

Mag. Sabine Weißengruber-Auer

Ärztliches Qualitätszentrum in Linz

Mag. Nikolaus Herdega MSc

Ärztchammer für Oberösterreich

Pädiatrische Versorgung in Kirchdorf

1. Einleitung	10
2. Hintergrund	11
3. Zielsetzung und Evaluierung des Modells	17
4. Beurteilung des Modells aus Sicht der Gruppenpraxisinhaber	19
5. Wartezeiten in der Gruppenpraxis	25
6. Beurteilung des Modells aus Sicht der PatientInnen bzw. der Erziehungsberechtigten	28
7. Beurteilung des Modells aus Sicht der Zuweiser	36
8. Zusammenfassung und Ausblick	39

Das „Kirchdorfer-Modell“ zeigt, dass unter den gegebenen Rahmenbedingungen die Verschränkung von intra- und extramuralen Strukturen möglich ist, wenngleich einzelne gesetzliche Vorgaben dabei nicht nur förderlich waren und sicherlich zu überdenken sind.

Voraussetzung dafür 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. Einleitung

Im Juli 2011 wurde aus dem Landeskrankenhause Kirchdorf die Kinderambulanz in die 600 Meter entfernte Kassengruppenpraxis für Kinder- und Jugendheilkunde ausgelagert. Im Krankenhaus selbst verblieben die stationäre Abteilung mit 15 Betten und ein Behandlungsraum für ambulante Notfälle (Notfallambulanz).

Für diese in Österreich noch unbekannte Verschränkung von intra- und extramuraler Versorgung musste eine neue Struktur etabliert werden, welche eine am Versorgungsbedarf der Patienten orientierte Zusammenarbeit aller Beteiligten ermöglichte. Dabei stand, neben ökonomischen Vorgaben, die Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung im Vordergrund.

Grundlegendes Ziel war eine Verbesserung der pädiatrischen Versorgung in Kirchdorf bei gleichzeitiger Senkung der Kosten. Mit dem Projekt in Kirchdorf betreten die Auftraggeber Neuland, nicht nur in Oberösterreich, sondern in ganz Österreich. Erstmals wurde gemeinsam von den Kostenträgern ein Modell ausgearbeitet, das mittel- und langfristig dazu beitragen kann, die ärztliche Versorgung in der ländlichen Region zu sichern.

Im Laufe der Konzeptionsphase standen die Projektpartner vor großen Herausforderungen, vielfach limitieren rechtliche Regelungen eine Flexibilisierung der Planung. Die zu diesem Zeitpunkt bestehende Gesetzeslage ist für derartige Modellprojekte in Einzelbereich kontraproduktiv.

Die wesentlichsten Projektbeteiligten waren und sind die in der Gruppenpraxis tätigen Pädiater, der Spitalträger gspag, die Gebietskrankenkasse für Oberösterreich (OÖ GKK) und die Ärztekammer für OÖ (OÖÄK). Die Strukturen des Versorgungsmodells wurden nach Abschluss des gesamten Prozesses in einer Dreiparteieneinigung der Systempartner (Punktion Modell Kirchdorf) festgeschrieben. Diese Vereinbarung war die Grundlage für alle weiteren rechtlichen und faktischen Umsetzungsschritte.

2. Hintergrund

Das Pilotprojekt beschränkt sich räumlich auf den Bezirk Kirchdorf. Das Einzugsgebiet der medizinischen Versorgung beträgt in etwa 55.700 Einwohner.¹ Seit 1. Juli 2011 erfolgt die pädiatrische Versorgung in der Region im stationären Bereich durch das LKH Kirchdorf und im ambulanten Bereich durch eine Gruppenpraxis mit Kassenvertrag und einen niedergelassenen Wahlarzt.

Vor dem Start des neuen Modells wurde die Versorgung durch eine Ambulanz im Krankenhaus, durch einen niedergelassenen Kassen- und einen Wahlarzt erbracht. Eine Besonderheit dabei war, dass seit vielen Jahren der Abteilungsleiter der pädiatrischen Abteilung des Krankenhauses gleichzeitig auch Inhaber des Kassenvertrages als niedergelassener Arzt war. Aus Pensionsgründen legte er seinen Kassenvertrag 2011 nieder. Der „übliche“ Weg wäre gewesen, die Kassenstelle neu auszuschreiben, mit einem nicht an der Spitalsabteilung tätigen Arzt zu besetzen und gleichzeitig im Krankenhaus einen neuen Abteilungsleiter zu bestellen.

Diese Aufrechterhaltung der bisherigen doppelgleisigen Versorgungsstrukturen war jedoch aufgrund der Fallzahlen sowie der Doppelstruktur Krankenhaus – Ordination als nicht weiter sinnvoll eingestuft worden. Aus dieser Situation heraus entstand das ambitionierte Vorhaben, eine völlig neue Versorgungsform zu schaffen. Erstmals sollte es zu einer Verschränkung in der ambulanten Versorgung zwischen Kassenordination und Krankenhaus kommen.

Die schwierige Aufgabe der Systempartner bestand darin, ein neues „idealtypisches Modell“ zu entwickeln, durch das die optimale medizinische Versorgung in der Region gewährleistet bleibt. Von Beginn an war es das Ziel der Vertragspartner (Ärztammer für OÖ, gespag, OÖGKK), die am Prozess beteiligten Ärztinnen und Ärzte laufend einzubinden, sodass auch sie sich selbst einbringen konnten.

1 Bevölkerung Bezirk Kirchdorf

2.1. Grundsätzliche Struktur der neuen pädiatrischen Versorgung

Die gemeinsame Vision des Pilotprojektes ist eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit der Akteure im Gesundheitswesen. Einer der wesentlichen Grundpfeiler der Neukonzeptionierung der pädiatrischen Versorgung war die Einigung, dass die ambulante Versorgung soweit wie möglich nur mehr von den Ärztinnen und Ärzten in der Gruppenpraxis erfüllt werden soll. Ausgenommen sind Notfälle außerhalb der Öffnungszeiten der Kassengruppenpraxis. Diese Notfälle werden von der pädiatrischen Abteilung des Krankenhauses Kirchdorf versorgt.

Die Gesellschafter der Gruppenpraxis sind gleichzeitig auch an der Abteilung für Pädiatrie des LKH Kirchdorf tätig, sodass meistens eine Personenidentität zwischen den Kassenärzten und den Spitalsärzten gegeben ist. Um jedoch die freiberufliche Komponente des Versorgungsmodells zu betonen, wurde für die Gruppenpraxis ein Ort außerhalb des Spitalgeländes gewählt, die Gruppenpraxis liegt ungefähr 600 Meter vom Spital entfernt.

2.1.1. Ausgangslage und Zielsetzung Krankenhaus

In den letzten Jahren ist im Bereich der Pädiatrie aufgrund der zurückgehenden Geburtenraten bei gleichzeitig hohem Personalaufwand für die ärztliche und pflegerische Betreuung eine ökonomisch schwierige Situation entstanden, vor allem für Krankenanstalten außerhalb von Zentralräumen.

Der Spitalsträger kämpfte seit Jahren mit sinkenden Fallzahlen im Bereich der Pädiatrie, die in der Relation zu hohen, ökonomisch immer schwerer zu vertretenden Belastungen führten. Dabei war die stationäre Versorgung im Raum Kirchdorf allein schon aus geografischen Gründen für das zu versorgende Einzugsgebiet von hoher Wichtigkeit und garantierte eine wohnortnahe spitalsärztliche Versorgung. Aus diesem Grund wollte der Spitalsträger bei optimalem Ressourceneinsatz eine dauerhafte Sicherstellung der stationären und (spitals-)ambulanten Versorgung erreichen.

Die gespag hatte großes Interesse an einer neuen Versorgungseinheit, die einerseits das Bestehen der stationären Versorgung ermöglichte, gleichzeitig jedoch die Weiterführung der Abteilung auch im Hinblick auf die ökonomischen Erfordernisse vertretbar machte. Vor allem durch den Ambulanzbetrieb bestanden durchaus beachtliche Personalkosten, die nach Möglichkeit reduziert werden sollten. Dazu kam, dass bei Ausschreibungen von neuen Stellen in peripheren Kran-

kenanstalten – wie in Kirchdorf – der Bewerberandrang mehr als überschaubar ist und daher ein Anreizsystem über attraktive Arbeitsbedingungen für die Ärzte geschaffen werden sollte.

Durch Auslagerung der bisherigen Tätigkeiten kam es zu einer Verschiebung von spitalsambulantem Leistungen in den niedergelassenen Bereich. Das spitalsambulante Leistungsportfolio wurde dahingehend durchleuchtet, ob einzelne Leistungen aus welchen Gründen auch immer das Setting des Spitals erfordern oder ausgelagert werden können. Bis auf eine einzige Leistung hatte diese Überprüfung ergeben, dass eine Übertragung in den extramural niedergelassenen Bereich ohne Qualitätseinbußen möglich ist.

Eine vollkommene ambulante Rund-um-die-Uhr-Versorgung durch die Gruppenpraxis war ökonomisch nicht möglich. Da im Krankenhaus für die stationäre Versorgung ohnedies ärztliche Kapazität vorgehalten werden muss und sich die Leistungsfrequenzen im pädiatrischen Bereich außerhalb der üblichen Hauptfrequenzzeiten als nicht hoch erwiesen, wurde vereinbart, dass die Abdeckung von Randzeiten durch die ohnedies anwesenden Spitalsärzte gewährleistet werden kann. Die für die Abdeckung dieser ambulanten Leistungen erforderlichen Gerätschaften stehen zum Großteil ohnedies im Bereich der stationären Versorgung zur Verfügung, zu einem geringen Anteil können diese von anderen Leistungsbereichen des Krankenhauses mitverwendet werden.

Die Vereinbarungen mit der gspag lauten:

- Die stationäre Versorgung wird auf Abteilungsniveau erhalten.
- Das ärztliche Personal wird um ein Fünftel (auf drei Facharztstellen und einen Assistenzarzt) reduziert. Ursprünglich wollte die gspag noch 40.000 Euro für den Zukauf von Ambulanzleistungen beisteuern. Doch auf Wunsch der Abteilung bewilligte der KH-Träger stattdessen eine zusätzliche 20-Stunden-FA-Stelle plus 20 Stunden Freistellung für die Ambulanztätigkeit.
- Im Nachtdienst wurde auf ein Rufbereitschaftssystem umgestellt.
- Die reguläre Ambulanz wird in die Ordination ausgelagert, auf der Station ist nur mehr eine Notfallambulanz situiert.
- Die den Ärzten anteilig bezahlten Ambulanzgebühren werden eingefroren.
- Ziel ist die Reduktion der ambulanten Frequenzen und Leistungen im LKH um mindestens 60 % gegenüber dem Stand 2009.

In rechtlicher Hinsicht wurde die Übernahme der bisherigen spitalsambulanten Tätigkeiten durch die Gruppenpraxis durch den Abschluss einer Vereinbarung gem. § 50 Abs. 2 OÖKAG (entspricht § 26 Abs. 3 KAKuG) umgesetzt. Nach dieser Bestimmung können Spitalsträger ihrer Verpflichtung zur Abdeckung spitalambulanter Versorgungsbedürfnisse durch entsprechende Vereinbarungen zum Beispiel mit Gruppenpraxen nachkommen, die der Genehmigung durch die Landesregierung bedürfen. Die GSPAG hat mit der hier angesprochenen ärztlichen Gruppenpraxis eine derartige Vereinbarung abgeschlossen.

2.1.2. Ausgangslage und Zielsetzung Gruppenpraxis

Die in den letzten Jahren zurückgehenden Bewerberzahlen für Kassenstellen haben gezeigt, dass periphere Stellen oft mehrmals ausgeschrieben werden mussten und trotzdem manche Kassenstelle nicht besetzt werden konnte. Es galt daher die Kassenstelle in Kirchdorf in jedem Fall zu attraktiveren, um die Nachbesetzung sicherstellen zu können.

Die Gesellschafterpositionen in der Gruppenpraxis wurden entsprechend den kassenrechtlichen vorgegebenen gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen ausgeschrieben und vergeben. Die Gruppenpraxisgründung und deren Umsetzung erfolgten im Rahmen des seit 2002 bestehenden Gruppenpraxisgesamtvertrages zwischen der Ärztekammer für OÖ und der OÖGKK, dem mittlerweile auch die anderen Krankenversicherungsträger mit Sachleistungsvorsorge beigetreten sind.

Die Finanzierung der ärztlichen Leistungen der Gruppenpraxis erfolgt über die Honorierung aus dem Kassenvertrag gemäß den Bestimmungen des Gruppenpraxisgesamtvertrages. Die Fallzahl der Gruppenpraxis wurde aber nicht nach der Fallzahl des Vorgängers festgelegt, da dieser aufgrund der Doppelbelastung (Kassenarzt und Abteilungsleiter) keine ansonsten übliche Fallzahl hatte. Vielmehr wurde die Fallzahl mit dem Durchschnitt der oberösterreichischen Pädiater mit Kassenvertrag fixiert.

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

Gesellschafterwechsel sind möglich und in Praxis auch bereits vorgekommen. Diese wurden entsprechend der kassenrechtlichen und dienstrechtlichen Vorgaben ausgeschrieben und besetzt. Um eine zu große Zersplitterung von Einsatz-

zeiten in der Gruppenpraxis und im Spital zu vermeiden, ist die Anzahl der Gesellschafter mit maximal vier begrenzt. Fachärzte und Fachärztinnen, die künftig nach Kirchdorf kommen, erhalten vertraglich zugesichert die Möglichkeit, in der Gruppenpraxis mitzuarbeiten.

Die Vereinbarungen mit der OÖGKK lauten:

- Die Ordination hat ganzjährig mindestens 27 Stunden pro Woche offen, davon zwei Stunden samstags.
- Es besteht freie Wahl der ÄrztInnen.
- Durch eine entsprechende Bekanntgabe ist den PatientInnen die Anwesenheit des jeweiligen Arztes bzw. der jeweiligen Ärztin in der Gruppenpraxis im Vorfeld bekannt.
- Der Gesamtumsatz ist auf den Durchschnittswert der oberösterreichischen Kinderfachärzte gedeckelt.

Öffnungszeiten

Montag, Mittwoch und Freitag	9.00 Uhr–14.00 Uhr
Dienstag und Donnerstag	13.00 Uhr–18.00 Uhr
Samstag	10.00 Uhr–12.00 Uhr

2.1.3. Organisatorische und ökonomische Herausforderungen

Die organisatorischen Herausforderungen einer zukünftigen pädiatrischen Versorgung resultieren vor allem aus den bekannten Problemlagen an den Nahtstellen zwischen Niederlassung und Spital:

- Die unterschiedlichen EDV-Systeme zwischen Niederlassung und Krankenhaus, die zwar durch Befundübertragungssysteme einen Informationsaustausch zulassen, den direkten Zugriff auf die im konkreten Anlassfall eventuell nötigen Daten jedoch nicht ermöglichen.
- Die rechtliche Umsetzung (wie bei vielen anderen Pilotprojekten) verlangte eine Veränderung von einzelnen Rechtsvorschriften. Dies galt vor allem für den Gruppenpraxen-Gesamtvertrag (GP-GV), der für das hier geplante Modell adaptiert werden musste. Aber auch andere rechtliche Rahmenbedingungen, wie z.B. die Vereinbarung über die Abgabe von Anteilen an den Ambulanzentgelten, musste berücksichtigt werden.

Die Zusammenarbeit mit den einzelnen Abteilungen der Systempartner war in den meisten Fällen problemlos. Dies auch deshalb, da auf bewährte, seit Jahren funktionierende und effiziente Zusammenarbeitsstrukturen zurückgegriffen werden konnte.

Das „Modell Kirchdorf“ hat versucht, aufgrund der vorliegenden Gegebenheiten und Möglichkeiten eine Neuentwicklung im Sinne von „Good Practice“ im realen Betrieb konkret umzusetzen.

Dieser Grundgedanke war nicht nur der Leitfaden bei der Konzeption des Modells, sondern die Systempartner haben sich auf eine Reihe von konkreten Zielen dazu verständigt sowie eine qualitätsgesicherte professionelle Evaluierung vieler Parameter auch im Zeitlauf vereinbart.

3. Zielsetzung und Evaluierung des Modells

Von Beginn war klar, dass die Evaluierung des Pilotprojekts nur aussagekräftige Werte liefern kann, wenn ausreichend Zeit zur Etablierung des Modells bleibt und eine entsprechende Zeitspanne bis zur Erstevaluierung abgewartet wird. Die Vertragspartner vereinbarten in der Punktation, die Evaluierung im Jahre 2014 vorzunehmen und mit dieser das Ärztliche Qualitätszentrum zu beauftragen.

Im Frühjahr 2015 beauftragten die Projektpartner (GKK, gspag, OÖÄK) das Ärztliche Qualitätszentrum (ÄQZ) mit der Evaluierung des Pilotprojektes. Bereits 2011 in der Punktation vereinbarten die Projektpartner den Ablauf und die Kriterien dieser Evaluierung:

Punkt 15

- a. Im Einvernehmen zwischen gspag, OÖGKK und Ärztekammer für OÖ ist nach einer Laufzeit von mindestens zwei Jahren des Modells eine Evaluierung desselben vorzunehmen. Dabei sind jedenfalls auch die Patientenzufriedenheit im Krankenhaus und in der Gruppenpraxis, die Zufriedenheit der Zuweiser, das Vorliegen von Wartezeiten auf einen Termin und die Wartezeit in der Ordination bei Wahrnehmung eines Termins, die Entwicklung der ambulanten Frequenzen, der ambulanten Leistungen in den vorgesehenen Leistungsarten in der Kinderambulanz des LKH Kirchdorf gem. Pkt. 9 dieser Vereinbarung abzufragen. Ebenso ist die Gesamtkostenentwicklung (einschließlich Folgekostenbereich wie Radiologiezuweisungen, Medikamente, Labor, Heilbehelfe, Hilfsmittel usw.) intra und extramural des Pilotprojektes im Einvernehmen zu überprüfen, wobei als Basis der Vergleichszeitraum 2009 heranzuziehen ist. Überprüft werden soll, wie sich die Parameter der vorgenannten Evaluierung und das Ökonomieverhalten der Gruppenpraxis im Vergleich zum Durchschnitt der Fachgruppe – soweit davon Daten vorhanden sind – gestaltet bzw. wie sich die Gesamtsituation der intra und extramuralen Versorgung vor Beginn des Modells und im jeweiligen Evaluierungszeitraum entwickelt haben. Hierbei wird im Krankenhaus von den direkten Kosten (Primärkosten ohne KOAGR 01 Personalkosten + KOAGR 08 kalk. Abschreibungen) ausgegangen, da die Personalveränderungen ausschließlich im Zusammenhang mit der Family-Center-Lösung im Krankenhaus und nicht mit diesem Kooperationsmodell stehen und die Weiterverrechnung von Sekundärkosten kaum von Leistungsparametern abhängt und daher zu einem verfälschten Bild führen würde.

Den beteiligten Institutionen lag viel daran, die Evaluierung aus unterschiedlichen Perspektiven vorzunehmen. Neben den quantitativen Zielen zu den Fallzahlen lag der Fokus auch auf der Frage der PatientInnenzufriedenheit sowie der Einschätzung durch die Zuweiser.

Bei der Evaluierung stand auch einer der Grundgedanken des Modells – für die PatientInnen die Verbesserung der Gesamtversorgungssituation im pädiatrischen Bereich zu erreichen – im Vordergrund. Aus diesem Grund wurden, neben der umfangreichen Datenanalyse, die Aspekte der Versorgungsqualität erhoben und bewertet.

Folgende Kriterien unterlagen einer näheren Betrachtung:

- die Perspektive der Leistungsempfänger (Kinder und Erziehungsberechtigte),
- die Perspektive der Leistungserbringer (Ärztinnen und Ärzte, Zuweiser),
- die Perspektive der Kostenträger (GKK/gespag) und
- allgemeine Qualitätsaspekte der neuen pädiatrischen Versorgung.

Wie so oft bei der Evaluierung von Pilotprojekten gestaltete sich der Aspekt, dass es keine Vergleichswerte gab, als besonders herausfordernd.

Die zentralen Teile der Evaluierung umfassten einerseits die Erreichung der ökonomischen Projektziele. Andererseits standen die Sichtweise der beteiligten Ärzte und der PatientInnen (in diesem Fall vor allem der Erziehungsberechtigten), die Entwicklung der Wartezeiten sowie die Erfahrungen der Zuweiser im Mittelpunkt. Ein weiterer Aspekt war die Ableitung von Konsequenzen bzw. die Frage, was sich für andere Regionen oder Fächer ableiten lässt, bzw. in welchen Bereichen andere Ansätze verfolgt werden sollten.

Die wichtigsten der zu evaluierenden Indikatoren waren,

- die Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte (Gesellschafter der Gruppenpraxis),
- die Wartezeitensituation (sowohl die Wartezeiten auf einen Termin als auch die Wartezeit bei Wahrnehmung eines Termins),
- die PatientInnenzufriedenheit,
- die Zufriedenheit der ärztlichen Zuweiser mit dem neuen Modell
- und die wirtschaftliche Entwicklung aufgrund von bereits definierten Kosten.

4. Beurteilung des Modells aus Sicht der Gruppenpraxisinhaber

Im nachfolgenden Kapitel wird die Beurteilung des Modells aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte der Gruppenpraxis dargestellt. Die vier Ärztinnen und Ärzte schilderten ihre bisherigen Erfahrungen mit dem Modell in einem gemeinsamen Gespräch.

Die Auftraggeber bevorzugten als Erhebungsmethode eine gemeinsame Gruppendiskussion der beteiligten Ärztinnen und Ärzte. Der Vorteil einer Gruppendiskussion gegenüber Einzelinterviews besteht darin, dass ein unmittelbares Feedback auf die Wortbeiträge möglich ist und sich durch die Gruppendynamik Gemeinsamkeiten oder differenzierte Sichtweisen aufzeigen.

Unterstützt wurde das Gruppengespräch durch einen Leitfaden, welchen die beteiligten Ärztinnen und Ärzte erhielten. Dies ermöglichte einerseits einen strukturierten Ablauf, andererseits erlaubte der Leitfaden eine breit gefächerte Meinungsvielfalt, um den Sichtweisen der Interviewpartner genügend Raum zu geben. Die Gruppendiskussion wurde aufgezeichnet und hatte eine Dauer von ca. einer Stunde.

Der Leitfaden umfasste insgesamt 15 Fragen, die sich auf folgende fünf Bereiche verteilen:

- a. Auswirkungen auf die Leistungserbringung
- b. Informiertheit über das Pilotprojekt
- c. Vor- und Nachteile aus Sicht der Projektpartner
- d. Organisation und administrative Abläufe des neuen Versorgungsmodells
- e. Bewertung der Möglichkeiten und Grenzen von ähnlichen Projekten

4.1.1. Zusammenfassung der Ärzteinterviews

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Interviews zusammengefasst und die wichtigsten Aussagen festgehalten.

Veränderungen aus Sicht der Leistungserbringer

- Frage 1: Gab es Veränderungen in der Qualität der Leistungserbringung?
- Frage 2: Welche Vorteile sehen Sie insgesamt im neuen Modell?
- Frage 3: Welche Nachteile sehen Sie insgesamt im neuen Modell?
- Frage 4: Hatte das Modell Kirchdorf Auswirkungen auf den stationären Bereich, wenn ja, welche?
- Frage 5: Vor- und Nachteile der räumlichen Trennung zwischen Krankenhaus und Gruppenpraxis?

■ **Veränderungen in der Qualität der Leistungserbringung**

Zu Beginn betonten die Befragten, dass natürlich auch der Vorgänger fachlich sehr gute Arbeit geleistet hat und dies bei dieser Frage immer mitbedacht werden muss. Verglichen mit der Vorgängerordination besteht der Vorteil darin, dass es sich jetzt um ein Ärzteteam handelt, in dem jede bzw. jeder gewisse Spezialbereiche hat und diese in der Ordination auch anbieten kann (Ärztevielfalt).

Alle Gesprächspartner/innen sind sich darüber einig, dass es im ambulanten Bereich für die PatientInnen zu einer Qualitätssteigerung gekommen ist, da bereits der Erstkontakt immer durch einen FA für Kinderheilkunde erfolgt.

■ **Vorteile des neuen Modells**

- Die bereits erwähnte Begutachtung durch einen Facharzt.
- Möglichkeit des fachlichen Austausches in der Praxis.
- Die überwiegende Bekanntheit des Patientenstamm bei einer stationären Aufnahme.
- Längere Öffnungszeiten und ein Samstagvormittag fix, dadurch müssen Kinder am Samstag mit akuten Beschwerden nicht gleich ins Krankenhaus.

■ Nachteile des neuen Modells

- Die Ausbildung der jungen Ärzte leidet, da sie weniger leicht die Gelegenheit haben, regelmäßig akute ambulante PatientInnen zu begutachten. Diese fehlende Erstbegutachtung ist jedoch wichtig für die Ausbildung.
- Pro Kind bleibt weniger Zeit als früher in der Ambulanz, in der Ambulanz hatte man früher 5 bis 10 Kinder am Vormittag, in der Ordination sind es jetzt deutlich mehr.

■ Auswirkungen auf den stationären Bereich

- Über 60 % der Kinder, die stationär aufgenommen werden, sind bereits bekannt.
- Rückgang von stationären Aufnahmen, da man bei bekannten Kindern eine ambulante Betreuung aufgrund dessen, dass man Kind und Eltern kennt, oftmals leichter medizinisch verantworten kann.
- Verkürzung der stationären Aufenthaltsdauer aufgrund der gesicherten Weiterbetreuung von stationären Kindern durch dieselben Ärzte.

■ Vor- und Nachteile der räumlichen Trennung Krankenhaus und Gruppenpraxis

Vorteil:

- Arztbesuche werden von den PatientInnen nicht mehr automatisch mit Krankenhaus assoziiert.

Nachteil:

- Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung können nicht jederzeit in die Ordination kommen, um Kinder vor Ort zu sehen, typische Erstbegutachtungs-PatientInnen sehen sie im Rahmen ihrer Ausbildung nicht mehr. Grund dafür ist eine Rechtsunsicherheit seitens des Spitalsträgers bezüglich der Haftungsfrage, z.B. bei Arbeitsunfällen (GP ist kein ausgelagerter Dienstort). Hier wäre eine bessere Verzahnung zwischen der Ausbildung im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus wünschenswert.
- Kollegen der GP können in Spitzenzeiten (z.B. für eine Stunde) nicht aushelfen.
- Weiterführende Untersuchungen (Radiologie, Labor) wären schneller und nur ein paar Türen weiter verfügbar für PatientInnen und Eltern.

- Auf Befunde von EKG, Röntgen- oder Ultraschall-Untersuchungen kann aus der Ordination nicht direkt zugegriffen werden.

■ Informiertheit über das Pilotprojekt

Damit im Rahmen des Pilotprojektes Eltern ihre Kinder in der Gruppenpraxis auch ambulant behandeln lassen, müssen sowohl Eltern als auch Zuweiser von dem medizinischen Angebot Kenntnis haben. Mit dem Aspekt der Informiertheit beschäftigten sich folgende Fragestellungen:

Frage 6: Welche PatientInnen kommen mit ambulanten Beschwerden während der GP-Öffnungszeiten DENNOCH ins KH?

Frage 7: Ist aus Ihrer Sicht die Akzeptanz des Modells in der Bevölkerung gegeben? Wenn nein, warum nicht?

Frage 8: Wissen die Eltern, wann sie wo hingehen müssen und ist es für die Eltern leicht nachvollziehbar?

■ Großteil der Bevölkerung hat Kenntnis vom Pilotprojekt

- Das Pilotprojekt ist der Bevölkerung in der Region Kirchdorf bekannt. Die Bereitschaft zur Inanspruchnahme des medizinischen Angebotes ist hoch. Mittlerweile wissen die Eltern in den meisten Fällen, wo sie hingehen müssen.
- Die Zahl der ungeplanten PatientInnen nimmt ab, bei gleichzeitig steigender PatientInnenanzahl.
- Nur bei Akutproblemen von Kindern, welche einen „Notfallcharakter“ haben, erscheinen die Eltern mit ihren kranken Kindern manchmal direkt auf der Station.

■ Manchmal noch immer ein Informationsdefizit bei ngl. Ärztinnen und Ärzten

- Aus dem Gespräch ging hervor, dass die konkrete Behandlungs- und Überweisungssituation den zuweisenden Ärztinnen und Ärzten überwiegend bekannt ist.
- Nur Fälle von Bauchschmerzen (vor allem bei Appendicitis) oder Kinder mit erschwerter Atmung erhalten manchmal noch immer eine stationäre Einweisung zur weiteren Diagnostik. In solchen Fällen wird das vorgesehene

Prozedere – Erstabklärung immer in der Gruppenpraxis – immer noch nicht korrekt weitergegeben.

■ Akzeptanz des Modells seitens der Bevölkerung in der Region Kirchdorf

- Personen, welche ein akutes Problem in der Ambulanz als „Vorwand“ für den Ambulanzbesuch angeben, sind stark rückläufig und praktisch nur mehr Einzelfälle, da die Eltern sich bewusst sind, dass im Krankenhaus dieselben Ärzte tätig sind.
- Auch Eltern mit Migrationshintergrund kennen das System mittlerweile sehr gut, zu Beginn waren sie oftmals unsicher, wenn sie immer auf dieselben Ärzte trafen.

Im österreichischen Gesundheitssystem haben die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte bei der Steuerung der Patientenströme eine wichtige Rolle, daher ist die Bekanntheit der neuen Versorgungssituation unter den Zuweisern im Raum Kirchdorf von großer Bedeutung.

■ Vorteile und Nachteile für die PatientInnen

Frage 9: Welche Vorteile und Nachteile sehen Sie für die PatientInnen?

■ Vorteile und Nachteile für die PatientInnen

Vorteil:

- Betreuung aus einer Hand, im ambulanten und stationären Setting, rund 50 bis 60 % der Kinder, welche stationär aufgenommen werden müssen, kennt man bereits
- Möglichkeit der freien Arztwahl für geplante Untersuchungen
- Ärztevielfalt in der Ordination führt auch dazu, dass die Ärzte sich gut auf ihre Schwerpunkte konzentrieren können
- Nachbehandlungen werden generell in der Ordination durchgeführt

Nachteil:

- Im Gegensatz zu einer „herkömmlichen“ Ordination für Kinder- und Jugendheilkunde ist nicht immer dieselbe Person Ansprechpartner (vor allem bei akuten Beschwerden)

■ Vor- und Nachteile aus Sicht der Projektpartner

Frage 10: Vor dem Hintergrund Ihrer jetzigen Erfahrungen, was würden Sie heute anders machen?

Frage 11: Was waren die größten Schwierigkeiten bzw. Probleme?

Frage 12: In welchen Punkten sollte das Modell verändert werden? Verbesserungsvorschläge oder Anregungen aus Ihrer Sicht?

■ Die größten Schwierigkeiten bzw. Probleme

- Fehlendes Verständnis der Eltern, dass die Ambulanz ausgelagert ist
- Umstellung, dass man mit akuten Beschwerden nicht mehr ins Krankenhaus gehen soll bzw. muss

■ Verbesserungsvorschläge oder Anregungen aus Ihrer Sicht

- Die Deckelung der Leistungen und
- eine Regelung für die Ausbildung der Assistenzärzte, ähnlich einer Lehrpraxis

■ Organisation und administrative Abläufe des neuen Versorgungsmodells

Frage 13: Wie beurteilen Sie den Organisationsaufwand innerhalb der GP (interne Abstimmungen, Teambesprechungen, ...)?

Frage 14: Wie zufrieden sind Sie mit der Einkommenssituation der Gruppepraxis?

■ Organisationsaufwand innerhalb der GP

- Die Erfahrungen aus den ersten Projektjahren mit den administrativen und medizinischen Abläufen sind durchwegs positiv, der organisatorische Aufwand wurde von den beteiligten Personen als „moderat“ beurteilt.
- Zu Beginn musste viel besprochen und vereinbart werden, jetzt ist das Team gut eingearbeitet und die Arbeitsabläufe sind organisatorisch gut koordiniert.
- Als mögliche Hürde bzw. Organisationsaufwand wird das neue KAZG gesehen, da dadurch die Flexibilität der Diensterteilung beschränkt wird und sich dies natürlich auch auf die Ordination auswirken wird.

■ **Bewertung der Möglichkeiten und Grenzen von ähnlichen Projekten**

Frage 15: Ist das Modell Kirchdorf auch auf andere Regionen oder andere Fächer übertragbar?

■ **Eine Umsetzung des „Kirchdorfer Modells“ auf andere Fächer ist mit folgenden drei Hürden verbunden:**

- Die Akzeptanz des Modells seitens der Kostenträger
- Die Ausbildungssituation der Assistenzärzte (Abklärung der arbeitsrechtlichen Fragen)
- Die derzeitigen Rahmenbedingungen bremsen eher die Entwicklung solcher Modelle als dass sie diese fördern, die strikte Sektorenabgrenzung ermöglicht wenig „Zwischenformen“.

5. Wartezeiten in der Gruppenpraxis

Arztbesuche sind in zweierlei Hinsicht mit Wartezeiten verbunden, einerseits für den Termin, andererseits in der Ordination bis zum eigentlichen Behandlungsbeginn. Bei der Evaluierung und Qualitätsbewertung neuer Versorgungsformen wird zunehmend die PatientInnenzufriedenheit in den Fokus gerückt.

5.1. Methodik der Wartezeitenbefragung

In der Punktion wurde unter Punkt 15 die Wartezeit im Vergleich zum Fachgruppenschnitt als Messgröße festgelegt. Zu beachten ist dabei, dass die Zahl der PatientInnen mit akuten Beschwerden bzw. die Zahl der unangemeldeten PatientInnen durch die Auflösung der pädiatrischen Ambulanz höher liegt als vergleichsweise in anderen Ordinationen.

Da das ÄQZ im Jahr 2014 eine oberösterreichweite Evaluierung aller ngl. Facharztordinationen mit Kassenvertrag durchführte, vereinbarten die Vertragspartner, für den Bericht auf diese Daten zurückzugreifen. Die Erhebung 2014 erfolgte bereits zum dritten Mal (2010, 2008) immer mit der gleichen Methodik,

einer telefonischen Erhebung in den Ordinationen anhand eines Interviewfragebogens. Im Zeitraum Mitte April bis Ende August hat das ÄQZ 37 Kassenordinationen² für Kinder- und Jugendheilkunde in Oberösterreich telefonisch befragt.

Jene Zielwerte, auf welche sich die nachfolgenden Auswertungen beziehen, wurden bereits im Jahr 2011 von der Ärztekammer für OÖ und der OÖGKK vereinbart.

5.2. Ergebnisse Wartezeiten-Monitoring

Die Evaluierung der Wartezeiten durch das 2014 durchgeführte oberösterreichweite Wartezeiten-Monitoring ergab, dass die Gruppenpraxis AkutpatientInnen am gleichen Tag behandelt und PatientInnen mit dringendem Problem ebenfalls am gleichen Tag einen Termin erhalten. In der Gruppenpraxis beträgt die Wartezeit auf einen Routinetermin ohne Beschwerden (ausgenommen Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen) zwischen vier und fünf Wochen.

Termine für AkutpatientInnen

Zielwert: PatientInnen erhalten einen Termin/eine Behandlung am gleichen Tag.

In allen befragten Ordinationen der Fachgruppe Kinder- und Jugendheilkunde (insgesamt 37 Ordinationen) werden AkutpatientInnen am gleichen Tag behandelt, so auch in der Gruppenpraxis in Kirchdorf.

Termine für StammpatientInnen

So wie auch in den Fächern Gynäkologie oder Urologie ist bei einem Vergleich zu berücksichtigen, dass im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde vergleichsweise viele Vorsorgeuntersuchungen (Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen) stattfinden. In der GP Kirchdorf beträgt der Anteil der StammpatientInnen über 66 %.

Termine für StammpatientInnen bei dringenden Problemen

Zielwert: PatientInnen erhalten in der Versorgungsregion bzw. in dem Einzugsgebiet einen Termin innerhalb von fünf Werktagen.

Bei der Frage zur Wartezeit bei dringenden Problemen gaben viele Ordinationen an, dass sie nicht zwischen akut und dringend unterscheiden. Diese Aussage

² Von einer Ordination liegen keine Daten vor.

zeigt sich auch darin, dass die meisten Ordinationen einen Termin bei dringenden Beschwerden auch am gleichen Tag vergeben und einige Ordinationen spätestens am nächsten Tag.

Die Wartezeit für Stammpatienten auf einen Termin wegen eines dringenden Problems beträgt im Durchschnitt 0 Tage. In den Ordinationen liegt die Wartezeit zwischen 0 und 1 Tag. Die Gruppenpraxis in Kirchdorf liegt innerhalb des Zielwertes.

Termine für StammpatientInnen auf einen Routinetermin

Zielwert: PatientInnen erhalten in der Versorgungsregion bzw. dem Einzugsgebiet einen Termin innerhalb von 40 Werktagen.

Im oberösterreichischen Durchschnitt beträgt die Wartezeit für einen Stammpatient auf einen Routinetermin zwei Tage. Je nach Ordination beträgt die Wartezeit zwischen 0 und 35 Tagen. Die Wartezeit liegt in keiner Region und in keiner Ordination über dem Zielwert.

In der Gruppenpraxis Kirchdorf beträgt die Wartezeit auf einen Routinetermin ohne Beschwerden vier bis fünf Wochen, ausgenommen Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen.

PatientInnen ohne Termin und nicht abgesagte Termine

Im FG-Durchschnitt kommen neun unangemeldete PatientInnen pro Tag in die Ordination. Die Schwankung nach Jahreszeit ist dabei beträchtlich, auch in der Zeit vor dem Start des Kindergartens kommen viele unangemeldete Kinder.

In die GP Kirchdorf kommen täglich circa 10 bis 15 Kinder ohne Termin.

PatientInnen, die nicht zum vereinbarten Termin kommen

Durchschnittlich erscheint pro Tag ein Kind nicht zum vereinbarten Termin, ohne dass die Eltern den Termin absagen. Speziell herausfordernd sind Eltern mit Migrationshintergrund.

In der GP Kirchdorf kommt es nur rund einmal in der Woche zu einem unangekündigten Terminausfall.

6. Beurteilung des Modells aus Sicht der PatientInnen bzw. der Erziehungsberechtigten

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, orientiert sich die Versorgungsqualität zum einen an den Ergebnissen der medizinischen Behandlung und zum anderen an der Zufriedenheit der PatientInnen. Denn die Akzeptanz des neuen Versorgungsmodells seitens der PatientInnen und ihren Erziehungsberechtigten war und ist eine der entscheidenden Voraussetzungen für den Erfolg des Modells.

Zu beachten ist jedoch, dass die Erfassung der PatientInnenzufriedenheit bei einem Pilotprojekt eine besondere Herausforderung darstellt. Für die Evaluierung von sektorenübergreifenden Strukturen existieren noch keine standardisierten Befragungsinstrumente, um diese objektiv vergleichen zu können.

Zudem musste zu Beginn der Befragung abgeklärt werden, was die einzelnen Auftraggeber unter dem Begriff „Patientenzufriedenheit“ verstehen. Eine einheitliche Definition des Begriffes Patientenzufriedenheit lässt sich bis heute in der Literatur nicht finden. Die Auftraggeber einigten sich, darauf die schriftliche Befragung der Eltern in Anlehnung an den EUROPEP-Fragebogen, („European Project on Patient Evaluation of General Practice Care“, EUROPEP-Studie) durchzuführen.

Bei der Konzeption der Fragestellungen sind die Auftraggeber davon ausgegangen, dass die PatientInnen die Qualität der Versorgungsleistung an ihren eigenen Erfahrungen, zukünftigen Erwartungen und den individuellen Werten messen. Das Ausmaß an Übereinstimmung zwischen erwarteter und erhaltener Leistung bestimmt die Zufriedenheit.

Zielgruppe

Die Zielgruppe waren Erziehungsberechtigte bzw. Kinder über 14 Jahre.

Die Befragung wurde als schriftliche Befragung durchgeführt. Dazu erhielt die Gruppenpraxis 250 gedruckte Fragebögen mit einem Begleitbrief und einem Rücksendekuvert zur Ausgabe an die Eltern der behandelten Kinder.

6.1. Der Fragebogen

Der Fragebogen bestand aus 70 Fragen, wobei es sich nur bei ca. 10 Fragen um projektspezifische Evaluierungsfragen handelte, die von den Projektpartnern gemeinsam festgelegt wurden. Die Projektpartner vereinbarten, dass nur die speziellen Evaluierungsfragen für den Bericht ausgewertet werden, die Auswertungen der nicht projektrelevanten Fragen erhielten nur die Gruppenpraxisinhaber.

Durchführung der Befragung

Im Sommer 2015 erfolgte die Datenerhebung in Form einer Patientenbefragung. Die Verteilung der Fragebögen erfolgte persönlich durch die Ordinationsmitarbeiter. Die Ordination händigte insgesamt 250 Fragebögen aus, 138 Fragebögen kamen an das ÄQZ zurück, was eine Rücklaufquote von 55 % ergibt. Somit beruht die Auswertung der Daten auf einem Patientenkollektiv von 138 auswertbaren Fragebögen. In den Vergleichsordinationen beträgt die Rücklaufquote zwischen 28,8 und 79,2 %.

6.2. Ergebnisse der Bewertung des neuen Versorgungsmodells

Um die Akzeptanz und die Einschätzung der Bevölkerung zur pädiatrischen Versorgung des neuen Modells näher zu erfassen, wurden folgende Aspekte abgefragt:

„Ist es für Sie klar, in welchen Fällen und zu welchen Zeiten Sie in die Kinderambulanz bzw. die Kindergruppenpraxis gehen sollen?“

Klarheit Gruppenpraxis oder Ambulanz	GP Kirchdorf 2015	
	Anzahl	Anteil
ja, ist völlig klar	100	73 %
ja, ist teilweise klar	37	27 %
nein, ist völlig unklar	0	0 %
N =	137	

Das Modell ist nach fünf Jahren Laufzeit in Hinsicht auf Zuständigkeiten zwischen Gruppenpraxis und Krankenhaus für die Mehrzahl der Befragten (73 %) völlig klar, 27 % der Befragten signalisieren, dass die Zuständigkeit zumindest teilweise unklar ist. Für niemanden ist es völlig unklar.

„Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der medizinischen Versorgung für Kinder in der Region Kirchdorf?“

GP Kirchdorf 2015		
Zufriedenheit mit der med. Versorgung für Kinder in der Region Kirchdorf	Anzahl	Anteil
sehr zufrieden	86	63 %
eher zufrieden	46	34 %
eher unzufrieden	2	1 %
sehr unzufrieden	3	2 %
N =	137	
MW	1,43	

Der überwiegende Teil der Befragten (97 %) ist mit der medizinischen Versorgung für Kinder in der Region Kirchdorf sehr oder eher zufrieden. Nur fünf Personen bzw. 3 % sind eher oder sehr unzufrieden.

22,7 % bzw. 28 Personen haben angegeben, dass „manches verbessert werden kann“. Die Verbesserungsvorschläge zur Versorgung in der Region betreffen folgende Themen: mehr Kinderarztpraxen in der Region, spezielle inhaltliche Wünsche wie Beratung zu Impfungen, Wachstumsstörungen, Homöopathie, andere Fachärzte, teilweise mit Spezialisierungen für Kinder, vor allem für Augenheilkunde. Darüber hinaus gab es einige auf das Krankenhaus bezogene Vorschläge und den Wunsch nach einer engeren räumlichen Verflechtung zwischen Ordination und Krankenhaus.

„Es ist ein Vorteil, dass in der Ordination und im Krankenhaus dieselben Ärztinnen und Ärzte tätig sind.“

GP Kirchdorf 2015		
Vorteil dieselben Ärztinnen und Ärzte	Anzahl	Anteil
stimme voll und ganz zu	114	84 %
stimme zu	18	13 %
teils-teils	3	2 %
stimme nicht zu	1	1 %
stimme ganz und gar nicht zu	0	0 %
N =	136	

Die überwiegende Mehrheit der Befragten (97 %) sieht einen Vorteil darin, dass in der Ordination mehrere Ärztinnen und Ärzte tätig sind. Die Erwartungen der Projektinitiatoren an die neue Versorgungssituation wurden in diesem Punkt durchwegs erfüllt.

„Es ist ein Vorteil, dass in der Ordination mehrere Ärzte tätig sind.“

Vorteil mehrere Ärztinnen und Ärzte in GP	GP Kirchdorf 2015	
	Anzahl	Anteil
stimme voll und ganz zu	91	66 %
stimme zu	23	17 %
teils-teils	21	15 %
stimme nicht zu	1	1 %
stimme ganz und gar nicht zu	1	1 %
N =	137	

Die Frage, ob es ein Vorteil ist, dass mehrere Ärzte in der Ordination tätig sind, beantworteten die Befragten unterschiedlich. Mehr als die Hälfte der Befragten sehen einen Vorteil darin, dass in der Ordination mehrere Ärzte tätig sind, 15 % stimmen dem jedoch nur teilweise zu.

In den Freitexten wurden dazu auch einige Anmerkungen gemacht:

- Alle Ärzte sind SEHR kompetent, jedoch wäre ein Krankheits- bzw. Entwicklungsprozess besser beobachtbar, wenn immer der gleiche Arzt behandelt; andererseits sind oft Zweitmeinungen sehr aufschlussreich.
- Erinnerung an frühere Gespräche: bedingt durch verschiedene Ärzte bei Terminen Bewertung 4.
- 4 Ärzte sind genug, mehr verunsichert.

Inwieweit sich die Eltern bei nicht akuten Terminen eine bestimmte Ärztin/einen bestimmten Arzt nach dessen Anwesenheit aussuchen, brachte folgendes Ergebnis:

„Wenn mein Kind nicht akut krank ist, dann wähle ich den Termin nach der Anwesenheit bestimmter Ärztinnen bzw. Ärzte in der Ordination.“

	GP Kirchdorf 2015	
Terminwahl nach Arzt	Anzahl	Anteil
stimme voll und ganz zu	48	39 %
stimme zu	20	16 %
teils-teils	26	21 %
stimme nicht zu	21	17 %
stimme ganz und gar nicht zu	8	7 %
N =	123	

Insgesamt berücksichtigt dies bei der Terminwahl rund die Hälfte der Befragten, rund ein Viertel nimmt darauf keine Rücksicht und 21 % sind hier geteilter Ansicht.

6.3. Ergebnisse der Bewertung der Gruppenpraxis

Zudem wurde mit den Auftraggebern vereinbart, für die Evaluierung auch Teilbereiche aus der allgemeinen PatientInnenbefragung zu verwenden.

Für diese Auswertung konnten folgende Vergleichsdaten herangezogen werden:

- Daten von 17 Ordinationen für Kinder- und Jugendheilkunde aus dem Bundesland Oberösterreich, von denen sieben bereits mehrere Patientenbefragungen durchgeführt haben. Die Befragungen wurden zwischen 2005 und 2013 durchgeführt, aus diesen 17 Ordinationen liegen 1.497 auswertbare Fragebögen vor.
- Alle Ordinationen haben einen Kassenvertrag mit der OÖGKK.

Interpretationshilfe zu den Grafiken und Tabellen

- Die Angaben der Befragten in der Gruppenpraxis werden immer durch die hellgrünen Balken dargestellt.
- Die Balken „Ö Kinder Jugend“ geben die Vergleichswerte aus den Gesamtdaten der Vergleichsordinationen wieder.

Behandlungstreue

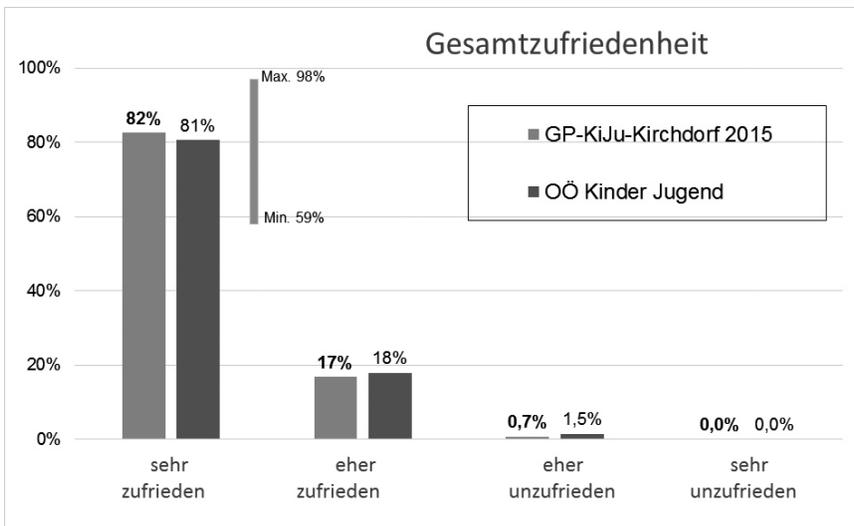
Patient/innentreue	GP Kirchdorf 2015		OÖ Kinder Jugend	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
bis 2 Jahre	38	28 %	378	28 %
seit 2 bis 4 Jahren	46	34 %	401	29%
seit 4 bis 7 Jahren	36	26 %	326	24 %
seit 7 bis 10 Jahren	4	3 %	123	9 %
seit 10 bis 15 Jahren	3	2 %	43	3 %
seit über 15 Jahren	4	3 %	4	0 %
erster Arztbesuch	6	4 %	90	7 %
N =	137		1365	

Von allen befragten Personen waren nur sechs Personen (= 4 %) zum ersten Mal in der Gruppenpraxis.

Die Gruppenpraxis hat einen ähnlich großen Anteil an Stammpatient/innen wie die Vergleichsordinationen, und auch der Anteil der Eltern, die in den letzten zwei Jahren neu in die Gruppenpraxis gekommen sind, ist mit 28 % gleich wie in den Vergleichsordinationen.

Gesamtzufriedenheit

„Wie zufrieden sind Sie mit der Ordination im Allgemeinen (d.h. nicht nur auf den heutigen Arztbesuch bezogen)?“



N = 137/1353

Die zusammenfassende Bewertung der Zufriedenheit mit der Gruppenpraxis fiel gut bis sehr gut aus, 82 % der Befragten sind „sehr zufrieden“ und 17 % „eher zufrieden“. Eine Person ist „eher unzufrieden“ und niemand ist „sehr unzufrieden“.

Bei den Vergleichsordinationen liegt der Anteil der „sehr zufriedenen“ Patient/innen im Schnitt bei 81 %, 18 % sind „eher zufrieden“ und 1,5% „eher unzufrieden“ und niemand „sehr unzufrieden“.

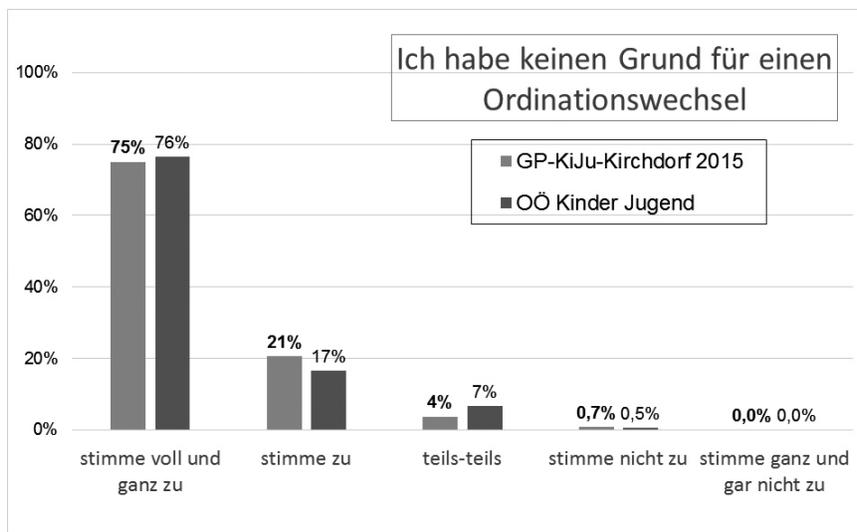
Der Maximalwert, den die bisher „beste“ Ordination des Faches Kinder- und Jugendheilkunde in OÖ erreichte, lag bei 98 % sehr zufriedenen Patient/innen, der bisher niedrigste Wert bei 59 % sehr zufriedenen.

Aus der Grafik ist zu entnehmen, dass 72 % der Befragten die Gruppenpraxis ihren Freunden weiterempfehlen können, weitere 22 % „stimmen zu“. 7 % sind sich nicht ganz sicher und kreuzten „teils/teils“ an. Niemand der Befragten kann die Gruppenpraxis nicht weiterempfehlen und kreuzte „stimme nicht“ oder „stimme ganz und gar nicht zu“ an.

Damit liegt die Gruppenpraxis deutlich über der Weiterempfehlungsrates aller fachgleichen Ordinationen, in denen wir eine Patientenbefragung gemacht haben.

Wechselabsicht

„Ich habe keinen Grund, einen Wechsel zu einer anderen Ordination in Betracht zu ziehen.“



N = 136/212

Die Tatsache, dass 96 % der Befragten keinen Ordinationswechsel in Betracht ziehen und nur 4 % manchmal überlegen zu wechseln, zeugt von einer hohen Zufriedenheit. Lediglich eine Person (0,7 %) möchte wechseln und kreuzte „stimme nicht“ oder „stimme ganz und gar nicht zu“ an. Somit sind die PatientInnen der Gruppenpraxis etwas weniger wechselbereit als in den Vergleichsordinationen.

Ordinationszeiten

Ordinationszeiten	GP Kirchdorf 2015		OÖ Kinder Jugend	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
sehr zufrieden	116	84 %	391	65 %
eher zufrieden	21	15 %	195	32 %
eher unzufrieden	1	1 %	14	2 %
sehr unzufrieden	0	0 %	1	0 %
N =	138		601	

Mit den Ordinationszeiten sind 84 % der Befragten sehr zufrieden, deutlich höher als in den Vergleichsordinationen. Bei diesem Vergleich muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Gruppenpraxis 27 Stunden Öffnungszeit vertraglich vereinbart hat, andere Kassenordinationen haben in ihren Verträgen mit der Gebietskrankenkasse 20 Stunden festgelegt.

Gesamtzufriedenheit

Die PatientInnen bzw. ihre Erziehungsberechtigten waren überwiegend mit sämtlichen

Teilbereichen sehr zufrieden oder gut zufrieden. Auch im Vergleich zu den Befragungen anderer Ordinationen sind dies sehr gute Werte.

7. Beurteilung des Modells aus Sicht der Zuweiser

Ziel einer Zuweiserbefragung ist es, Stärken und Schwächen in Bezug auf die Koordination der PatientInnenversorgung zu erkennen und zu verbessern. Durch die Befragung der Zuweiser wird die Qualität der Ordinationsorganisation nicht nur durch das Patientenfeedback bewertet, sondern auch durch ein Feedback von zuweisenden Ärztinnen und Ärzten.

7.1- Durchführung der Zuweiserbefragung

Die Befragung der Zuweiser erfolgte mittels einer Onlinebefragung über das System „easyresearch“, welches das Ärztliche Qualitätszentrum seit 2011 für Onlinebefragungen nutzt. Es wurden jene Ärztinnen und Ärzte angeschrieben, welche aufgrund der Datenauswertung durch die OÖGKK als relevante Zuweiser galten. Ärztinnen und Ärzte, welche bis zu einem bestimmten Zeitpunkt noch nicht oder nicht vollständig geantwortet hatten, erinnerte das System automatisch zweimal an die Befragung.

Von den sieben eingeladenen Ärztinnen und Ärzten haben vier den Fragebogen beantwortet (drei Allgemeinmediziner und ein Facharzt), dies entspricht einem Rücklauf von 57 %. Aufgrund der geringen Zahl an Zuweisern ist das Ergebnis aus statistischer Sicht sehr vorsichtig zu interpretieren.

Zudem stehen für die Auswertung der Zuweiserbefragung keine Vergleichswerte aus fachgleichen Ordinationen zur Verfügung.

Der Fragebogen

Die allgemeine Zuweiserbefragung wurde in diesem Fall durch folgende projektspezifische Fragestellungen erweitert und projektspezifisch ausgewertet.

Wie bereits bei der PatientInnenbefragung, so wurde auch mit den Auftraggebern vereinbart, nur für die Projektevaluierung relevante Teilbereiche aus der allgemeinen Zuweiserbefragung zu verwenden, wie

- die Gesamtzufriedenheit,
- die Überweiskriterien und
- die Fachrichtungen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte.

7.2. Ergebnisse der Zuweiserbefragung

Die Befragten arbeiten zwischen zwei und vier Jahren mit der Gruppenpraxis zusammen. Pro Quartal überweisen die vier teilnehmenden Zuweiser 10 bis 30 Kinder an die Gruppenpraxis und zwischen 1 und 15 Kinder an die Kinderabteilung im LKH Kirchdorf zur stationären Aufnahme.

Für die Entscheidung der befragten Ärztinnen und Ärzte, ein Kind zu einem Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde zu überweisen, sind die wichtigsten Faktoren

- die fachliche Kompetenz der Ordination,
- die schnelle Befundübermittlung,
- die persönliche Bekanntschaft mit einem Arzt/einer Ärztin der Gruppenpraxis.

Beurteilung der medizinischen Versorgung für Kinder in der Region



N = 4

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

Veränderungen durch das neue Versorgungsmodell



N = 4

Die Veränderung der kinderärztlichen Versorgung durch das neue Versorgungsmodell wird sehr unterschiedlich eingeschätzt. Einzig die rasche Verfügbarkeit von Terminen wird als gleich oder verbessert eingeschätzt, die Qualität der Versorgung und die Abstimmung zwischen den Einrichtungen wird zur Hälfte als gleich geblieben, zur anderen Hälfte genau konträr beurteilt.

8. Zusammenfassung und Ausblick

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass folgende in der Punktation gesetzten Ziele erreicht wurden:

- Sicherstellung der gefährdeten ärztlichen Versorgungsstrukturen intra- und extramural auf hohem Niveau
- Rückgang der Ambulanz-Leistungen um mindestens 60 %
- Senkung der spitalsambulanten Frequenzen um mindestens 60 %
- Hohe Zufriedenheit der Patienten mit dem neuen Leistungsangebot
- Steigerung der Attraktivität des peripheren Versorgungsstandortes Kirchdorf für die Leistungserbringer

Die Abläufe an den Schnittstellen zwischen der pädiatrischen Gruppenpraxis und dem Krankenhaus Kirchdorf funktionieren gut, die nötigen Informationen sind den Ärztinnen und Ärzten in der Region meist bekannt, nur vereinzelt kommt es noch zu einer falschen Zuweisung.

Auch die Rückmeldungen der Patient/innen bzw. deren Erziehungsberechtigten weisen in dieselbe Richtung. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass diese neue Versorgungsstruktur von der Bevölkerung sehr gut angenommen wird. Die Gruppenpraxis hat in der Gesamtversorgung des Raumes Kirchdorf einen festen Platz eingenommen.

Auch die Einschätzung der beteiligten Ärztinnen und Ärzte ergab ein durchwegs positives Bild. Hemmnisse bei der Übertragung des „Kirchdorfer Modells“ werden von den Ärztinnen und Ärzten in zweierlei Hinsicht gesehen, der räumlichen Trennung von Krankenhaus und Ordination und der Auswirkungen auf die Ausbildung der Assistenzärztinnen und -ärzte.

Hinsichtlich der kritischen Erfolgsfaktoren ist darauf hinzuweisen, dass der Erfolg von ärztlichen Zusammenarbeitsstrukturen naturgemäß von der individuellen Bereitschaft der betroffenen Ärztinnen und Ärzte abhängt.

Die Einbindung der unmittelbaren Leistungserbringer (regionale Ärzteschaft) schon in der Planungsphase ist für eine erfolgreiche Umsetzung derartiger Projekte unumgänglich.

Das „Kirchdorfer Modell“ zeigt, dass unter den gegebenen Rahmenbedingungen die Verschränkung von intra- und extramuralen Strukturen möglich ist, wenngleich einzelne gesetzliche Vorgaben dabei nicht nur förderlich waren und sicherlich zu überdenken sind.

Voraussetzung dafür 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.

Und nicht zuletzt beweist das Modell Kirchdorf auch, dass Fortentwicklungen im Gesundheitswesen weniger durch zentrale Planungsvorgaben am grünen Tisch zu verwirklichen sind, als vielmehr durch Modelle, die auf lokale Gegebenheiten und Notwendigkeiten flexibel, rasch, unbürokratisch und unter Einbindung und Berücksichtigung aller Interessenslagen zwischen den Systempartnern abgestimmt werden. Im Modell Kirchdorf scheint diese eine der Stärken zu sein.

Dieses pädiatrische Versorgungsmodell könnte einen ersten Schritt zur Überwindung der sektoralen Trennung darstellen und zur weiteren Implementierung wirtschaftlicher und effizienter Versorgungsstrukturen in ländlichen Regionen beitragen.

„Wer aufhört, besser werden zu wollen, hört auf, gut zu sein.“

(Marie Freifrau von Ebner-Eschenbach)

Die Beseitigung der Allokationsprobleme sollte ein zentrales Ziel einer neuen Versorgungsplanung sein.

Abkürzungsverzeichnis

ÄQZ	Ärztliches Qualitätszentrum
BKKen	Betriebskrankenkassen
bzw.	beziehungsweise
FA	Facharzt
FG	Fachgruppe
FOKO	Folgekostenanalyse (Datawarehouse der Sozialversicherung u. a. mit Abrechnungsdaten der Vertragspartner der Krankenversicherungsträger)
gespag	Gesundheits- und Spitals-AG
GKKen	Gebietskrankenkassen
HB/HiMi	Heilbehelfe, Hilfsmittel
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstalten Gesetz
KOAGR	Kostenartengruppe
KH	Krankenhaus
LKH	Landeskrankenhaus
N	Anzahl der Antworten
ngl.	niedergelassen
OÖÄK	Ärztchammer für Oberösterreich
OÖ	Oberösterreich
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern