergelassenem Bereich und kann daher zur weiteren Implementierung effizienter Versorgungsstrukturen insbesondere in ländlichen Regionen beitragen.

So sehr die vorstehenden Aspekte positiv für künftige Modellentwicklungen zu werten sind, so sehr müssen auch die mit der Evaluierung zu Tage getretenen Problemthemen in künftige Modellentwicklungen bzw. Pilotprojekte Eingang finden:

- Die stärkere räumliche Verflechtung von Spital und Ordination trägt dem Wunsch der Bevölkerung Rechnung.
- Die räumliche Trennung von Krankenhaus und Ordination wirkt sich nachteilig auf die Ausbildung der Assistenzärztinnen und -ärzte aus.
- „Unter einem Dach“ wären aus dem Behandlungsprozess heraus notwendige Spitalsleistungen rascher verfügbar.
- Die an den Schnittstellen zwischen Spital und Ordination sichtbar werdenden Sektorgrenzen müssen durch gemeinsame IT-Lösungen und gegenseitigen Zugriff auf Daten überwunden werden.
- Gleiches gilt für rechtliche Fragestellungen wie z.B. Haftungs- oder Datenschutzfragen.

Die vorstehenden Problemthemen sind insbesondere durch den latenten Ärztemangel seit einigen Jahren erheblich verschärft. Das gilt sowohl für den intramuralen als auch den extramuralen Bereich. D.h., sowohl die Spitäler kämpfen verstärkt um vor allem fachärztliche Ressourcen als auch der niedergelassene Bereich um die Nachbesetzung vakant werdender Stellen. Diese Schwierigkeiten haben ihre Ursache einerseits in den vor mehreren Jahren erheblich reduzierten Studienplätzen für Humanmedizin an österreichischen Universitäten und andererseits in der demografischen Entwicklung. So beginnen Ärztinnen und Ärzte der Babyboomer-Generation verstärkt in Pension zu gehen. Damit steigt die Nachbesetzungsrate erheblich an – und das bei einer deutlich geringeren Anzahl von Absolventinnen und Absolventen an den Medizinuniversitäten.

4. Ansätze für innovative Versorgungsmodelle

Ausgehend von den mit dem Kirchdorfer Pädiatrie-Modell gewonnenen Erkenntnissen werden in diesem Kapitel weiterführende Überlegungen für innovative und verschränkte Versorgungsmodelle angedacht. Dabei ist zunächst eine noch weitergehende Betrachtung und Analyse der Rahmenbedingungen vorzunehmen.

4.1. Analyse der bestehenden Rahmenbedingungen

Aufgrund der sektoralen Trennung des niedergelassenen und des Spitalsbereichs haben sich Parallelstrukturen (Personal, Ausstattung, medizintechnische Geräte, Räumlichkeiten) entwickelt. Gefördert wird diese Entwicklung auch durch den offenen und uneingeschränkten Zugang von Patientinnen und Patienten zu allen Versorgungsstufen, häufig mitverursacht auch durch die mangelnde Transparenz im Gesamtsystem. Zudem ist die in beiden Bereichen verfügbare Infrastruktur in den Tagesrandzeiten und an Wochenende häufig ungenutzt. Auch Wahlärztinnen und -ärzte sowie nicht ärztliche Fachkräfte wie z.B. PhysiotherapeutInnen halten Infrastruktur vor. Die z.Tl. mangelhafte Gesundheitskompetenz und das zu gering ausgeprägte Selbstmanagement der Bevölkerung begünstigen Fehlentwicklungen an den Systemschnittstellen.

- Insgesamt verursachen diese Parallelstrukturen
- gesamt gesehen hohe Systemkosten,
- schwierige Koordination, Aufeinander-Abstimmung und Kommunikation (z.B. Versorgung an den Randzeiten),
- erschwerte multiprofessionale Zusammenarbeit,

- komplexe und häufig nicht kompatible Kommunikationsstrukturen zwischen den Leistungsanbietern,
- Primärversorgungsleistungen, die oftmals unnötigerweise in höherwertigen Versorgungsstrukturen wie z.B. in den Spitalsambulanzen erbracht werden,
- aus medizinischer Sicht vermeidbare Behandlungen in Spitälern,
- zunehmende Fragmentierung und Spezialisierung der Leistungsanbieter und damit
- eine erschwerte Kundenorientierung (wer ist die richtige Anlaufstelle für die Patientin/den Patienten),
- vermehrte Arbeitslast der Anbieter durch fehlende Teamarbeit sowie erhöhter Bürokratieaufwand,
- Honorierungsmodelle, die Anreize zu sektoralen Optimierungen oder die Optimierung von Einzelinteressen an Stelle der Bedarfs- und Bedürfnisorientierung setzen.

Hingegen haben sich die Anforderungen der Systempartner, die Bedürfnisse der Menschen und die Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem in den letzten Jahren jedoch erheblich verändert. Beispielhaft seien genannt:

- der deutlich zunehmende Frauenanteil in der Ärzteschaft,
- der verstärkte Wunsch nach flexibleren Arbeitszeiten bei den Leistungsanbietern,

veränderte Erwartungen und Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten,

- der Wunsch nach mehr Vernetzung und neuen Zusammenarbeitsformen bei den Leistungsanbietern,
- die Erwartungshaltung der Ärztinnen und Ärzte zur Steigerung der Attraktivität des Berufs der Allgemeinmedizinerin/des Allgemeinmediziners.

4.2. Zielsetzungen und Chancen neuer innovativer Versorgungsmodelle

Aus der beschriebenen Analyse der bestehenden Rahmenbedingungen und der Erwartungshaltung der Systempartner und der Bevölkerung lassen sich folgende Zielsetzungen und zugleich Chancen für neue innovative und verschränkte Versorgungsmodelle ableiten:

- die Verschränkung bestehender Angebote und die bessere Vernetzung zwischen den Systempartnern,
- die Neugestaltung und auch Reduktion von redundanten Strukturen und Kosten, so z.B. für Räumlichkeiten, Sprechstundenhilfen, Büro- und IT-Ausstattung können auf mehrere Partner aufgeteilt werden,
- eine höhere Kundenorientierung durch „Behandlung aus einer Hand“, durchgehende persönliche Betreuung (die zuweisende Ärztin / der zuweisende Arzt operiert macht Eingriffe, vergibt Termine in der Ordination),
- die nachhaltige Sicherung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung,
- die Attraktivierung des Arztberufs, insbesondere in ländlichen Regionen zur Begegnung des bereits latenten und in den kommenden Jahren stärker spürbaren Ärztemangels,
- ein effizienterer Mitteleinsatz bzw. eine optimalere Ressourcennutzung insbesondere der Infrastruktur,
- die Lenkung der Patientenströme in richtige und adäquate Versorgungsformen,
- damit die Vermeidung unnötiger und unkoordinierter Arzt- bzw. Krankenhausbesuche,
- den Aufbau und die Sicherstellung durchgängiger Versorgungsketten im Gesundheits- und Sozialbereich und die Unterstützung bei der Orientierung,
- wohnortnahe Versorgung mit flexibleren Ordinationszeiten sowie ganzjähriger Betrieb ohne urlaubs- bzw. krankheitsbedingte Schließungen,
- die Verbesserung der Zugänglichkeit zur Primärversorgung (sowohl räumlich als und auch zeitlich),
- die Stärkung von gesundheitsfördernden und krankheitsvorbeugenden Maßnahmen in der Primärversorgung und im Spitalsbereich,

- die Erleichterung und Unterstützung der Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den verschiedenen Gesundheits- und Sozialberufen,
- die weitere Verbesserung lebensphasenorientierter Arbeitszeitmodelle und Rahmenbedingungen für die Gesundheitsberufe,
- Anreiz für künftige Fachärztinnen und Fachärzte, im Spital weiterzuarbeiten und damit Bindung an das Spital sowie die Region,
- die Weiterentwicklung praxisbezogener Ausbildung für die Gesundheitsberufe,
- Einbeziehung der Lehrpraxis,
- fachlicher Austausch zwischen den ÄrztInnen samt gemeinsamer Diskussion schwieriger Fälle,
- gesicherte laufende Fortbildung der beteiligten ÄrztInnen durch die Weiterbildung im Spital,
- Einbeziehung von Anreizen zur Gesundheitsförderung, Prävention und effektiven Leistungserbringung in der Primärversorgung durch die Neugestaltung der Honorierungsmodelle,
- der Wissensaufbau über Wirksamkeit von Behandlungen und Versorgungsabläufen samt der Evaluierung dieser neuen innovativen Versorgungsmodelle.

4.3. Eckpunkte für weitere neue innovative Versorgungsmodelle

Vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen aus dem erfolgreichen Kirchdorfer Pädiatrie-Modell, den daraus gewonnenen Erkenntnissen (siehe dazu insbesondere Kapitel 3.3.4.) und der vorhin analysierten Rahmenbedingungen unterstützt und forciert die gespag als einziger Flächenversorger im Spitalsbereich in Oberösterreich (siehe dazu *Abbildung 1*) die Entwicklung weiterer innovativer und verschränkter Versorgungsmodelle. Konkret im Fokus der gespag stehen dabei gemeinsam mit den Systempartnern und den beteiligten Professionen (ärztliche und nicht ärztliche Berufe) zu entwickelnde Modelle wie z.B.

- generell Schaffung von Best-Point-of-Service-Einrichtungen (BPoS) nach der Bundeszielsteuerung³⁰ bzw.

30 a.a.O.

- wie Primärversorgungsmodelle (Primary Health Care bzw. PHC-Modelle) im Sinne der Bundes- und Landeszielsteuerung³¹ als erste Patienten-Anlaufstelle und Koordinierungsstelle zwischen Spital und niedergelassenem Bereich organisiert werden können,
- Überlegungen, wie weitere innovative (verschränkte) Versorgungsformen an bzw. in der Nähe der gespag-Klinik-Standorte³² in geeigneter Weise gestaltet werden können (Gruppenpraxismodelle oder Ambulatorien im Sinne des Best-Point-of-Service-Prinzips),
- multiprofessionelle Versorgungsformen im ambulanten Bereich bzw. spezialisierte ambulante Versorgungsstufen,
- Triage-/Filterordination als Nahtstelle zum Krankenhaus mit Akutambulanz mit angepassten Öffnungszeiten.

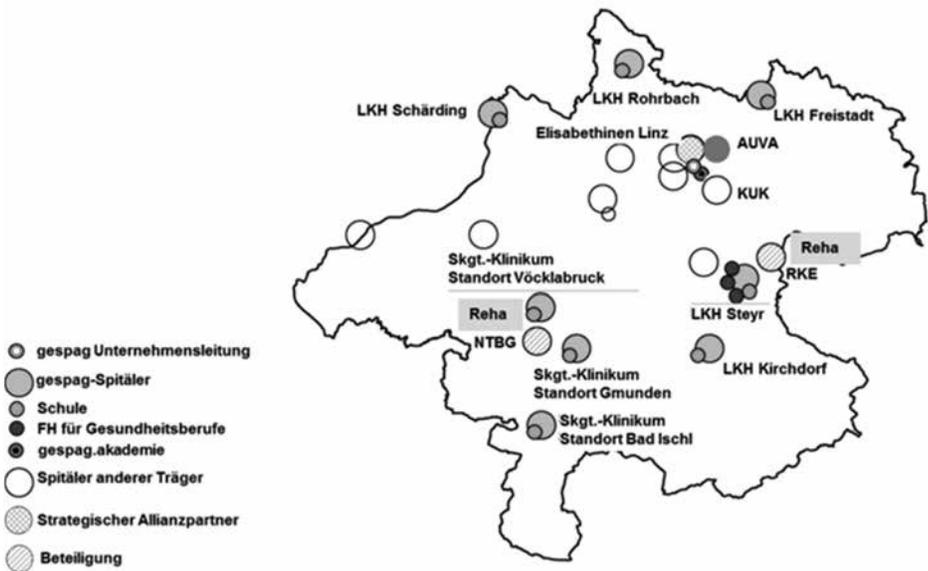


Abbildung 1: Standorte der gespag

31 „Das Team rund um den Hausarzt“-Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. a.a.O.

32 Vgl. a.a.O., S. 18

Durch die Einrichtung solcher Modelle im bzw. in unmittelbarer Nähe zum Spital

- kann die in der Evaluierung des Kirchdorfer Pädiatrie-Modells bemängelte räumliche Trennung von Ordination und Krankenhaus überwunden werden,
- müssen die am Modell beteiligten Ärztinnen und Ärzte beim Wechsel zwischen Spital und Ordination nicht das Krankenhaus verlassen,
- sind vom Spital benötigte Leistungen bzw. Befunde rascher verfügbar,
- entfallen Wege für Patientinnen und Patienten zwischen der Ordination und dem Spital und
- kann insbesondere auch der im Ausbildungsbereich für junge ÄrztInnen angesprochene nachteilige Effekt durch den Wegfall von Erstbegutachtungsfällen gelöst werden.

Alle Punkte, die sowohl der Angebotsseite (Ärztenschaft) als auch der Nachfrageseite (Bevölkerung, Patientinnen und Patienten) qualitativ und organisatorisch entgegenkommen. Ökonomisch betrachtet gibt es durch die Möglichkeit der Nutzung bestehender Infrastruktur und deren besserer Auslastung sowie auch der Identität der im Spital wie in der Ordination tätigen Ärztinnen und Ärzte jedenfalls Synergiepotenziale, die bei entsprechender Hebung die Nachteile der Parallelstrukturen beseitigen helfen können.

Bei der Realisierung und Weiterentwicklung innovativer Modelle ist besonders auf fördernde (+) bzw. u.U. hemmende (−) Faktoren Rücksicht zu nehmen:

- + Gesundheits- und Spitalsreformen auf Bundes- und Landesebene,
- + Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung bzw. Kommitment der Politik,
- + hoher Kosten- und Reformdruck für Bund/Länder/Gemeinden,
- + Bewusstseinsbildung, dass Verschränkungsmodelle ein Mittel für mehr Flexibilität der dort tätigen Berufsgruppen sein können (z.B. Teilzeitbeschäftigung in Gruppenpraxen bzw. verschränktem innovativem Modell),
- − möglicher Eingriff in bestehende Strukturen,
- − die Modelle brauchen klare vertragliche Regelungen (z.B. Gesellschaftervertrag) hinsichtlich Leitung, Entscheidungsfindung, Vertretungen, Ausstiegsszenario, Nachfolgeregelung, Verrechnungsfragen, medizinische Verantwortlichkeit, wirtschaftliche Haftung usw.

Grundvoraussetzung für das Gelingen der beschriebenen Modelle ist ohne Zweifel ein offener Lösungszugang, der sich sowohl an den Bedürfnissen der zu versorgenden Bevölkerung als auch der handelnden Personen im System orientiert:

- die Bereitschaft aller Systempartner, an gemeinsamen Lösungen mitzuarbeiten,
- die notwendige Flexibilität bei der organisatorischen Ausgestaltung der Modelle,
- die Bereitschaft, eingefahrene Strukturen zu verlassen und
- die notwendige Flexibilität und Kreativität bei der Finanzierung solcher Modelle.

Abkürzungsverzeichnis

BPoS	Best Point of Service
bzw.	beziehungsweise
D.h.	das heißt
gespag	OÖ Gesundheits- und Spitals-AG
IT	Informations-Technologie
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OÖÄK	Ärztelkammer für Oberösterreich
OÖ	Oberösterreich
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
PHC	Primary Health Care
u.U.	unter Umständen
z.Tl.	zum Teil

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Standorte der gespag