

Erfahrungen aus bestehenden Primärversorgungseinheiten als Basis zur Entwicklung von Handlungsoptionen für hausärztliche Einzelordinationen

Ergebnisbericht

erstellt im Rahmen der Kooperationsvereinbarung mit dem Dachverband der Sozialversicherungsträger

Erfahrungen aus bestehenden Primärversorgungseinheiten als Basis zur Entwicklung von Handlungsoptionen für hausärztliche Einzelordinationen

Ergebnisbericht

Autorinnen und Autoren:

Sarah Burgmann

Johannes Marent

Clara Mayr

Maximilian Schwarz

Florian Stigler

David Wachabauer

Unter Mitarbeit von:

Viktoria-Maria Simon

Fachliche Begleitung:

Karin Brandstätter

Sabrina Brauneis

Kludia Sandholzer

Projektassistenz:

Stephanie Hussmann

Matea Mijić

Wien, im Juli 2024

In Kooperation mit dem Dachverband der Sozialversicherungsträger

Zitiervorschlag: Burgmann, Sarah; Marent, Johannes; Mayr, Clara; Schwarz, Maximilian; Stigler, Florian; Wachabauer, David; Simon, Viktoria-Maria (2024): Erfahrungen aus bestehenden Primärversorgungseinheiten als Basis zur Entwicklung von Handlungsoptionen für hausärztliche Einzelordinationen. Gesundheit Österreich, Wien

ZI. P9/2/5442

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

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3, „Gesundheit und Wohlergehen“, sowie zu den Unterzielen 3.8, 3.c, zum Nachhaltigkeitsziel 8, „Dauerhaftes, breitenwirksames und nachhaltiges Wirtschaftswachstum, produktive Vollbeschäftigung und menschenwürdige Arbeit für alle fördern“, insbesondere zum Unterziel 8.3, zum Nachhaltigkeitsziel 9, „Eine widerstandsfähige Infrastruktur aufbauen, breitenwirksame und nachhaltige Industrialisierung fördern und Innovationen unterstützen“, insbesondere zu den Unterzielen 9.1 und 9.c sowie zum Nachhaltigkeitsziel 11, „Städte und Siedlungen inklusiv, sicher, widerstandsfähig und nachhaltig gestalten“, insbesondere zu den Unterzielen 11.a und 11.b.

Der Umwelt zuliebe:

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

Kurzfassung

Hintergrund/Aufgabenstellung/Fragestellung

Die Primärversorgung – als erste Versorgungsstufe im Gesundheitssystem – wird im Rahmen der Gesundheitsreform um die multiprofessionelle Organisationsform der Primärversorgungseinheiten (PVE) erweitert. So wurde seit Beginn der Reform 2013 ein Fokus auf diese Organisationsform gerichtet, und zahlreiche Arbeiten wie Konzepte, Projekte, Studien und weitere Erhebungen beschäftigen sich mit der Unterstützung und Entwicklung von PVE. Jedoch besteht Handlungsbedarf für die *gesamte* Primärversorgung in Österreich. Unter dem übergeordneten Ziel der Stärkung der Primärversorgung für die gesamte österreichische Primärversorgungslandschaft hat der Dachverband der Sozialversicherungsträger in Zusammenarbeit mit der Gesundheit Österreich GmbH das Projekt „Handlungsoptionen für hausärztliche Einzelordinationen“ initiiert. Dabei sollen die intensiven Bemühungen für die Primärversorgungseinheiten im Rahmen der Primärversorgungsreform sowie die Vorarbeiten dazu auch für hausärztliche Einzelordinationen genutzt werden. Aus diesem Hintergrund ergeben sich folgende Haupt- und Subfragestellungen:

Hauptfragestellung: Wie haben PVE bisher die Patientenversorgung und die Arbeitsbedingungen der Hausärztinnen und -ärzte verändert, und was davon könnte auf die hausärztliche Versorgung in Einzelordinationen umgelegt werden, um diese zu stärken?

1. Welche Hypothesen zur Veränderung der Patientenversorgung und der Arbeitsbedingungen von PVE-Hausärztinnen und -ärzten wurden schriftlich dokumentiert?
2. Wie haben sich die Patientenversorgung und die Arbeitsbedingungen aus der Perspektive von PVE-Hausärztinnen und -ärzten durch PVE verändert?
3. Wie hat sich die Patientenversorgung aus der Perspektive von PVE-Patientinnen und -Patienten verändert?
 - a) mit dem Blick auf eine generelle Stärkung der allgemeinmedizinischen Primärversorgung: Wie könnten die identifizierten Veränderungen von PVE-Hausärztinnen und -ärzten sowie PVE-Patientinnen und -Patienten auf die Versorgung in hausärztlichen Einzelordinationen umgelegt werden?
 - b) Welche der Veränderungen sind aus der Sicht von PVE-Hausärztinnen und -ärzten in allgemeinmedizinischen Einzelordinationen wünschenswert?
4. Welche Handlungsoptionen ergeben sich auf Basis der erhobenen Ergebnisse für die Sozialversicherung zur Stärkung hausärztlicher Einzelordinationen?

Methoden

Zur Beantwortung der Fragestellungen erfolgt eine Triangulation unterschiedlicher Methoden.

Fachlich und strategisch begleitet wird das Projekt durch ein Steering Committee, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern des Dachverbands der Sozialversicherungsträger, der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS) sowie der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB).

Dokumentenanalyse

Zur Identifikation schriftlich dokumentierter Hypothesen über die Veränderung der Patientenversorgung sowie der hausärztlichen Arbeitsbedingungen in PVE erfolgte eine Sammlung und Analyse von Dokumenten. Das Ziel der Dokumentenanalyse war, die Erwartungen an und die Erfahrungen aus PVE zu sammeln und aufzubereiten. Viele der identifizierten Dokumente stellen Grundlagen für die Etablierung von PVE dar. Bei ihnen stehen vor allem die formulierten Erwartungen zur Veränderung der Patientenversorgung und der Arbeitsbedingungen von Hausärztinnen und -ärzten im Fokus. Sie wurden um formulierte Maßnahmen sowie Erfahrungen aus einzelnen Evaluationsberichten und Studien ergänzt. Der heterogene (Format, Autorinnen/Autoren, Auftraggeber:innen) Datenpool wurde durch Anfrage an Expertinnen und Experten aus dem Dachverband der Sozialversicherungsträger, der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS), der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) sowie der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) und über eine Suchabfrage auf PubMed erstellt. 303 Dokumente, die in einem Zeitraum von 2010 bis 2022 entstanden sind, wurden in einer Excel-Datenbank katalogisiert und anschließend über einen systematischen Ein-/Ausschluss-Prozess anhand einer lexikalischen Suche nach Begriffen zu PVE auf 148 reduziert. In einem zweiten Schritt erfolgte nach einer Filterung auf Relevanz für die Fragestellung eine Reduktion auf 87 Dokumente.

Fokusgruppen

Um Veränderungen in der Patientenversorgung sowie bei den Arbeitsbedingungen von Hausärztinnen und -ärzten in PVE zu explorieren, wurden Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie Hausärztinnen und -ärzten aus PVE durchgeführt. Die Ergebnisse der Dokumentenanalyse wurden zur Erstellung der Fokusgruppenleitfäden herangezogen. Die Wahl der Methode fiel auf Fokusgruppen, um durch einen gegenseitigen Austausch und eine Konfrontation von Wahrnehmungen, Meinungen und Ideen zwischen verschiedenen Diskussionsteilnehmerinnen/-teilnehmern gegenseitige Befruchtung und vielfältige Erkenntnisse zu generieren.

Für die Fokusgruppe mit den **PVE-Hausärztinnen und -ärzten** erfolgte ein „theoretical sampling“ nach definierten Kriterien (Stadt/Land, Geschlecht, Alter), um ein möglichst vielfältiges Sample zu erreichen. Infrage kommende Personen wurden recherchiert und per E-Mail sowie telefonisch kontaktiert. Alle Teilnehmer:innen unterfertigten die Einverständniserklärung zur Aufzeichnung und Verwendung der anonymisierten Ergebnisse. Die Fokusgruppe fand online via Zoom statt. Bereits während der Fokusgruppe erfolgte die Dokumentation im Online-Whiteboard Miro, wo angesprochene Veränderungen nach Themenbereichen geclustert wurden. Die Teilnehmer:innen priorisierten am Ende der Fokusgruppe die für sie wichtigsten Veränderungen. Durch Nachhören der Aufzeichnung wurden die Ergebnisse konkretisiert und ggf. vervollständigt.

Für die Rekrutierung von **Patientinnen und Patienten aus PVE** wurde als Methode eine Mischung aus „convenience sampling“ und „purposeful sampling“ gewählt. Die Teilnehmer:innen sollten definierte Kriterien bezüglich Geschlecht, Alter und Elternstatus aufweisen. Obligat war, dass die Patientinnen und Patienten in einer PVE behandelt wurden und davor eine Behandlung in einer Einzelpraxis in Anspruch genommen hatten sowie über 18 Jahre alt waren. Da die Fokusgruppe

vor Ort in den Räumlichkeiten der Gesundheit Österreich GmbH stattfand, wurden PVE in Wien und Niederösterreich gebeten, Patientinnen und Patienten bezüglich der Teilnahme an der Fokusgruppe anzusprechen. Alle Personen, die zusagten, wurden durch das Projektteam der GÖG kontaktiert, über die Fokusgruppe informiert und unterfertigten die Einverständniserklärung zur Aufzeichnung. Auch in dieser Fokusgruppe erfolgte die Dokumentation währenddessen. Erlebte Veränderungen der Teilnehmer:innen wurden auf Moderationskärtchen geschrieben, die nach Themen geordnet an der Wand fixiert wurden. Am Ende wählten die Teilnehmer:innen die für sie relevantesten fünf Veränderungen.

Die Ergebnisse der Fokusgruppe mit PVE-Hausärztinnen/-ärzten und jener mit PVE-Patientinnen/-Patienten wurden als Basis herangezogen, um von **Hausärztinnen und -ärzten aus Einzelordinationen** zu erfahren, wie die identifizierten Veränderungen in PVE aus ihrer Perspektive für hausärztliche Einzelordinationen genutzt werden können. Um Teilnehmer:innen aus möglichst vielen Bundesländern zu gewinnen, erfolgte ein Aufruf zur Teilnahme über die Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM) sowie deren Landesorganisationen und Facebook-Gruppen. Für diese Fokusgruppe erfolgte ein Convenience-Sampling. Das Sample sollte entsprechend jenem der Fokusgruppe mit PVE-Hausärztinnen und -ärzten Ausgewogenheit bezüglich Alter, Geschlecht und Herkunft (Stadt/Land) aufweisen. Hausärztinnen und -ärzte, die ihr Interesse geäußert hatten oder empfohlen worden waren, wurden durch das Projektteam der GÖG kontaktiert, bei Zusage wurden ihnen Informationen und die Einverständniserklärung zur Aufzeichnung und Verarbeitung der Ergebnisse mit Bitte um Unterfertigung zugesandt. Auch diese Fokusgruppe wurde online via Zoom durchgeführt, ihre Ergebnisse wurden in Miro dokumentiert sowie durch Nachhören ergänzt.

Ergebnisse

Dokumentenanalyse

Aus 87 Dokumenten wurden in Hinblick auf (1) die formulierten Erwartungen an die PVE sowie auf (2) empfohlene, geplante und umgesetzte Maßnahmen zur (Weiter-)Entwicklung der PVE inhaltlich zusammenfassend Kategorien gebildet. (3) Erfahrungen wurden aus Evaluationsberichten und einem Studienartikel extrahiert. Ein Großteil der Dokumente umfasst Konzeptpapiere, Planungsdokumente und wissenschaftliche Studien, welche Argumente dafür liefern, weshalb die Organisationsform PVE für neue gesellschaftliche Entwicklungen (wie etwa neue Krankheitsbilder) Lösungen bietet. Auch Artikel oder Stellungnahmen, die zum Teil von Berufs- bzw. Interessenvertretungen formuliert wurden, finden sich unter diesen Dokumenten.

Erwartungen: Die Analyse offenbart den starken Kanon aus den Dokumenten, die besagen, dass PVE zur Entlastung der Sekundär- und Tertiärversorgung beitragen, was wiederum gesundheitsökonomische Auswirkungen habe. Zum einen wird erwartet, dass PVE zu einer Steigerung der Effizienz beitragen und gemeinsam mit der Entlastung weiterer Versorgungsstufen die hohen Gesundheitsausgaben reduzieren würden. Zum anderen ergebe sich durch PVE eine Steigerung der Versorgungsqualität für die Bevölkerung. Dies wird in Beschreibungen zu Versorgungsaufträgen,

Qualitätskriterien und weiteren Anforderungen definiert. Darüber hinaus sollen PVE die Arbeitsplatzattraktivität für die verschiedenen Berufsgruppen steigern. Neben diesen drei starken Fokussierungen werden zudem, jedoch seltener, die Erwartungen geäußert, PVE würden einen Beitrag zu mehr gesundheitlicher Chancengerechtigkeit leisten. Sie würden demnach über die bessere Erreichbarkeit (längere Öffnungszeiten, Information über das Leistungsspektrum auf der Website etc.) hinaus die Zugänglichkeit zu Gesundheitsdienstleistungen für vulnerable Gruppen verbessern und aktiv auf diese zugehen. Man erwartet sich durch PVE auch eine Steigerung der Innovation und der Transparenz im System, da Vertreter:innen mehrerer Gesundheits- und Sozialberufe in multiprofessionellen PVE ausgebildet würden, die Zusammenarbeit in der PVE sowie zwischen Akteurinnen und Akteuren intensiviert würde und innovative Versorgungskonzepte in der Praxis umgesetzt würden. Transparenz solle vor allem durch überarbeitete und in der Praxis getestete Dokumentations- und Finanzierungssysteme gesteigert werden und die Planung verbessern. Selten genannte negative Erwartungen beziehen sich auf die Sorge in Hinblick auf eine Verschlechterung der Qualität der Patientenversorgung durch zentralisierte Versorgung und längere Wege auf dem Land, Kostensteigerungen durch PVE sowie die Bedrohung des Hausarztmodells insbesondere aufgrund des Verlusts der Vertrauensärztin / des Vertrauensarztes.

Empfehlungen aus der Literaturanalyse zur Umsetzung von PVE beschäftigen sich auf der Rechts- und Planungsebene mit der Forderung, konkrete Changemanagementmaßnahmen und Reformstrategien zu entwickeln. Bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit sollten Kompetenzbereiche der Gesundheits- und Sozialberufe präzisiert und erweitert werden. Stakeholder:innen sollten koordinierter zusammenarbeiten, es sollte eine abgestimmte und aktive Information zu PVE erfolgen, die Leistungskataloge sollten harmonisiert werden und Berufsgruppen wie die diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger:innen sowie die Diätologinnen und Diätologen im ASVG der ärztlichen Hilfe gleichgestellt werden. Auf der Ausbildungsebene werden vor allem internationale Standards als Vorbilder genannt und wird der praxisorientierten und interprofessionellen Ausbildung und der allgemeinmedizinischen Lehre Gewicht beigemessen. Für die Gründungsphase werden flexible Möglichkeiten des Einstiegs in die Praxis, Austauschformate sowie Unterstützungs- und Beratungsmaßnahmen gefordert. Auf Ebene der Versorgungsprozesse in der Praxis werden Maßnahmen zur Stärkung der Lotsen- und Koordinationsfunktion der Primärversorgung inklusive der Terminkoordination von PVE-Patientinnen und -Patienten, des interprofessionellen Wissens- und Prozessmanagements und zur Steigerung der Transparenz angebotener Leistungen sowie Gesundheitsinformationen beschrieben. Auch einen stärkeren Fokus auf Gesundheitsförderung und -kompetenz sowie Social Prescribing als Standardleistung in den ÖSG (Österreichischer Strukturplan Gesundheit) aufzunehmen wird gefordert. Eine weitere Empfehlung widmet sich dem Ausbau von Kinder-PVE.

Erfahrungen aus PVE wurden in den letzten Jahren anhand von Evaluierungen von PVE in den Bundesländern Niederösterreich und Steiermark sowie der PVE „Medizin Mariahilf“ in Wien gesammelt. Es zeigte sich dabei, dass bei Patientinnen und Patienten vor allem das erweiterte Leistungsangebot und die langen Öffnungszeiten gut ankommen. Viele Patientinnen und Patienten können durch das umfangreiche Leistungsangebot auch fallabschließend behandelt werden. Dadurch können bis zu einem gewissen Grad auch nachfolgende Gesundheitsstrukturen, insbesondere Fachärztinnen und -ärzte sowie Spitalsambulanzen entlastet werden. Die immer wichtiger werdende Versorgung von Patientinnen und Patienten, die chronische Erkrankungen haben, funktioniert in PVE gut, was

sich an der hohen Inanspruchnahme des Programms „Therapie Aktiv“ zeigt. Patientinnen und Patienten von PVE weisen weniger oft eine Polypharmazie auf. Die kürzeren Wartezeiten vor Ort in PVE werden ebenfalls als Grund angegeben, in diese Einrichtungen zu wechseln. PVE-Patientinnen und -Patienten schätzen die Qualität der Gespräche mit dem Behandlungsteam als sehr hoch ein. Aus den Evaluierungsergebnissen in Bezug auf die PVE „Medizin Mariahilf“ in Wien sowie auf PVE aus Niederösterreich und der Steiermark lässt sich herauslesen, dass PVE von den Patientinnen und Patienten gut angenommen werden. Neun von zehn Befragten aus Niederösterreich, der Steiermark und der PVE „Medizin Mariahilf“ können PVE Verwandten, Freundinnen/Freunden und Kolleginnen/Kollegen weiterempfehlen. Auch Mitarbeitende in PVE äußern eine hohe Arbeitszufriedenheit in ihren Einrichtungen.

Fokusgruppen

An der **Fokusgruppe mit PVE-Hausärztinnen und -ärzten** nahmen sieben Personen aus Wien, Niederösterreich, Oberösterreich und Salzburg teil, drei Frauen und vier Männer. Die zentrale Fragestellung der Fokusgruppe war, welche Veränderungen die teilnehmenden Hausärztinnen und -ärzte in ihrer PVE im Vergleich zur hausärztlichen Einzelpraxis wahrnehmen. Weitere Fragestellungen behandelten Themen rund um Angebot, Zufriedenheit, Beziehungen und Gesundheitskompetenz. Insgesamt nannten die Teilnehmenden 110 unterschiedliche Veränderungen. Aus der Priorisierung gingen zwölf positive und zwei negative wahrgenommene Veränderungen hervor, die für PVE-Hausärztinnen/-ärzte und PVE-Patientinnen/-Patienten differenziert werden.

Die Teilnehmenden priorisierten folgende fünf *positive Veränderungen für PVE-Hausärztinnen und -ärzte*:

- » fachlicher Austausch mit Ärztinnen und Ärzten sowie Angehörigen von Gesundheitsberufen
- » mehr Zeit für ärztliche Tätigkeiten
- » mehr Freizeit
- » Freude an Teamarbeit
- » Entlastung durch Kolleginnen und Kollegen

Die Teilnehmenden priorisierten des Weiteren folgende sieben *positive Veränderungen für PVE-Patientinnen und Patienten*:

- » verlängerte Öffnungszeiten und Versorgungssicherheit (verbesserter Zugang)
- » Multiprofessionalität und Einbindung weiterer Gesundheitsberufe
- » Professionalisierung und Prozessoptimierung (Steigerung der Versorgungsqualität)
- » gesteigerte Gesundheitskompetenz
- » verbessertes Angebot: Erweiterung um Sozialarbeit
- » verbessertes Angebot: Erweiterung um Diätologie
- » alles in einem Haus / alles unter einem Dach

Die Teilnehmenden priorisierten auch folgende zwei *negative Veränderungen für PVE-Hausärztinnen und -ärzte*:

- » erhöhter Kommunikationsbedarf und schwierigere Entscheidungsfindung
- » finanzielles Bilanzminus durch Kosten für das erweiterte Team

An der **Fokusgruppe mit PVE-Patientinnen und -Patienten** nahmen fünf Personen teil, drei Frauen und zwei Männer. Zwei Personen waren in Wien, drei in Niederösterreich Patientinnen und Patienten einer PVE. Zentrale Frage der Fokusgruppe war, welche Veränderungen die Teilnehmer:innen in ihrer Versorgung in einer PVE im Vergleich zu ihrer Versorgung zuvor – d. h. der hausärztlichen Versorgung in einer Einzel- bzw. Gruppenpraxis – wahrnehmen. Insgesamt nannten die Teilnehmenden 104 Veränderungen, die in den drei Kategorien „Professionalisierung des Versorgungsangebots“, „steigende Interprofessionalität und Vernetzung“ und „optimierte Zeitressourcen“ zusammengefasst wurden.

Professionalisierung des Versorgungsangebots: Als Schlagwort für eine der zentralen Veränderungen im Zuge des Wechsels innerhalb der allgemeinmedizinischen Versorgung hin in eine PVE wurde die immer weiter voranschreitende Professionalisierung genannt. Die Teilnehmer:innen machten dies beispielsweise an dem umfassenderen Angebot wie einer Blutabnahme vor Ort, der direkten Überweisung zu einer weiterführenden Behandlung oder Untersuchung sowie dem erweiterten Angebot durch die verschiedenen Gesundheitsberufe fest. Weiters wurde in diesem Zusammenhang die gesteigerte Kompetenz der Ärztinnen und Ärzte genannt und der Umstand, dass das evidenzbasierte Arbeiten vermehrt in den Fokus gerückt werde. Auch wurden Synergien innerhalb des Teams als förderliche Faktoren für eine Professionalisierung des Versorgungsangebots genannt. Ältere Ärztinnen und Ärzte hätten mehr Praxiserfahrung, jüngere Ärztinnen und Ärzte ein aktuelles, fundierteres medizinisches Wissen, eine Kombination daraus würde eine Bereicherung innerhalb des ärztlichen Teams darstellen.

Steigende Interprofessionalität und Vernetzung: Im Rahmen der Fokusgruppe wurde als eine der stärksten Veränderungen die steigende interprofessionelle Versorgung, getragen von Angehörigen unterschiedlicher Gesundheits- und Sozialberufe, welche nun Teil des PVE-Teams sind, im Vergleich zu den „klassischen“ monoprofessionellen hausärztlichen Praxen in Form von Einzelordinationen bzw. Gruppenpraxen genannt. Die Absprache innerhalb des Teams sei leichter, weil die Gegebenheiten informelle Gespräche „zwischen Tür und Angel“ ermöglichen würden, und bewirke eine vermehrte Teamarbeit und Austausch zwischen den Angehörigen der unterschiedlichen Professionen, so die Einschätzung der Patientinnen und Patienten. Allgemein wäre es einfacher, rasch ein passendes Angebot zu erhalten – innerhalb sowie auch außerhalb der PVE –, ohne selbst auf die Suche gehen zu müssen. Die PVE-Teams scheinen auch außerhalb der PVE besser vernetzt zu sein und hätten eine bessere Systemkenntnis. Insgesamt würde man als Patient:in von diesen veränderten Abläufen und der guten Koordination profitieren.

Optimierte Zeitressourcen: Die Fokusgruppe gab die optimierten Zeitressourcen als eine große Veränderung an und benannte sie als Vorteil für die individuelle Versorgung. Durch verbesserte Abläufe und effizientere Organisationsstrukturen innerhalb der PVE seien die Ärztinnen und Ärzte sowie das erweiterte Team entlastet und könnten sich mehr Zeit für das individuelle Patientengespräch nehmen, dadurch habe man das Gefühl, von der Ärztin / dem Arzt wirklich „gehört“ zu werden. Gut funktionierende Strukturen und Prozesse ermöglichten eine raschere Terminvergabe und geringere Wartezeiten vor Ort, wodurch auch die Wartezimmer weniger „überlaufen“ seien als

zuvor jene in Einzelordinationen bzw. Gruppenpraxen. Als Patient:in hätte man dadurch auch mehr „kognitive Ressourcen“ für das Arztgespräch, man könne die eigenen Anliegen besser vorbringen und fühle sich weniger gestresst, im Gespräch rasch die wichtigsten Themen ansprechen zu müssen, weil das Wartezimmer nicht voll mit wartenden nächsten Patientinnen und Patienten sei. Allgemein erleben Berufstätige die ausgedehnten Öffnungszeiten der PVE als Erleichterung in Sachen Erreichbarkeit. Zusammenfassend wurden von den Patientinnen und Patienten optimierte Zeitressourcen aufgrund gesteigerter Effizienz beschrieben, die wiederum als Qualitätsverbesserung wahrgenommen wurden.

An der **Fokusgruppe mit Hausärztinnen und -ärzten aus Einzelordinationen** nahmen insgesamt elf Ärztinnen und Ärzte aus sieben Bundesländern (Wien, Niederösterreich, Oberösterreich, Steiermark, Kärnten, Salzburg und Tirol) teil, sechs Frauen und fünf Männer. In dieser Fokusgruppe sollten die Veränderungen in PVE aus den vorangegangenen Fokusgruppen bezüglich ihrer Relevanz und Umsetzbarkeit in hausärztlichen Einzelordinationen besprochen werden. Im Laufe der Fokusgruppe wurde das Konzept verändert, da viele wahrgenommene Veränderungen aus PVE gemäß den Hausärztinnen und -ärzten aus Einzelordinationen bereits umgesetzt würden oder nicht relevant seien. Die Annäherung von Einzelordinationen und PVE aneinander und das Schaffen neuer Möglichkeiten für Einzelordinationen rückten in der weiteren Diskussion ins Zentrum.

Die Fokusgruppenteilnehmer:innen sprachen sich für die *Erweiterung des Versorgungsangebots durch Honorierung von Leistungen entsprechend PVE* in hausärztlichen Einzelordinationen insbesondere in den Bereichen Diätologie, Soziale Arbeit und diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege aus. Patientinnen und Patienten würden häufiger zur Diätologie oder Sozialen Arbeit weiterverwiesen werden, wenn ein kostenloses und flächendeckendes Versorgungsangebot vorhanden wäre. Solange aber der hausärztlichen Einzelordination nicht die gleichen Mittel und Möglichkeiten wie einer PVE zur Verfügung gestellt würden, werde die Versorgung dahingehend „schlechter“ sein, so die Einschätzung der Fokusgruppenteilnehmer:innen.

Um den Zugang zu bestehenden Angeboten zu erleichtern, würde es zudem eines Ausbaus sowie einer finanziellen Attraktivierung der Kassenstellen für Therapieangebote im niedergelassenen Bereich bedürfen. Genannt wurden hier die Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Die Teilnehmer:innen schienen sich einig zu sein, dass der niederschwellige, kostenlose Zugang zu einem regionalen Netzwerk Angehöriger von Gesundheits- und Sozialberufen mit guter Erreichbarkeit und kurzen Wartezeiten einen wichtigen Beitrag zu einer qualitätsvollen Patientenbetreuung leisten würde. Aktuell seien die wenigen Kassentherapeutinnen und -therapeuten überlastet. Zudem seien einheitliche Zuweisungsstrukturen in den Bundesländern vonnöten. Es wurde auch der Wunsch geäußert, an Therapeutinnen und Therapeuten in PVE zuweisen zu dürfen.

Weiters kamen die Teilnehmer:innen der Fokusgruppe zu dem Schluss, dass für eine Zuweisung zur weiteren Versorgung die Organisationsform der Zusammenarbeit irrelevant sei. Sinnvoll wären eine Bündelung der Gesundheits- und Sozialberufe beispielsweise in einem Zentrum oder ein regionales Netzwerk, welches für die Versorgung der Patientinnen und Patienten in dieser Region zuständig sei. Die Anstellung bei den Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner:innen werde als nicht notwendig und aufgrund der angenommenen zu geringen Auslastung als nicht sinnvoll eingeschätzt. Auch um vermehrt Angebote in Hinblick auf Gesundheitsförderung anbieten zu können,

wäre insbesondere im ländlichen Bereich dieses Netzwerk Angehöriger von Gesundheits- und Sozialberufen sinnvoll, das verschiedene gesundheitsfördernde Programme oder Gruppen anböte, zu welchen man die Patientinnen und Patienten kostenlos überweisen könnte.

Die Teilnehmer:innen sprachen weitere Themen bezüglich der *Organisation in der Ordination sowie innerhalb der Versorgungsregion* an, die zur Entlastung der Ärztinnen und Ärzte und zur Erweiterung der Versorgung beitragen könnten. Die Delegation von Aufgaben, welche ärztliche Arbeitszeit binden, jedoch nicht zwingend von Ärztinnen und Ärzten erbracht werden müssen, an nachgelagerte Strukturen, beispielsweise im Sprengel, wurde dabei thematisiert. Als Idee mit vielfältigen Vorteilen wurde die Einführung einer zentralen Koordinierungs- und Beratungsstelle in der Region formuliert, die Kenntnisse hinsichtlich sozialer und gesundheitsfördernder Angebote besitze. Der Region bzw. dem Sprengel wären Vertreter:innen verschiedener Gesundheits- und Sozialberufe zugeordnet, wodurch ein adäquates Weiterverweisen von Patientinnen und Patienten möglich wäre. Durch Abstimmung der Öffnungszeiten und Vertretungstätigkeiten der Hausärztinnen und -ärzte könnten erweiterte Öffnungszeiten in der Region angeboten werden. Über die Beratungsfunktion hinaus könnte die Koordinierungs- und Beratungsstelle ähnlich dem PVE-Management koordinative und organisatorische Tätigkeiten für die Region sowie für die Hausärztinnen und -ärzte übernehmen. Diese Stelle könnte darüber hinaus Projekte auf Basis der regionalen Gegebenheiten konzipieren und koordinieren.

Bezüglich *digitaler Strukturen und Angebote* wurden die Terminordination, Dokumentationssysteme und die Weiterentwicklung von ELGA thematisiert. Für die Implementierung von Terminordinationen würden die Hausärztinnen und -ärzte aus Einzelordinationen Unterstützung für die höheren Personal- und EDV-Kosten erwarten. Ein Zusammenlegen der Dokumentationssysteme der Ordinationen beispielsweise im Sprengel wurde durch die Fokusgruppenteilnehmer:innen abgelehnt, da sie die Kontrolle darüber behalten möchten, auf welche Informationen zugegriffen werden kann. Das Schaffen einer Schnittstelle zum partiellen Freigeben der Dokumentation über die Einzelordination hinaus wird als niederschwellige Möglichkeit gesehen, um Informationen im Vertretungsfall auszutauschen. Aus Sicht der Hausärztinnen und -ärzte aus Einzelordinationen wäre es wünschenswert, diese Möglichkeit über ELGA zu schaffen sowie die ELGA um alle Befunde anderer Gesundheitsdienstleister:innen (niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte, Bildgebung etc.) zu erweitern.

Bezüglich der Kommunikation mit regionalen Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleistern wurde insbesondere die *Kommunikation* mit regionalen Anbieterinnen und Anbietern wie Pflegeheimen, Apotheken oder Angehörigen weiterer involvierter Gesundheits- und Sozialberufe wie z. B. Physiotherapeut:in als veraltet und aufwändig (Doppeldokumentation mit Pflegeheim etc.) beschrieben. Durch eine Verbesserung der Kommunikation mit nachgeschalteten Strukturen könne das ärztliche Arbeiten effizienter gestaltet werden. Zudem wurde ein verschlüsseltes Kommunikationstool mit Chatfunktion genannt, welches für die Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe sowie die Gesundheitseinrichtungen der Region verwendet werden könnte. Ein Tool zur Kommunikation mit Patientinnen und Patienten wird abgelehnt. Interprofessionelle Qualitätszirkel werden als positive Austauschmöglichkeiten in der Region gesehen. Für eine flächendeckende Durchführung würde eine finanzielle Abgeltung oder zumindest die Möglichkeit, solche Veranstaltungen mit Fortbildungspunkten zu versehen, gewünscht.

Innerhalb der Ordinationen stünden sie einem Mangel an Ordinationsassistentinnen und -assistenten gegenüber, wodurch die Veränderung des Angebots oder eine Struktur- und Prozessoptimierung kaum möglich wäre. Es wäre notwendig, deren Ausbildung zu attraktivieren. Bei den DGKP würden sie zur Überwindung des Konkurrenzverhältnisses mit Krankenanstalten finanzielle Unterstützung benötigen. Auch der Erweiterung um Allgemeinmediziner:innen in einem Anstellungsverhältnis stünden Barrieren wie der große Organisationsaufwand beispielsweise für die Genehmigung entgegen. Zudem wurde die Scheinselbstständigkeit bei selbstständigen Vertretungsärztinnen und -ärzten diskutiert und der Kollektivvertrag für Angestellte in niedergelassenen Ordinationen als unpassend für Ärztinnen und Ärzte erachtet. Es sei zum einen notwendig, einen unkomplizierten Umgang mit dieser Vertretungstätigkeit zu finden. Zum anderen sollte eine Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten unterschiedlichen Alters gefördert werden, um jungen Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner den Einstieg in die allgemeinmedizinische Praxis zu erleichtern.

Abschließend sprachen die Hausärztinnen und -ärzte in Einzelordinationen Themen rund um *gesetzliche Rahmenbedingungen und Regulatorien* an. Zum einen wünschen sie sich, dass das Primärversorgungsgesetz (PrimVG) als gesetzliche Grundlage für die Primärversorgung um hausärztlichen Einzelordinationen erweitert werde. Zum anderen forderten die Teilnehmer:innen das vermehrte Einbinden von Hausapotheken in die Versorgungsstrukturen, insbesondere in ländlichen Strukturen.

Zusammenführen und Diskussion der Ergebnisse

Für PVE-Patientinnen und -Patienten sowie PVE-Hausärztinnen und -ärzte bedeuten PVE ein erweitertes Versorgungsspektrum, dies deckt sich mit den Ergebnissen aus den Evaluierungsberichten sowie der Erwartung an PVE aus der Literaturanalyse. Aus Sicht der Hausärztinnen und -ärzte in Einzelordinationen ist ein Ausbau niederschwelliger und kostenloser Angebote im Bereich der Gesundheits- und Sozialberufe, insbesondere in ländlichen Regionen, notwendig, um allen Patientinnen und Patienten dieses breitere Versorgungsspektrum zugänglich machen zu können. Diese Leistungen können jedoch auch in nachgelagerten Strukturen angeboten werden.

Die Zugänglichkeit zu Gesundheitsdienstleistungen hat sich laut den befragten PVE-Patientinnen und -Patienten für sie verbessert, insbesondere aufgrund der erweiterten Öffnungszeiten. Dies wird einerseits gleichfalls durch die Ergebnisse der Evaluationsberichte aufgezeigt sowie andererseits auch von den PVE-Ärztinnen und -Ärzten angeführt und deckt sich mit den Erwartungen an PVE aus der Literaturanalyse.

In der Literatur werden Erwartungen beschrieben, dass durch PVE effizientere Versorgungsprozesse und eine Verbesserung der Versorgungsqualität ermöglicht werden. Dies scheint einerseits ebenfalls in den Ergebnissen der Evaluationsberichte sowie andererseits in den Erfahrungen der beiden Fokusgruppen PVE-Patientinnen/-Patienten und PVE-Ärztinnen/-Ärzte auf und wird beispielsweise auf bessere Systemkenntnis, gute Informationsweitergabe im Team und effizientere Nutzung der ärztlichen Kernkompetenzen zurückgeführt. Die Besinnung auf die ärztliche Kernkompetenz erachten auch die Hausärztinnen und -ärzte in Einzelordinationen als wichtig, welche die Delegation gewisser Aufgaben, beispielsweise an eine oder einen DGKP, als wünschenswert beschreiben.

Laut den Ergebnissen der Literaturanalyse wird erwartet, dass die strukturierte und interprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb einer PVE für Vertreter:innen der Gesundheits- und Sozialberufe attraktiv ist und insbesondere Ärztinnen und Ärzte entlastet. Diese Erwartung deckt sich mit den berichteten Erfahrungen der PVE-Ärztinnen und -Ärzte aus der Fokusgruppe sowie mit den Ergebnissen der Evaluationsberichte. Dass sich die Zufriedenheit für Ärztinnen und Ärzte in einer PVE verbessern könnte, wird von den befragten Hausärztinnen und -ärzten in Einzelordinationen nicht thematisiert.

Laut der gesichteten Literatur besteht eine grundlegende Erwartung an PVE darin, dass sie personen- bzw. patientenzentriert agieren und sich an den Bedürfnissen der Bevölkerung im Einzugsgebiet orientieren. Diese Erwartung wird laut den befragten PVE-Patientinnen und -Patienten sowie den Ergebnissen der Evaluationsberichte erfüllt. Die Gruppe der PVE-Hausärztinnen und -ärzte unterstreicht die Patientenorientierung der PVE ebenfalls, beispielsweise würden die personellen Ressourcen und die Expertise des PVE-Teams es ermöglichen, den Wünschen der Patientinnen und Patienten hinsichtlich verschiedener gesundheitsrelevanter Themen nachzukommen, was früher in einer Einzelordination nicht möglich gewesen sei.

Die Erwartung, dass PVE einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit der österreichischen Bevölkerung sowie eine Steigerung ihrer Gesundheitskompetenz bewirken werden, wird in der Literaturanalyse aufgezeigt. PVE sollen durch ein umfassenderes Versorgungsangebot und eine Qualitätssteigerung, etwa durch Kontinuität der Betreuung und interprofessionelles Zusammenwirken, eine Verbesserung in der gesundheitlichen Versorgung der Allgemeinbevölkerung und insbesondere in jener von Kindern, Jugendlichen, chronisch Kranken und älteren Menschen bieten. PVE-Hausärztinnen und -ärzte sehen diese Veränderung in der Praxis insbesondere durch das erweiterte Team umgesetzt, beispielsweise durch Vorträge zum Thema Demenz für Angehörige, Bewegungsgruppen und Ernährungsschulungen. Die befragten PVE-Patientinnen und -Patienten sehen zwar eine Veränderung der eigenen Gesundheitskompetenz, behandelten dieses Thema jedoch nicht tiefgehender.

Die Literaturanalyse deutet darauf hin, dass die PVE nicht nur einen allgemein verbesserten Zugang zur Gesundheitsversorgung bewirken, sondern infolge des niederschweligen Zugangs explizit einen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit leisten. Die im Rahmen der Fokusgruppe befragten PVE-Ärztinnen und -Ärzte bestätigen diese Erwartung. Insbesondere für psychosozial belastete Patientinnen und Patienten bringe die Betreuung in einer PVE Vorteile, beispielsweise durch das erweiterte Angebot rund um Psychologie, Psychotherapie, Soziale Arbeit und Social Prescribing.

Die Literaturanalyse zeigt auf, dass PVE als fortlaufend lernende und sich weiterentwickelnde Organisationen betrachtet werden, hierzu zählt beispielsweise eine elektronische und multiprofessionelle Patientendokumentation in puncto Leistungen und Diagnosen. Die PVE-Patientinnen und -Patienten aus der Fokusgruppe nehmen die Veränderung hin zu einem Mehr an „unkomplizierten“ telemedizinischen Angeboten in den PVE als positiv wahr. Besonders hervorgehoben wurden die Möglichkeit der Onlineterminvereinbarung sowie telemedizinische Konsultationen. Telemedizinische Angebote wurden durch die PVE-Ärztinnen und -Ärzte nicht explizit angesprochen, die Informationskontinuität durch die gemeinsame Patientendokumentation wird jedoch als großer Vorteil

gesehen. Für Hausärztinnen und -ärzte in Einzelordinationen ist eine Umstellung auf eine Terminordination denkbar – aufgrund des höheren personellen bzw. EDV-Bedarfs jedoch nur im Falle einer finanziellen Unterstützung. Eine gemeinsame Dokumentation, beispielsweise der Hausärztinnen und -ärzte des Sprengels, um im Vertretungsfall auf alle relevanten Patienteninformationen zugreifen zu können, wird abgelehnt. Eine Schnittstelle bzw. ein Ausbau von ELGA wird für diesen Zweck jedoch als sinnvoll bewertet und gewünscht.

Sowohl in der Literatur als auch seitens der PVE-Ärztinnen und -Ärzte werden als negative Folgen der Arbeit in der PVE ein empfundener Machtverlust hinsichtlich Entscheidungsfindungen und ein höherer organisatorischer Aufwand, z. B. für die Kommunikation im Team, genannt. Hinsichtlich der Beziehung zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten wird in der Literatur befürchtet, dass aufgrund der Größe des PVE-Teams der persönliche Bezug zu den Patientinnen und Patienten verloren gehen könnte. Diese Erwartung deckt sich mit der Annahme der befragten Hausärztinnen und -ärzte in Einzelordinationen, dass die Versorgung in einer PVE unpersönlicher sei. Diese Erwartungen konnten durch die Fokusgruppen der PVE-Patientinnen und -Patienten sowie der PVE-Ärztinnen und Ärzte nicht bestätigt werden. Beide Gruppen geben an, dass die Organisationsform für die Beziehung keinen großen Unterschied bedeute und, auch wenn ein unkomplizierter Wechsel der Ärztinnen und Ärzte möglich sei, diese Möglichkeit nur selten genutzt werde und die meisten Patientinnen und Patienten gerne zu ihrer Vertrauensärztin bzw. ihrem Vertrauensarzt gehen würden. Dies deckt sich auch mit den Ergebnissen der Evaluationsberichte.

Weitere von den Hausärztinnen und -ärzten in Einzelpraxen genannte Themen waren die Förderung der Hausapotheken sowie der Wunsch, dass das PrimVG auch die hausärztlichen Einzelordinationen einbeziehen sollte.

Handlungsoptionen

Im Rahmen des Workshops zur Ableitung potenzieller Handlungsoptionen aus der Perspektive des Steering Committee wurden insgesamt 13 Handlungsoptionen formuliert. Es handelt sich hierbei lediglich um abgeleitete Optionen. Diese bedürfen jedenfalls weiterer Evaluierung im Anlassfall und stellen daher keine Grundlage für eine Finanzierung durch die Sozialversicherung dar.

Handlungsoption 1: Langfristige Finanzierung von Gesundheitsförderung durch Kooperationsprojekte

Bezüglich Angeboten der Gesundheitsförderung wurde in den beiden Fokusgruppen mit Hausärztinnen und -ärzten sowie Patientinnen und Patienten aus PVE deutlich, dass vor allem die Angehörigen der weiteren Gesundheits- und Sozialberufe neben Ärztinnen und Ärzten gesundheitsfördernd tätig sind. Hausärztinnen und -ärzte aus Einzelordinationen haben aufgrund ihrer Organisationsstruktur nicht die Möglichkeit, auf solch ein Team in ihrer Organisation zurückzugreifen. Es wurde jedoch der Wunsch des Weiterverweisens an nachgelagerte Strukturen mit diesen Berufsgruppen geäußert, ohne dass für Patientinnen und Patienten Kosten wie bei niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten ohne Kassenvertrag aufträten. Die definierte Handlungsoption 1 zielt darauf ab, den Zugang zu gesundheitsfördernden Angeboten für Patientinnen und Patienten

durch eine langfristige Finanzierung von Kooperationsprojekten mit Angehörigen weiterer Gesundheits- und Sozialberufe zugänglicher zu gestalten.

Handlungsoption 2: Einrichtung regionaler Koordinierungs- und Beratungsstellen in Sachen soziale und gesundheitsfördernde Angebote, die gleichzeitig als Vernetzungsstellen für regionale Versorgungsanbieter:innen (inkl. Ärztinnen und Ärzten) dienen, in strukturdiversen Bezirken unterschiedlicher Bundesländer (Vorschlag zur Umsetzung als Pilotprojekte im Rahmen der jeweiligen Landes-Zielsteuerung)

Handlungsoption 3: Wissen um Kompetenzen und Aufgabenfelder der weiteren Gesundheits- und Sozialberufe an (zukünftige) Allgemeinmediziner:innen vermitteln.

Dabei ist es wichtig, möglichst früh in der Ausbildung anzusetzen – im Idealfall erfolgt dies bereits im Studium.

Handlungsoption 2 und 3 setzen daran an, das Wissen von (zukünftigen) Allgemeinmediziner:innen/-mediziner:innen in puncto Kompetenzen und Aufgabenfeld anderer Gesundheits- und Sozialberufe zu erweitern. Aufgrund der bisher monoprofessionellen Arbeitsweise in der Primärversorgung ist der Einbezug Angehöriger weiterer Gesundheits- und Sozialberufe neu und das Wissen um deren Aufgabenbereiche eingeschränkt vorhanden. Dies würde die Lotsenfunktion von Hausärztinnen und -ärzten in der Region behindern. Ziel dieser Handlungsoptionen ist es, das Wissen um diverse Angebote des Gesundheits- und Sozialbereichs in der Region zu bündeln, umfassend zugänglich zu machen und die Vermittlung des passenden Angebots zu unterstützen. Hierfür sollen die Koordination bzw. Lotsenfunktion in der Versorgungslandschaft der Region gestärkt und die Kompetenzen zukünftiger Allgemeinmediziner:innen erweitert werden.

Handlungsoption 4: Versorgungsaufträge auf regionaler Ebene festlegen und Rollen sowie zugehörige Zuständigkeiten der in der Region tätigen Versorgungsanbieter:innen für ihre Erfüllung klar definieren

Handlungsoption 5: Versorgungsanbieter:innen der öffentlichen Gesundheitsversorgung/ Sachleistungsversorgung nutzerfreundlich und österreichweit darstellen

Handlungsoption 6: Empfehlungen für ein österreichweit einheitliches Basisaufgabenpaket für hausärztliche Einzelordinationen in Hinblick auf die Fachärztin / den Facharzt für Allgemein- und Familienmedizin

Die Handlungsoptionen 4, 5 und 6 behandeln die Themen der regionalen Versorgungsaufträge sowie der Versorgungslandschaft. Den Versorgungsauftrag auf eine regionale Ebene zu heben baut auf dem Wunsch der Hausärztinnen und -ärzte in Einzelordinationen auf, an nachgelagerte Strukturen zu verweisen. Damit die regionalen Versorgungsanbieter:innen trotz eigenständiger Organisationsformen durch Selbstständigkeit gemeinsam ein breites Leistungsspektrum anbieten

können, bedarf es der Definition klarer Zuständigkeiten. Zudem sei die nutzerfreundliche Darstellung aller Versorgungsanbieter:innen der Region hilfreich. Um grundlegende Angebote sicherzustellen, wurde die Definition eines österreichweit einheitlichen Basisaufgabenpakets für hausärztliche Einzelordinationen durch das Steering Committee als sinnvolle Handlungsoption beschrieben.

Handlungsoption 7: Erweiterte Öffnungszeiten in der Region gewährleisten: Pilotregionen incentivieren, indem die Etablierung von Terminmodulen in Ordinationen finanziell unterstützt wird

Handlungsoption 7 basiert auf dem von Patientinnen und Patienten aus PVE in der Fokusgruppe geäußerten Vorteil der Terminordination. Als Hindernis thematisierten die Hausärztinnen und -ärzte aus Einzelordinationen die Kosten für entsprechende Module in der Ordinationssoftware. Das Steering Committee ortete Synergien zwischen der Organisation der Terminordination sowie erweiterten Öffnungszeiten mit Blick auf die Versorgungsregion und formulierte die genannte Handlungsoption.

Handlungsoption 8: Erweiterung von ELGA um z. B. Patient-Summary, Ausdehnung der Inhalte, Suchfunktion, Dokumentation in Pflegeheimen, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen etc.

Handlungsoption 9: Umsetzung von und Teilnahme an Qualitätszirkeln incentivieren (z. B. DFP, finanzielle Unterstützung)

Die Handlungsoptionen 8 und 9 basieren auf genannten Herausforderungen für Hausärztinnen und -ärzte rund um das Thema Kommunikation mit verschiedenen Versorgungspartnerinnen und -partnern. Hausärztinnen und -ärzte aus PVE hoben die Vorteile des Austauschs im Team sowie die Informationskontinuität durch das gemeinsame Dokumentationssystem hervor. Die Hausärztinnen und -ärzte aus Einzelordinationen sprachen sich vor allem für eine Optimierung der Kommunikationsstrukturen (Schnittstellen, Tools, ELGA) mit externen Partnerinnen und Partnern aus, um Informationen ohne Mehraufwand austauschen zu können. Um die Kommunikation mit Versorgungspartnerinnen und -partnern (niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten, Pflegeheimen etc.) zu unterstützen, wurde zum einen die Weiterentwicklung von ELGA und zum anderen die Incentivierung multiprofessioneller Qualitätszirkel in der Region formuliert.

Handlungsoption 10: Warteschleife, Rückrufoption/-liste, Terminerinnerung, Terminvereinbarungssystem in Ordinationen gewährleisten

Handlungsoption 10 bezieht sich auf die positiven Erfahrungen von Patientinnen und Patienten aus PVE mit den erweiterten digitalen Angeboten. Das Ziel der Handlungsoption 10 ist, auch in der Interaktion mit den Patientinnen und Patienten die digitale Zugänglichkeit, die Koordination und die Kontinuität der Versorgung zu verbessern.

Handlungsoption 11: Niederschwellig zugängliche Beratungsleistungen, z. B. betreffend Anträge für Pflegegeld und Rezeptgebührenbefreiung, österreichweit etablieren (z. B. Case-Management, Community Nurses)

Die Handlungsoption 11 basiert auf dem positiv bewerteten Effekt der Zusammenarbeit mit Angehörigen unterschiedlicher Gesundheits- und Sozialberufe, wobei von PVE-Hausärztinnen und -ärzten auch der erhöhte Zeitaufwand thematisiert wurde. Vor allem die Delegation von Tätigkeiten insbesondere an Berufsgruppen, welche einen Beitrag zu niederschwellig zugänglichen Beratungsleistungen erzielen könnten, wie diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen sowie Ordinationsassistentinnen/-assistenten würde zu einer Entlastung der Hausärztinnen und -ärzte führen und die Konzentration auf die ärztlichen Kernkompetenzen ermöglichen.

Handlungsoption 12: Ausbau der Disease-Management-Programme zur Förderung der Gesprächsmedizin

Handlungsoption 13: Umbenennung des PrimVG in Gesetz für PVE

Die Handlungsoptionen 12 und 13 basieren auf Bedarfen von Hausärztinnen und -ärzten aus Einzelordinationen in Bezug auf Rahmenbedingungen auf Systemebene. Die Hausärztinnen und -ärzte aus Einzelordinationen thematisierten zum einen die Stärkung der Gesprächsmedizin und zum anderen die Anpassung der Formulierung des Primärversorgungsgesetzes, da sich dieses ausschließlich auf PVE bezieht.

Schlüsselwörter

Einzelordination, Erfahrungen, Erwartungen, Gesundheitsreform, Hausärztin/-arzt, Primärversorgungseinheit, Praxis, Primärversorgung

Summary

Background/Subject/Research Question

Recent health system reforms in Austria have focussed to expand the primary health care system by multiprofessional primary health care units (PHCU) where two or more GPs collaborate with other allied health professionals. Since the beginning of the reform in 2013 there has been various activities (concepts, studies and other projects) to support the development of primary health care units. However, in Austria there is a need for action to support primary care as the first level of care within the health care system. Based on the objective of strengthening primary health care in Austria in total the Main Association of the Austrian Social Health Insurance Funds initiated together with the Austrian National Public Health Institute the project “Options for action for single-handed GP practices”. The purpose of the project is to utilise the intensive efforts and preparatory work done alongside the primary health care reform to establish PHCUs also for single-handed GP practices. The project team defined the following main- and sub-questions:

Main question: How did PHCUs change patient care and the working conditions of GPs so far and what could be transferred to single-handed GP practices for empowerment?

1. Which hypotheses on the change in patient care and the working conditions of GPs in PHCUs are already documented?
2. How did PHCUs change patient care and working conditions of GPs from the perspective of GPs in PHCUs?
3. How has patient care changed from the perspective of patients of PHCUs?
 - a) With a view to a general strengthening of primary care: How could changes identified by general practitioners and patients be applied to single-handed GP practices?
 - b) Which of the changes are desirable from the point of view of GPs from single-handed GP practices?
4. Based on the results, which options for action arise for the representatives of the social health insurance (SHI) funds system to strengthen single-handed GP practices?

Methods

A triangulation of different methods is used to answer the questions.

A steering committee consisting of representatives from Umbrella Association of the Austrian Social Health Insurance Funds, the SHI major fund (ÖGK), the fund for self-employed people and farmers (SVS) as well as the SHI fund for civil servants and railway workers (BVAEB) provides strategic support and expertise for the project.

Document analysis

Documents were collected and analysed to identify written hypotheses about changes in patient care and GP working conditions in PHCUs. The aim of the document analysis was to collect and analyse the expectations of and experiences gained within PHCUs. Since many PHCU related documents form the conceptual basis for the establishment of PHCUs, they primarily formulate expectations for changes in patient care and the working conditions of GPs. Some evaluation reports and studies add experiences with and measures for PHCUs. The heterogeneous (format, authors, clients) data pool was created by requesting experts from the umbrella organisation of social insurance institutions, Austrian Social Health Insurance Funds, the SHI major fund (ÖGK), the fund for self-employed people and farmers (SVS), the SHI fund for civil servants and railway workers (BVAEB) and the Austrian National Public Health Institute (GÖG). In addition, a focussed search for documents in Pubmed was carried out. 303 documents created in the period 2010–2022 were catalogued in an Excel database and then reduced to 148 using a systematic inclusion/exclusion process based on a lexical search for terms relating to PHCUs. In a second step, the number of documents was reduced to 87 after filtering for relevance to the research question.

Focus groups

To explore changes in patient care and the working conditions of GPs in PHCUs, focus groups were conducted with patients and GPs from PHCUs. The results of the document analysis were served as the basis to create guidelines for the focus groups. We chose the focus group method to generate a variety of insights from the participants through a mutual exchange and confrontation of perceptions, opinions and ideas.

For the focus group with the **GPs in PHCUs**, theoretical sampling was carried out according to defined criteria (city/country, gender, age) in order to achieve the most diverse sample possible. People were researched and contacted by email and telephone. All participants signed a declaration of consent for the recording and use of the anonymised data. The focus group took place online via Zoom. During the focus group, the documentation took place in the online whiteboard Miro, where the changes addressed were clustered by topic area. The participants prioritised the changes that were most important to them at the end of the focus group. By listening to the recording, the results were concretised and, if necessary, complemented.

A mixture of convenience sampling and purposeful sampling was chosen as the method for recruiting **patients from PHCUs**. The participants had to fulfil defined criteria regarding gender, age and parental status. It was mandatory that the patients are at age of 18 years at minimum, were being treated in a PHCU and had previously received treatment in a single-handed GP practice. As the focus group took place on the premises of the Austrian National Public Health Institute (GÖG), PHCUs in Vienna and Lower Austria were asked to approach patients about participating in the focus group. All those who agreed to participate were contacted by the project team. They also signed the consent form for the recording. This focus group was also documented in the process. Changes experienced by the participants were written on moderation cards and fixed to the wall according to topic. At the end, the participants chose their five most relevant changes.

The results of these two focus groups served as the basis for the third focus group with GPs from single-handed practices how the identified changes in PHCUs may be utilised for their type of organisation. To attract GPs from diverse federal states a call for participation was made via the Austrian Society of General Practice and Family Medicine (ÖGAM) and its regional organisations as well as in Facebook groups. Convenience sampling was used for this focus group. The sample should be balanced in terms of age, gender and origin (urban/rural), in line with the focus group with GPs from PHCUs. Recommended GPs or those who expressed interest were contacted by the project team and supplied with necessary information and documents after their confirmation of participation (declaration of consent to record and process the data). This third focus group was also conducted online via Zoom and the results were documented in Miro and completed by audio recordings.

Results/Findings

Document analysis

During the document analysis the project team developed categories out of the 87 included documents with regard to (1) formulated expectations on PHCUs and (2) measures for the development of PHCUs. (3) Experiences were extracted from evaluation reports and one journal articles. The included documents at most are concept papers, planning documents and scientific studies. They mainly provide arguments for PHCUs to tackle health challenges of the society. The included documents also contain articles or statements formulated by professional associations or lobbying institutions.

Expectations: One of the main expectations revealed by the document analysis is that PHCUs contribute to relieve the burden on secondary and tertiary care, which in turn would have health economic effects. Secondly, it is expected that PHCUs would contribute to an increase in efficiency and, together with the relief of other care levels, would reduce high healthcare expenditure. Increasing the quality of care is the third expectation on PHCUs, which emerges from care supply orders, quality criteria and other documents on requirements. Furthermore, PHCUs should increase the attractiveness of the working field for the various professionals working in primary care. In addition to these three strong focal points, expectations are also expressed, albeit less frequently, that PHCUs would contribute to greater health equity. In addition to greater accessibility regarding time and information for all people (longer opening hours, information about the range of services on the website, etc.) PHCUs would focus on vulnerable groups by actively approaching them. PHCUs are also expected to increase innovation and transparency within the system, as more health and social professions would be trained in multi-professional PHCUs, cooperation within the PHCU and between stakeholders would be intensified and innovative care concepts would be implemented in practice. Transparency should be increased above all through revised documentation and financing systems that are tested in practice and improve planning. Rarely mentioned negative expectations relate to concerns about the deterioration in the quality of patient care due to centralised care and longer distances in rural areas, cost increases due to PHCUs and the threat to the GP model, particularly due to the loss relationship to a “personal” GP.

Recommendations from the literature analysis on the implementation of PHCUs deal with the demand to develop concrete change management measures and reform strategies at the system level regarding regulations and health care planning. Regarding interprofessional collaboration it is mentioned that a specification and expansion of the health and social professionals' competences is needed. Additional recommendations for actions on system level are tighter and more coordinated cooperation of affected stakeholders, an active corporate information on PHCUs and the harmonization of service catalogues. Furthermore, the equalization of health professionals e.g. nurses and dieticians to physicians in the General Social Insurance Act was mentioned in analysed documents. With focus on training of health professionals, international standards are cited above all as role models and emphasis is placed on practice-orientated and interprofessional training as well as lessons on general practice within medical studies. Regarding the founding process of a practice in primary care, the document analysis revealed recommendations on more flexibility in start-up phase, exchange formats as well as support and counselling measures for the founders of PHCUs. Recommendations concerning primary care processes in practice focus on measures to strengthen the navigation and coordination function. These include the coordination of external appointments for patients of PHCUs, interprofessional exchange and process management as well as the increase of transparency regarding offered services and health information. The results of the literature analysis also call for a stronger focus on health promotion and literacy as well as adding social prescribing as a standard service in the Austrian Structural Plan for Healthcare. Another recommendation is dedicated to the expansion of paediatric PHCUs.

Experiences from PHCUs has been gained in recent years based on evaluations of PHCUs in the federal states of Lower Austria and Styria as well as the PHCU "Medizin Mariahilf" in Vienna. It was found that the extended range of services and long opening hours were particularly well received by patients. In many cases patients can be treated conclusively within the PHCU thanks to the extensive range of services. To a certain extent, this can also relieve the burden on downstream healthcare structures, especially specialists and hospital outpatient clinics. Positive experiences are seen regarding care of chronically ill patients in PHCUs reflecting in high participation numbers of patients with diabetes in the national disease management programme. Furthermore, patients in PHCUs are less likely to have polypharmacy. The shorter waiting times on site in PHCUs are also given as a reason to switch to these facilities. PHCU patients rate the quality of the conversation with the team of the PHCU as very high. The evaluation results from the PHCU "Medizin Mariahilf" in Vienna, Lower Austria and Styria show positive ratings by patients. 9 out of 10 respondents from Lower Austria, Styria and PHCU "Medizin Mariahilf" would recommend PHCUs to relatives, friends and colleagues. Employees of PHCUs also expressed a high level of job satisfaction at their facilities.

Focus groups

Seven people from Vienna, Lower Austria, Upper Austria and Salzburg took part in the **focus group with GPs of PHCUs**. Three of them were women and four men. The central question of the focus group dealt with changes perceived by the GPs in PHCU compared to their working environment in a single-handed GP practice. Other questions focussed on topics relating to provided services,

work satisfaction, relationships and health literacy. A total of 110 different changes were mentioned by the participants. The prioritisation resulted in twelve positive and two negative perceived changes, which can be differentiated whether they affect GPs or patients in PHCU.

The participants prioritised the following five *positive changes for GPs in PHCU*:

- » Professional exchange with doctors and healthcare professionals
- » More time to provide medical services
- » More leisure time
- » Enjoy teamwork
- » Relief by colleagues

Participants prioritised the following seven *positive changes for patients in PHCU*:

- » Extended opening hours and security of healthcare supply (improved access)
- » Multi-professionalism and involvement of other healthcare professions
- » Professionalisation and process optimisation (increasing the quality of care)
- » Increased health literacy
- » Improved offering: service expansion on social work
- » Improved offering: expansion on services of dieticians
- » care provision under one roof

The participants prioritised the following two *negative changes for GPs in PHCU*:

- » Increased need for communication and more difficulty in decision-making
- » Financial loss due to costs for the expanded team

Five people took part in the **focus group with patients in PHCU**, three of whom were women and two men. Two people were PHCU patients in Vienna and three in Lower Austria. The central question of the focus group targeted on perceived changes by being treated as a patient in a PHCU compared to single-handed or group practices in primary care previously. A total of 104 changes were mentioned by the participants and summarised in the three categories “Professionalisation of care provision”, “Advanced interprofessional collaboration and networks” and “Optimised time resources”.

Professionalisation of care provision: The progress of professionalisation in care is one of the key changes described by patients of PHCU. Participants cite this, for example, in the more comprehensive range of services such as on-site blood sampling, direct referral for further treatment or examination and the expanded range of services offered by the various healthcare professions. Furthermore, the patients mentioned in this context an advanced expertise of the GPs and a stronger focus on evidence-based work. Synergies within the team are also mentioned as beneficial factors for the professionalisation of care provision. The combination of older doctors’ practical experience and younger doctors’ up-to-date, well-founded medical knowledge would be an enrichment within the team of the PHCU.

Advanced interprofessional collaboration and networks: One of the biggest changes mentioned by the focus group participants was the increase in interprofessional care because of the various

health and social professions as part of the PHCU team, compared to the mono-professional single-handed or group practices of GPs. According to the patients, consultation within the team is easier because the circumstances allow for informal discussions “between door and door” and thus leads to increased teamwork and exchange between the different professionals. In general, it makes it easier to find the service which fits to the personal need – both within and outside the PHCU – and this avoids complex searches by patients themselves. It appears that the team members of the PHCU are better included in professional networks and show more extensive knowledge on the healthcare system. Overall, patients would benefit from these changed processes and good coordination.

Optimised time resources: The focus group cites the optimised time resources as a major change and names them as an advantage for individual care. Thanks to improved processes and more efficient organisational structures within the PHCU, the GPs and the extended team are relieved and can take more time for individual patient consultations, giving them the feeling that they are really “heard” by the GP. The well-functioning structures and processes allow appointments to be made more quickly and reduce waiting times on site, which also means that the waiting rooms are less “crowded” than in single-handed or group practices of GPs. Because of that the patients expressed feeling less stressed about having to address the most important issues quickly during the consultation and have more “cognitive resources” for the doctor’s consultation to better address their concerns. In general, the extended opening hours of the PHCUs make it easier for working people to get health care. In summary, the patients reported perceived optimisation of time resources by an increase of efficiency and interpret these circumstances as an improvement in quality.

A total of eleven GPs from seven federal states (Vienna, Lower Austria, Upper Austria, Styria, Carinthia, Salzburg and Tyrol) took part in the **focus group with GPs from single-handed practices**. Of these, six were women and five were men. In this focus group, the perceived changes in PHCUs identified in the previous focus groups acted as a basis to discuss their relevance and feasibility regarding implementation in single-handed GP practices. Since the GPs rated many perceived changes from PHCU as already being implemented or not relevant for single-handed GP practices the concept became adapted. The further discussion was focused on the convergence of single-handed practices and PHCU as well as options for developing single-handed practices.

The focus group participants were in favour of *expanding the range of services in single-handed practices in line with PHCUs by expanding the remuneration service catalogue*, especially services of dieticians, social workers and nurses. Patients would be referred more frequently to dieticians or social workers if consultations would be for free and comprehensively accessible in Austria. However, as long as single-handed GP practices are not provided with the same resources and options as a PHCUs, care will be “worse” in this respect, according to the focus group participants.

To facilitate access to existing supply within the public health system, it would also be necessary to expand and financially incentivise contracts of therapists with the SHI funds, corresponding to the participants reports. Psychotherapy, physiotherapy, occupational therapy and speech therapy were mentioned in this regard. The participants seem to agree that low-threshold, free access to a regional network of healthcare and social professions with short waiting times and who are easy

to reach would make an important contribution to high-quality patient care. As described by the GPs, there are only a few therapists under contract with SHI funds, but these are overworked. In addition, standardised referral structures are needed in the federal states. The GPs also expressed the wish to refer patients to therapists in PHCUs.

Furthermore, from the perspective of the focus group participants the way of collaboration is irrelevant for referrals between different professionals. They considered an employment of the professionals at the GP practice as not necessary as well as not applicable due to the small number of commissioning in single-handed GP-practices. They suggested to bundle the health and social professions, for example in a centre or a regional network and give access to GPs in the region for referrals. This entity would hold the mandate of care for the defined region. To be able to offer more health promotion services, this network of health and social professions would also be useful, especially in rural areas, offering various health-promoting programmes or groups to which patients could be referred free of charge.

The participants raised further topics relating to the *organizational structures and processes within the practice as well as in the supplying region* to relieve the burden on GPs and expand the range of services. They mentioned the delegation of tasks to downstream structures within the supplying region, that tie up GPs' working time but do not necessarily have to be performed by GPs. The establishment of a centre competent for coordination and giving advice on social and health-promoting questions was described as an option with various benefits. Different health and social professions would be assigned to the supplying region and allow adequate referral of patients to the best point of service. This unit could also coordinate the opening hours of the regional GPs to offer extended opening hours within the region. In addition to the advisory function, this unit could take on coordinative and organisational activities for the region and the GPs, like PHCU management. It could also allow the roll-out of well-coordinated projects in the supplying region.

Regarding *digital structures and services*, appointment scheduling, documentation systems and the further development of the national electronic health record ("ELGA") were discussed. GPs from single-handed practices would expect support for the higher personnel and IT costs for the implementation of appointment scheduling. The focus group participants rejected the idea of merging the documentation systems of the practices, for example in the supplying region, as they would like to retain control over what information can be accessed. Sharing a patient summary beyond practice is seen as a low-threshold option for exchanging information in case of substitution. From the point of view of GPs from single-handed practices, it would be desirable to create this patient summary via the national electronic health record and to expand the tool by including all medical reports from other healthcare providers (specialists in ambulatory care, imaging, etc.).

Regarding *communication* with regional healthcare providers, especially exchange with nursing homes, pharmacies or other health and social professions, such as physiotherapy, was described as outdated and time-consuming (double documentation with nursing homes, etc.). By improving communication with downstream structures, medical work could be organised more efficiently. In addition, an encrypted communication tool including a chat function was mentioned as potentially helpful for health and social professions as well as the healthcare facilities in the supplying region.

A communication tool with patients was rejected. Interprofessional quality circles are seen as positive opportunities for exchange in the supplying region. Financial compensation or at least the possibility of awarding continuing education points for such events would be desirable for their widespread implementation.

The participants complained about a shortage of practice assistants, which would make it almost impossible to change services or optimise structures and processes. As one solution, they mentioned more attractive trainings for practice assistants. Regarding nurses they described to compete with financially stronger hospitals and therefore they are in need for financial support. The inclusion of general practitioners in an employment relationship would also face barriers such as the great organisational effort required for approval. In addition, the participants discussed the “pseudo-self-employment” status of self-employed locum doctors and criticised the collective agreement for employees in practices as unsuitable for doctors. Therefore, they stated the need for an easier way to include locum doctors as well as the relevance of the cooperation between doctors of different ages to encourage young, trained GPs to work within a contract with the SHI.

Finally, the GPs in single-handed practices addressed issues relating to the *legal framework and regulations*. Firstly, they would like to see the Primary Health Care Act (PrimVG) extended by including single-handed GP practices beside PHCU in the law. Secondly, the participants called for the increased integration of pharmacies into GP practices lead by themselves, particularly in rural areas.

Summary and discussion of the results

For patients and GPs of PHCUs this organisational form of PC means an expanded spectrum of services, which is in line with the results of the evaluation reports and the expectations of PHCUs from the literature analysis. From the perspective of GPs in single-handed practices, an expansion of low-threshold and free services for healthcare and social professions, especially in rural regions, is needed in order to make this broader spectrum of care accessible to all patients.

According to the patients of PHCUs, accessibility to healthcare services has improved, particularly due to the extended opening hours. This is shown on the one hand by the results of the evaluation reports, and on the other hand by the patients and GPs of PHCUs and is in line with the expectations from the literature analysis on PHCUs.

The literature describes expectations that PHCUs will enable more efficient care processes and an improvement in the quality of care. This was also a result of the evaluation reports as well as of the two focus groups with patients and GPs of PHCUs. They experienced efficient processes and high quality for example through GPs with better knowledge of the system, good information transfer within the team and more efficient use of doctors’ core competences. Focusing on the doctor’s core competences is also considered important by GPs of single-handed practices, and the delegation of certain tasks, for example to a nurse, is described as desirable.

According to the results of the literature analysis, it is expected that structured and interprofessional collaboration within a PHCU is attractive for health and social professions and relieves the

burden on GPs in particular. This expectation is in line with the reported experiences of GPs in PHCUs from the focus group and the results of the evaluation reports. The fact that satisfaction could improve for doctors in a PHCU was not addressed by the GPs interviewed in single-handed practices.

According to the literature reviewed, a fundamental expectation on PHCUs is that they should be person- and patient-centred and oriented towards the needs of the population in the catchment area. According to the interviewed patients of PHCUs and the results of the evaluation reports, this expectation is fulfilled. The group of GPs in PHCUs also emphasises the patient orientation of the PHCU, for example, the personnel resources and expertise of the team make it possible to meet the demands of patients with regard to various health-related topics, which was previously not possible in a single-handed practice.

The expectation that PHCUs will contribute to improving the health of the Austrian population and increasing health literacy is demonstrated in the literature analysis. By offering a more comprehensive range of services and improving quality, for example through continuity of care and interprofessional collaboration, PHCUs are expected to improve healthcare for the general population and in particular for children, adolescents, the chronically ill and the elderly. GPs of PHCUs see this change being implemented in practice, particularly by the extended team, for example through lectures on dementia for relatives, exercise groups and nutritional training. Although the interviewed patients of PHCUs saw a change in their own health literacy, they did not deal with this topic in any greater depth.

The literature analysis suggests that PHCUs not only generally improve access to healthcare, but also explicitly contribute to health equity as low-threshold access. The interviewed doctors of PHCUs confirm this expectation. For psychosocially burdened patients in particular, care in a PHCU would bring advantages, for example through the expanded range of services provided by psychologists, psychotherapists, social workers and link workers.

The literature analysis shows that PHCUs are seen as continuously learning and evolving organisations, including, for example, electronic and multi-professional patient documentation of services and diagnoses. The patients of PHCUs from the focus group have a positive perception of the change towards more “uncomplicated” telemedicine services in the PHCU. The possibility of online appointments and telemedical consultations was particularly emphasised. Telemedicine services were not explicitly addressed by the GPs of PHCUs, but the continuity of information through shared patient documentation is seen as a great advantage. For GPs in individual practices, a switch to appointment coordination is conceivable, but this would only be possible with financial support due to the higher personnel and IT costs. Joint documentation, for example of the GPs in the supplying region, in order to be able to access all relevant patient information in case of a substitution, is rejected. However, a patient summary via the national digital health record is considered reasonable and desired for this case.

Both in the literature and by GPs of PHCUs, a perceived loss of power with regard to decision-making and a higher organisational effort, e.g. for communication within the team, is mentioned as a negative consequence of working in the PHCU. Regarding the relationship between doctors and

patients, there are fears in the literature that the personal relationship with patients could be lost due to the size of the team. This expectation is in line with the assumption of the GPs surveyed in single-handed practices, as they assumed that primary care in a PHCU is more impersonal. These expectations were not confirmed by the focus groups of patients and GPs of PHCUs. Both groups stated that the organization of a PHCU does not make a big difference to the relationship. Furthermore, an uncomplicated change to another GP within the organization is possible, but this option is rarely used and most patients would like to go to their trusted doctor. This is also consistent with the results of the evaluation reports.

Other topics mentioned by GPs in individual practice were the expansion of pharmacies within GP practices and the wish that the Primary Health Care Act should also address single-handed GP practices.

Options for action

Based on the results of the document analysis and focus groups a workshop took place to derive potential options for action from the perspective of the Steering Committee. As a result, a total of 13 options for action were formulated. These are merely derived options and will in any case require further evaluation if necessary. They also do not provide a foundation for funding by the SHI group.

Option for action 1: Long-term financing of health promotion through cooperation projects.

With regard to health promotion services, it became clear in the two focus groups with GPs and patients from PHCUs that it is primarily the health and social professions beside GPs that are active in health promotion. However, GPs from single-handed practices do not currently have access to such a team due to their organisational structure. The defined option 1 therefore aims to make access to health-promoting services by other health and social professions easier for patients by promoting long-term funding and cooperation projects for this purpose.

Option for action 2: Establishment of regional coordination and advice centres for social and health-promoting services, which also serve as networking centres for regional care providers (including doctors), in structurally diverse districts of different federal states (proposal for implementation as pilot projects as part of the target-based governance commission of the federal state)

Option for action 3: Impart knowledge about the competences and responsibilities of allied health and social professions to (future) general practitioners. It is important to start as early as possible in the training programme – ideally, this should already take place during studying at the university.

Options 2 and 3 are aimed at expanding the knowledge of (future) general practitioners about the competences and responsibilities of allied health and social professions. Due to the previously mono-professional work setting in primary care, the inclusion of allied health and social professions is new and knowledge on their tasks and duties is limited.

Option for action 4: Define care supply orders at regional level and clearly define the roles and associated responsibilities of the care providers active in the region for their fulfilment.

Option for action 5: Present healthcare providers of the public healthcare system financed by SHI user-friendly and Austria-wide.

Option for action 6: Recommendations for an Austria-wide standardised basic package of services provided in single-handed GP practices in association the newly introduced speciality of general practice and family medicine.

Options 4, 5 and 6 deal with the definition of regional care supply orders as well as presenting the landscape of healthcare providers, based on the reported wish of GPs of single-handed practices on referring to downstream structures. Since the health care providers work independently and mostly self-employed, a clarification of responsibilities is needed to collaboratively provide a broad spectrum of care. The presentation of alle providers within the supplying region would be helpful. Raising the mandate of care supply to a regional level and defining a standardised basic package of tasks for single-handed GP practices throughout Austria were described by the Steering Committee as reasonable options for action.

Option for action 7: Ensure extended opening hours in the region: incentivise pilot regions by financially supporting the establishment of appointment modules in surgeries.

Option 7 is based on the inputs from the focus groups – on the one hand from patients of PHCUs, which particularly valued appointment scheduling, on the other hand from GPs from single-handed practices, which particularly emphasised the costs of corresponding modules in the software. The Steering Committee identified synergies between the organisation of appointment scheduling and extended opening hours with regard to the supplying region and emphasised these topics with the aim of improving patient care.

Option for action 8: Expansion of the national electronic health record to include e.g. patient summaries, add-on of content, search function, documentation in nursing homes, facilities for people with disabilities, etc.

Option for action 9: Incentivise the implementation and participation of quality circles (e.g. continuing medical education points, financial support)

Options 8 and 9 are based on the challenges mentioned by GPs from in terms of communication with various care partners. Regarding communication, the GPs from PHCUs emphasised the advantage of exchanging information within the team and the continuity of information through the shared documentation system. The GPs from single-handed practices spoke primarily in favour of optimising communication structures (interfaces, tools, national electronic health record) with external partners be able to exchange information without additional effort. The development of the national electronic health record was also mentioned in this context. To improve the exchange with doctors and therapists in the region, GPs from single-handed practices mentioned multi-professional quality circles and incentivising them.

Option for action 10: ensure applications of on hold, recall-system, appointment reminder and appointment scheduling in GP practices

Option 10 relates to the positive experience of patients regarding the extended digital services in PHCUs. The aim of option 10 is to improve digital accessibility, coordination and continuity of care in terms of interaction with patients.

Option for action 11: Establish low-threshold and easily accessible counselling services throughout Austria, e.g. applications for care allowance & exemption from prescription charges (e.g. case management, community nurses)

Option 11 is based on the positively evaluated effect of collaboration in the PHCU team, which, nevertheless, was also described as time consuming. Particular emphasis is placed here on relieving the burden on GPs and allow them to focus on medical core services by delegating activities to other healthcare and social professionals, in particular nursing staff and practice assistants, who could contribute to low-threshold and easily accessible counselling services.

Option for action 12: Expansion of disease management programmes to facilitate counselling services within primary care

Option for action 13: Rename the Primary Health Care Act to PHCU act.

Options 12 and 13 are based on the expressed needs by GPs in single-handed practices relating to the framework conditions at system level. These included strengthening counselling as part of primary care as well as an amendment to the Primary Health Care Act, since its content focusses on PHCU exclusively.

Keywords

experience, expectations, general practitioner, health care reform, primary health care, primary health care unit, single-handed practice

Inhalt

Kurzfassung	III
Summary	III
Abbildungen.....	XVII
Tabellen	XIX
Abkürzungen.....	XX
Glossar	XXI
1 Einleitung	1
1.1 Fragestellungen	2
1.2 Zweck und Zielsetzung.....	3
1.2.1 Strategische Begleitung	3
2 Teil 1: Dokumentenanalyse	5
2.1 Methode	5
2.2 Ergebnisse	6
2.2.1 Erwartungen an PVE	7
2.2.2 Empfehlungen zur Umsetzung von PVE.....	22
2.2.3 Erfahrungen aus PVE	24
3 Teil 2: Fokusgruppen	30
3.1 Methode	30
3.2 Fokusgruppe mit Hausärztinnen und -ärzten aus Primärversorgungseinheiten (PVE)	31
3.2.1 Sampling.....	31
3.2.2 Datenerhebung und -analyse	31
3.2.3 Durchführung der Fokusgruppe.....	32
3.2.4 Ergebnisse	35
3.3 Fokusgruppe mit Patientinnen und Patienten aus Primärversorgungseinheiten.....	43
3.3.1 Sampling.....	43
3.3.2 Datenerhebung und -analyse	44
3.3.3 Durchführung der Fokusgruppe.....	44
3.3.4 Ergebnisse	50
3.4 Fokusgruppe mit Hausärztinnen und -ärzten aus hausärztlichen Einzelordinationen	57
3.4.1 Sampling.....	57
3.4.2 Datenerhebung und -analyse	57
3.4.3 Durchführung der Fokusgruppe.....	58
3.4.4 Ergebnisse	61
4 Zusammenführen und Diskussion der Ergebnisse.....	68
4.1 Veränderung des Versorgungsangebots	68
4.2 Zugänglichkeit	70
4.3 Versorgungsprozesse und Versorgungsqualität	70
4.4 Arbeitszufriedenheit und Attraktivität des Arbeitsmodells	71
4.5 Bevölkerungs- und Patientenorientierung.....	72

4.6	Beitrag zur Chancengerechtigkeit.....	73
4.7	Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz und Stärkung der Gesundheit der Bevölkerung.....	74
4.8	Innovation, Telemedizin und technische Möglichkeiten.....	75
4.9	Bedrohung des Hausarztmodells	75
4.10	Regulatorien	77
4.11	Stärken und Limitationen	77
5	Teil 3: Ableitung von Handlungsoptionen.....	79
5.1	Methode	79
5.2	Handlungsoptionen.....	79
5.2.1	Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz.....	80
5.2.2	Organisation der Versorgungspraxis.....	84
5.2.3	Professionalisierung der Versorgung und Regulatorien	88
	Anhang	91
	Anhang 1: Eingeschlossene Dokumente der Literaturanalyse	92
	Anhang 2: Kategoriensystem Erwartungen	105
	Anhang 3: Einverständniserklärungen und Informationsblatt	107
	Literatur	118

Abbildungen

Abbildung 2.1: Ein-/Ausschlussprozess	7
Abbildung 2.2: Hauptkategorien: Verteilung der Erwartungen an PVE	9
Abbildung 2.3: Steigerung der Qualität: Subkategorien	11
Abbildung 2.4: Subkategorien zur Kategorie Erwartungen an PVE.....	16
Abbildung 2.5: Subkategorien zur Kategorie Effizienzsteigerung durch PVE.....	19
Abbildung 3.1: Ergebnisdarstellung zur Fokusgruppe mit Hausärztinnen und -ärzten aus Primärversorgungseinheiten.....	33

Tabellen

Tabelle 2.1: Empfehlungen aus eingeschlossenen Dokumenten der Analyse	22
Tabelle 3.1: Leitfaden Fokusgruppe mit Hausärztinnen und -ärzten aus Primärversorgungseinheiten.....	34
Tabelle 3.2: Charakteristika der Teilnehmer:innen der Fokusgruppe mit Patientinnen und Patienten aus Primärversorgungseinheiten	45
Tabelle 3.3: Leitfaden zur Fokusgruppe mit PVE-Patientinnen und -Patienten	48
Tabelle 3.4: Leitfaden zur Fokusgruppe mit Hausärztinnen und -ärzten aus Einzelordinationen.....	60
Tabelle 5.1: Ergebniscluster zielgruppenspezifische Angebote (teilweise aufsuchend) der Gesundheitsförderung	80
Tabelle 5.2: Ergebniscluster Wissen um Angebote in der Region.....	81
Tabelle 5.3: Ergebniscluster Regionaler Versorgungsauftrag.....	82
Tabelle 5.4: Ergebniscluster Zugang zu unterschiedlichen Gesundheits- und Sozialberufen innerhalb des öffentlichen Gesundheitssystems.....	83
Tabelle 5.5: Ergebniscluster Organisation als Terminordination und erweiterte Öffnungszeiten.....	84
Tabelle 5.6: Ergebniscluster Kommunikation.....	84
Tabelle 5.7: Tabellencluster Digitale Angebote.....	85
Tabelle 5.8: Ergebniscluster Anstellung von (Vertretungs-)Ärztinnen und (Vertretungs-)Ärzten	86
Tabelle 5.9: Ergebniscluster Unterstützung durch DGKP und Ordinationsassistentinnen/-assistenten.....	86
Tabelle 5.10: Ergebniscluster Effekte durch Teamarbeit.....	87
Tabelle 5.11: Ergebniscluster Health-Professional-Patient-Beziehung.....	88
Tabelle 5.12: Ergebniscluster Erwartungen an Veränderung auf Systemebene	89
Tabelle A1 Eingeschlossene Dokumente der Literaturanalyse	92
Tabelle A2: Kategoriensystem Erwartungen.....	105

Abkürzungen

ÄK	Ärztchammer
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
DFP	Diplom-Fortbildungs-Programm
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
EDV	elektronische Datenverarbeitung
ELGA	elektronische Gesundheitsakte
EO	Einzelordination
EP	Einzelpraxis
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GSB	Gesundheits- und Sozialberufe
HÄ	Hausärztinnen/Hausärzte
HAK	Handelsakademie
HBLA	Höhere Bundeslehranstalt
HTL	Höhere Technische Lehranstalt
ICPC-2	International Classification of Primary Care, Second edition
MRT	Magnetresonanztomographie
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PrimVG	Primärversorgungsgesetz
PV	Primärversorgung
PVE	Primärversorgungseinheit
PWH	Pflegewohnheim
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SV	Sozialversicherung
SVS	Sozialversicherung der Selbständigen

Glossar

Deutsch	Englisch
Allgemeines Sozialversicherungsgesetz	General Social Insurance Act
Dachverband der Sozialversicherungsträger	Main/Umbrella Association of the Austrian Social Health Insurance Funds
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau	SHI fund for civil servants, railway workers and miners
Österreichische Gesundheitskasse	major fund
Österreichischer Strukturplan Gesundheit	Austrian Structural Plan for Healthcare
elektronische Gesundheitsakte	national electronic health record
Primärversorgungsgesetz	Primary Health Care Act
Primärversorgungseinheit	primary health care unit / PHCU
Sozialversicherungsträger	Social Health Insurance Funds
Sozialversicherung der Selbständigen	SHI fund for self-employed people and farmers
Zielsteuerungskommission	target-based governance commission
Zielsteuerungsvertrag	target-based governance agreements

1 Einleitung

Primärversorgung wird in Österreich als erste Versorgungsebene im Gesundheitssystem sowie erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Anliegen definiert (Bundesministerin für Gesundheit und Frauen 2017). Sie wird in allgemeinmedizinischen sowie in pädiatrischen Einzel- und Gruppenpraxen, Primärversorgungseinheiten sowie Kinder-PVE erbracht. In Österreich waren mit Stand 31. 12. 2021 568 Allgemeinmediziner:innen in Vertragsgruppenpraxen, 87 Allgemeinmediziner:innen in PVE und 3.376 Allgemeinmediziner:innen in Einzelordinationen mit Kassenvertrag tätig (Österreichischen Ärztekammer 2021). Darin eingerechnet sind Zwischenformen als „Shared-Modelle“ wie z. B. in Form von Übergabepraxen vor einer Pensionierung oder geteilten Kassenstellen. Bei einer Gesamtheit von 4.031 Kassenstellen für Allgemeinmedizin in Österreich wird demnach der Großteil der Primärversorgung in allgemeinmedizinischen Einzelordinationen erbracht (Österreichischen Ärztekammer 2021).

Die Etablierung von Primärversorgungseinheiten als innovativer Organisationsform in der Primärversorgung ist Teil der Gesundheitsreform, die 2013 mit der Zielsteuerung-Gesundheit begründet wurde. Bund, Länder und Sozialversicherung visionieren gemeinsam die Stärkung der Primärversorgung (Bundesministerium für Soziales 2019). Das Ziel der Zielsteuerungsperiode von 2017 bis Ende 2023 war die Etablierung von 75 PVE (Bundesministerin für Gesundheit und Frauen 2017; Bundesministerin für Gesundheit und Frauen 2022). Das „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung“ – auch „Das Team rund um den Hausarzt“ genannt – legt das Basiskonzept für die neue Organisations- und teambasierte Versorgungsform dar (BMG 2014). Das Aufgabenspektrum für die teambasierte Primärversorgung wird im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) beschrieben (BMSGPK). Mit April 2024 bestanden in Österreich 64 Primärversorgungseinheiten, davon sechs Kinder-PVE (Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) 2024). In Primärversorgungseinheiten arbeiten Allgemeinmediziner:innen bzw. in Kinder-PVE Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde mit Angehörigen der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Ordinationsassistenz zusammen. Orts- und bedarfsabhängig kooperieren sie in einem Team mit Personen aus der Diätologie, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Sozialen Arbeit, klinischen und Gesundheitspsychologie, Psychotherapie sowie mit Hebammen. PVE können an einem Standort als Zentrum sowie an mehreren Standorten als Netzwerk organisiert sein (Primärversorgungsgesetz – PrimVG).

Mit Beginn der Reform wurde ein Fokus auf die neue Organisationform der PVE gerichtet. Zahlreiche Arbeiten wie Konzepte, Veranstaltungen, Unterlagen, Projekte, Studien und weitere Erhebungen sowie Dokumentationen in Österreich beschäftigen sich seither mit PVE. Dabei werden vor allem Rahmenbedingungen näher beschrieben, Erwartungen durch unterschiedliche Zielgruppen dargelegt und Erfahrungen exploriert. Vielfältige Bemühungen der öffentlichen Verwaltung sowie weiterer Institutionen wie beispielsweise Universitäten, Fachhochschulen und außeruniversitärer Forschungseinrichtungen sowie seitens Organisationen der Berufs- und Interessenvertretung widmeten sich seither der Stärkung der Primärversorgung durch PVE.

Mit Rückblick auf die Jahre der Primärversorgungsreform lag der Fokus vorrangig auf der Unterstützung und Entwicklung von PVE. In der generellen Wahrnehmung werden allgemeinmedizinische Einzelordinationen als wenig attraktives Arbeitsfeld beschrieben, in welchem nur eingeschränkt Weiterentwicklung passiere. Häufig wird die Hypothese aufgestellt, PVE böten ein attraktiveres Arbeitsfeld sowie eine bessere Versorgung für die Bevölkerung. Aufgrund der intensiven Bemühungen rund um PVE im Rahmen der Primärversorgungsreform sowie der Vorarbeiten dazu und des allgemeinen Ziels der Stärkung der Primärversorgung für die gesamte österreichische Bevölkerung wäre es zweckmäßig, die gewonnenen Informationen der letzten Jahre auch für die Entwicklung allgemeinmedizinischer Einzelordinationen und demnach zur allgemeinen Stärkung der Primärversorgung zu nutzen.

1.1 Fragestellungen

Unter dem übergeordneten Ziel der Stärkung der Primärversorgung für die gesamte österreichische Primärversorgung kooperiert der Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gemeinsam mit der Gesundheit Österreich GmbH und führt das Projekt „Handlungsoptionen für hausärztliche Einzelordinationen“ durch. Dabei sollen gewonnene Erkenntnisse aus den Primärversorgungseinheiten beleuchtet und Handlungsoptionen für hausärztliche Einzelordinationen aufgezeigt werden. Hierfür bedarf es demnach einer Exploration vorhandener Unterlagen sowie der Auswirkungen auf die betroffenen Gruppen und von deren Erwartungen. Das neue Versorgungsmodell der PVE bringt veränderte Rahmenbedingungen für Allgemeinmediziner:innen sowie Patientinnen und Patienten mit sich.

Die PV-Reform richtete zunächst einen Fokus auf die allgemeinmedizinische Versorgung. Erst durch die Novelle des Primärversorgungsgesetzes mit 1. August 2023 (Primärversorgungsgesetz – PrimVG 2023) rückte auch die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in den Vordergrund. Arbeiten aus der Reform beziehen sich demnach vor allem auf die allgemeinmedizinische Versorgung. Kinder-PVE sind rezente Neuerungen und sollen daher im Rahmen dieses Projekts aus der Fragestellung und der Zielsetzung ausgeschlossen werden.

Aus diesem Hintergrund ergeben sich folgende Fragestellungen:

Hauptfragestellung:

Wie haben PVE bisher die Patientenversorgung und die Arbeitsbedingungen der Hausärztinnen und -ärzte verändert, und was davon könnte auf die hausärztliche Versorgung in Einzelordinationen umgelegt werden, um diese zu stärken?

Subfragestellungen

1. Welche Hypothesen zur Veränderung der Patientenversorgung und der Arbeitsbedingungen von Hausärztinnen und -ärzten in PVE wurden schriftlich dokumentiert?

2. Wie haben sich die Patientenversorgung und die Arbeitsbedingungen aus der Perspektive von PVE-Ärztinnen und -Ärzten durch PVE verändert?
3. Wie hat sich die Patientenversorgung aus der Perspektive von PVE-Patientinnen und -Patienten verändert?
 - a) mit dem Blick auf eine generelle Stärkung der allgemeinmedizinischen PV: Wie könnten die identifizierten Veränderungsoptionen von PVE-Hausärztinnen und -ärzten sowie PVE-Patientinnen und -Patienten auf die Versorgung in hausärztlichen Einzelordinationen umgelegt werden?
 - b) Welche der Veränderungen sind aus der Sicht von Hausärztinnen und -ärzten in allgemeinmedizinischen Einzelordinationen wünschenswert?
4. Welche Handlungsoptionen zur Stärkung hausärztlicher Einzelordinationen ergeben sich auf Basis der erhobenen Ergebnisse aus der Perspektive der Sozialversicherung?

1.2 Zweck und Zielsetzung

Basierend auf den Fragestellungen sollen in diesem Projekt Hypothesen zur Veränderung der Patientenversorgung und Attraktivität der hausärztlichen Versorgung in PVE identifiziert werden. Das Ziel ist, Optionen zur Stärkung hausärztlicher Einzelordinationen auf Basis der Ergebnisse der Studie aufzuzeigen und diesbezügliche Handlungsoptionen zu formulieren.

1.2.1 Strategische Begleitung

Die GÖG und der DSVS stehen im Rahmen dieses Projekts in einem Kooperationsverhältnis, das durch regelmäßigen Austausch sowie enge Zusammenarbeit geprägt ist. Der Dachverband der Sozialversicherungsträger steht als koordinierende Organisation über den Sozialversicherungsträgerorganisationen. Für die strategische Begleitung des Projekts wird ein Steering Committee einberufen. Über eine Vertreterin des DSVS hinaus umfasst das Steering Committee jeweils mindestens einen oder eine Vertreter:in der drei Krankenversicherungsträger Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK), Sozialversicherung der Selbständigen (SVS) und Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB). Die Aufgaben des Steering Committee umfassen das Aufzeigen von Informationslücken, das Einbringen von Expertise und Erfahrung sowie die Zurverfügungstellung von Unterlagen. Es tritt in regelmäßigen Abständen zur Besprechung von Zwischenergebnissen und der weiteren Schritte zusammen. Nach Abschluss der Erhebungen fungiert es als Arbeitsgruppe zur Ableitung von Handlungsoptionen im Rahmen eines Workshops.

Das Steering Committee wurde über den Dachverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger nominiert. Die Mitglieder bestehen aus dem Projektteam, ergänzt von

- » Sabrina Brauneis (BVAEB),
- » Hans Seyfried (Vertretung Karin Brandstätters, SVS),
- » Klaudia Sandholzer (ÖGK).

Termine der Treffen:

- » 7. 2. 2023
- » 13. 4. 2023
- » 11. 7. 2023
- » 20. 10. 2023

2 Teil 1: Dokumentenanalyse

Zahlreiche Dokumente beschreiben seit Beginn der Gesundheitsreform 2013 und deren Vorbereitungsphase Rahmenbedingungen, Konzepte sowie Hypothesen zu Primärversorgungseinheiten. Ziel der Dokumentenanalyse ist es demnach die Erwartungen an und Erfahrungen aus PVE zu sammeln und aufzubereiten. Diese Erkenntnisse sollen in weiterer Folge durch Fokusgruppen ergänzt und genutzt werden, um Handlungsoptionen ausfindig machen zu können, die für die Stärkung hausärztlicher Einzelordinationen sinnvoll sein können.

Der vorliegende Kurzbericht gibt demnach einen zusammenfassenden Überblick über schriftlich dokumentierte Erwartungen, die in PVE gesetzt werden. Da viele Dokumente Grundlagen für die Etablierung von PVE darstellen, stehen vor allem die formulierten Erwartungen zur Veränderung der Patientenversorgung und der Arbeitsbedingungen von Hausärztinnen und -ärzten im Fokus. Zudem wurden Maßnahmen aus den Dokumenten extrahiert, die in Hinblick auf die (Weiter-)Entwicklung von PVE umgesetzt, geplant bzw. empfohlen wurden. In ausgewählten Bundesländern wurden zudem Evaluationen von PVE durchgeführt. Aus diesen Berichten sollen Erfahrungen aus PVE zusammengefasst werden, die für die Stärkung der Patientenversorgung sowie die Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Hausärztinnen und -ärzte gegebenenfalls auch in Einzelordinationen genutzt werden könnten.

2.1 Methode

Der Datenpool wurde durch Anfrage an Expertinnen und Experten aus dem Steering Committee, dem Dachverband der Sozialversicherungsträger sowie der GÖG und über eine Suchabfrage auf PubMed („primary care“ AND „primary health care“) zwischen 20. Dezember 2022 und 13. Februar 2023 erstellt. 303 Dokumente, die in einem Zeitraum von 2010–2022 entstanden, wurden in einer Excel-Datenbank katalogisiert (Duplikate bereits ausgeschlossen). Bei den zugesandten Dokumenten der Expertinnen und Experten handelt es sich um sehr heterogene Daten. Sie umfassen Berichte, Evaluationen, Rechtsgrundlagen, Protokolle und Präsentationen, Journalartikel sowie Abschlussarbeiten und weitere Formate. Die Dokumente wurden von verschiedenen Akteurinnen und Akteuren erstellt bzw. in Auftrag gegeben. Dazu zählen etwa Institutionen aus der öffentlichen Verwaltung, Forschungseinrichtungen, Interessen- und Berufsvertretungen sowie die Presse und andere Institutionen.

Über einen systematischen Ein-/Ausschluss-Prozess wurde der Umfang der Daten reduziert. Zunächst wurde eine lexikalische Suche mit Suchkriterien wie „PVE“, „Primärversorgungseinheit“ bzw. verwandte Bezeichnungen wie „Gesundheitszentrum“ (sowie „GZ“) oder „Primärversorgungszentrum“ (sowie „PZ“) umgesetzt¹. Durch die lexikalische Suche wurde erkannt, ob PVE in den Dokumenten überhaupt Erwähnung finden. Die 303 Dokumente konnten in diesem Schritt auf 148 Dokumente reduziert werden.

In einem weiteren Schritt wurden die Dokumente inhaltlich auf ihre Relevanz überprüft. Dabei ging es darum, zu erkennen, ob PVE nicht nur erwähnt werden, sondern Erwartungen auch direkt an PVE adressiert werden und nicht allgemein an die Primärversorgung bzw. an das Gesundheitswesen. In diesem Analyseschritt konnten die Daten von 148 Dokumenten auf 87 Dokumente reduziert werden.

2.2 Ergebnisse

Aus den 87 eingeschlossenen Dokumenten wurden im Weiteren thematisch zusammengefasste Kategorien gebildet, und zwar in Hinblick auf (1) die formulierten Erwartungen an die PVE sowie auf (2) empfohlene, geplante und umgesetzte Maßnahmen zur (Weiter-)Entwicklung der PVE. Die Ergebnisse dieser Analyse werden in den folgenden zwei Kapiteln im Detail vorgestellt. Es wurden zudem drei öffentlich verfügbare Evaluationsberichte eingeschlossen (zwei Berichte zu „Medizin Mariahilf“, einer betreffend die Steiermark). Zu einem späteren Zeitpunkt im Projekt wurden diese um den Evaluationsbericht über die PVE in Niederösterreich erweitert, da dieser Bericht erst im Dezember 2023 – also nach Ende der Erhebungsphase der Dokumente – veröffentlicht worden war. Im Folgenden werden über die Erwartungen und Empfehlungen hinaus (3) Erfahrungen aus den Evaluationsberichten bezüglich der Versorgung und der Arbeitsbedingungen in PVE sowie ein Artikel zu Interviewergebnissen mit PVE-Gründerinnen und -Gründern zusammenfassend beschrieben.

Arten der Dokumente:

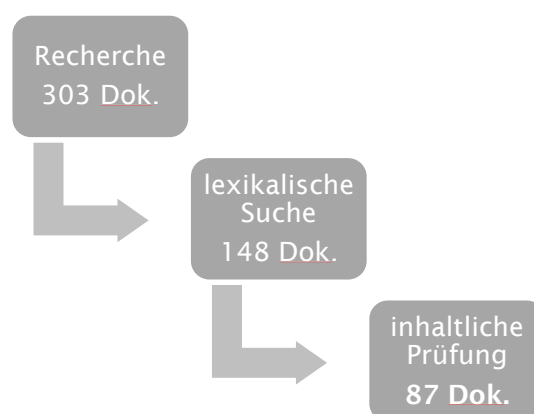
Der zentrale Fokus der qualitativen Auswertung lag auf den Erwartungen bzw. vermuteten Veränderungen, welche die neue Organisationsform PVE in der Primärversorgung bewirken sollte. Ein Großteil der Dokumente umfasst Konzeptpapiere, Planungsdokumente und wissenschaftliche Studien, die Argumente liefern, weshalb die Organisationsform PVE für neue gesellschaftliche Entwicklungen (wie etwa neue Krankheitsbilder) Lösungen bietet. Auch Artikel oder Stellungnahmen, die zum Teil von Berufs- bzw. Interessenvertretungen formuliert wurden, finden sich unter den

¹

Suchkriterien im Gesamten waren: PVE, Primärversorgungseinheit, Primärversorgungseinrichtung, GZ, Gesundheitszentrum, PVZ, Primärversorgungszentrum, PVN, Primärversorgungsnetzwerk, PHC, PHCU, PCU, Primary (health) care unit, P(H)CC, Primary (health) care cent*, P(H)CN, Primary (health) care network, Community cent*, Primärversorgungsteam/Primärversorgungsteam, PrimVG, Primärversorgungsgesetz, (Neue) Primärversorgungsstruktur, Primärversorgungssystem

Dokumenten. Ein wesentlich kleinerer Pool an Dokumenten beinhaltet auch evidenzbasierte Erfahrungen mit dieser neuen Organisationsform. Evaluationsberichte, die im Datenpool enthalten sind, beziehen sich meist auf einzelne PVE und ganz bestimmte Aspekte. Ähnlich ist es mit den Empfehlungen. Diese werden zumeist aus begrenzten empirischen Daten abgeleitet. Zusammengefasst lässt sich sagen, dass der Datenpool die Erwartungen an die PVE sehr gut zum Ausdruck bringt. Die Empfehlungen hingegen, sind zumeist solche, die aus Erwartungen bzw. aus punktuellen Erfahrungen abgeleitet wurden.

Abbildung 2.1:
Ein-/Ausschlussprozess



Quelle: GÖG

2.2.1 Erwartungen an PVE

Die formulierten Erwartungen wurden zunächst extrahiert und in einem induktiven Vorgehen schrittweise Kategorien zugeordnet. Die Zuordnung der Erwartungen zu Kategorien systematisiert die Ergebnisdarstellung und ermöglicht auch eine Darstellung der Gewichtung. Im Rahmen der Analyse wurde deutlich, dass ein starker Kanon in den Dokumenten wahrgenommen werden kann. Dieser Kanon speist sich zum einen aus (1) internationalen Studien, die Österreich eine eher schwache Primärversorgung attestieren. Mit Bezug auf diese Dokumente wird vor allem eine gesundheitsökonomische Erwartung formuliert, dass PVE zur Entlastung der Sekundär- und Tertiärversorgung beitragen. Für letztere zwei Bereiche, so die Argumentation in den Dokumenten, gibt Österreich im Vergleich zu anderen Ländern mehr Geld aus, was die Gesamtausgaben des Gesundheitssystems steigert. Aus dieser Perspektive geht es um die **Steigerung der Effizienz**. Zum anderen basiert der Kanon auf Konzepten wie „Das Team um den Hausarzt“ (BMG 2014) sowie den aus dem Konzept heraus erarbeiteten Rechtsgrundlagen wie etwa dem Primärversorgungsgesetz (PrimVG) (Primärversorgungsgesetz – PrimVG) oder dem Gesamtvertrag für Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz-Gesamtvertrag) (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2019). In diesen Dokumenten wird die PVE definiert, werden Anforderungen, Versorgungsaufträge

und das Leistungsspektrum ausformuliert, Qualitätskriterien festgelegt und wird auch das öffentliche Interesse an der neuen Organisationsform explizit kundgetan. Diese Dokumente fokussieren insbesondere auf die **Steigerung der Versorgungsqualität** für die Bevölkerung. Zudem wird darin ersichtlich, dass die Organisationsform PVE auch ein neues Arbeitsmodell für Gesundheitsberufe bieten soll. In diesem Zusammenhang wird die Erwartung formuliert, dass die PVE die **Arbeitsplatzattraktivität** für die verschiedenen Berufsgruppen steigern soll. Auf diese Dokumente und auch weitere wie etwa jene der Zielsteuerung-Gesundheit wird explizit und implizit in zahlreichen der weiteren Dokumente im Datenkorpus Bezug genommen.

Die Kanonisierung und die Verknüpfung der drei zentralen Erwartungen, die in die Organisationsform PVE gesetzt werden, werden etwa in folgendem Zitat aus einem der zentralen Grundlagendokumente der Reform, „Das Team um den Hausarzt“ (BMG 2014), aus dem Jahr 2014 deutlich:

„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.“ (BMG 2014)

Hier wird auf die Umsetzung internationaler Vorbilder in Österreich verwiesen, die sowohl Qualität wie auch Effizienz steigern soll. Neben dem Fokus auf Qualitätssteigerung für Patientinnen und Patienten wird deutlich gemacht, dass die Reform auch eine Verbesserung für die Vertreter:innen der verschiedenen Gesundheitsberufe bringen soll.

Neben diesen drei starken Fokussetzungen werden auch weitere Perspektiven in dem Datenpool ersichtlich. Diese werden jedoch weitaus weniger häufig vorgebracht. Die Erwartung, dass die Organisationsform PVE die Zugänglichkeit zu Gesundheitsdienstleistungen verbessern soll, wird zwar häufig vorgebracht, richtet sich jedoch meist an die Bevölkerung im Allgemeinen und wurde dementsprechend der Erwartung einer Qualitätssteigerung zugeordnet. Weniger häufig wird jedoch die Erwartung formuliert, dass PVE einen Beitrag zu mehr gesundheitlicher **Chancengerechtigkeit** leisten. Das heißt, in letzterem Zusammenhang wird nicht nur erwartet, dass die PVE Gesundheitsdienstleistungen besser erreichbar macht (etwa durch längere Öffnungszeiten und Information über das Leistungsspektrum auf der Website etc.), sondern auch dass sie bestimmten und vor allem vulnerablen Zielgruppen den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen ermöglicht und auf diese aktiv zugeht.

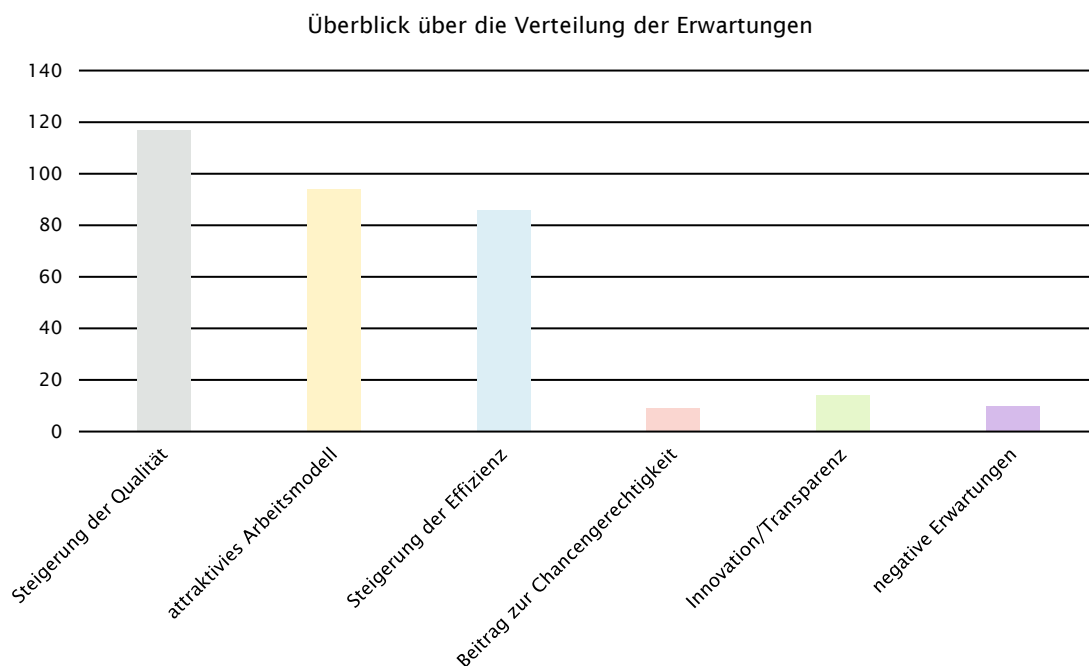
In manchen Dokumenten wird erwähnt, dass man sich durch die PVE eine Steigerung der **Innovation und der Transparenz im System** erwarte. Innovation wird etwa durch die neuen, überarbeiteten Ausbildungsformen erwartet. Dies bezieht sich zum einen auf die größere Praxisorientierung in der Ausbildung in Gesundheitsberufen grundsätzlich und zum anderen auf die Möglichkeit der Ausbildung in der Primärversorgung für Angehörige aller Gesundheits- und Sozialberufe, insbesondere in innovativen PVE. Zudem wird in der Literatur Innovation durch die Intensivierung der

Zusammenarbeit (in der PVE und zwischen den verschiedenen Stakeholderinnen/Stakeholdern) sowie durch innovative Versorgungskonzepte erwartet. Transparenz soll vor allem durch überarbeitete und in der Praxis getestete Dokumentations- und Finanzierungssysteme gesteigert werden und die Planung verbessern.

Selten, wenn auch eindringlich, werden in verschiedenen Dokumenten auch negative Erwartungen in PVE gesetzt. Dabei handelt es sich oft um gegenteilige Einschätzungen. Es wird vorgebracht, dass sich etwa die Qualität der Versorgung für Patienten verschlechtern würde (weil sich beispielsweise durch die PVE auf dem Land längere Wege für Patientinnen und Patienten ergäben). Ebenso wird befürchtet, dass die Allgemeinmedizin abgewertet und das Hausarztmodell (insbesondere in der Einzelpraxis) bedroht würde. Generell wird auch teilweise vorgebracht, dass PVE keine Kostenersparnis nach sich zögen, sondern dass sich die Kosten durch sie ganz im Gegenteil erhöhen würden. PVE, so die Kritik, ließen sich nur durch Subventionierung finanzieren. All diese Negativszenarien wurden unter der Hauptkategorie „negative Erwartungen“ zugeordnet.

Im Folgenden werden die Haupt- und Subkategorien zu den unterschiedlichen „Erwartungen“ vorgestellt.

Abbildung 2.2:
Hauptkategorien: Verteilung der Erwartungen an PVE



Häufigkeiten der Nennung. Mehrere Erwartungen wurden diesen Hauptkategorien zugeordnet.

Quelle: GÖG

Wie die Grafik über die Verteilung der Hauptkategorien der Erwartungen an PVE zeigt, gelten die meisten Erwartungen der Steigerung der Qualität der Gesundheitsdienstleistungen für die Bevölkerung, gefolgt von der Erwartung, dass die PVE ein attraktives Arbeitsmodell für Gesundheitsberufe darstellen und durch sie die Effizienz des Gesundheitssystems insgesamt gesteigert wird. Insbesondere diese drei Hauptkategorien differenzieren sich, wie einleitend angesprochen, noch weiter aus, wie im Folgenden dargestellt wird.

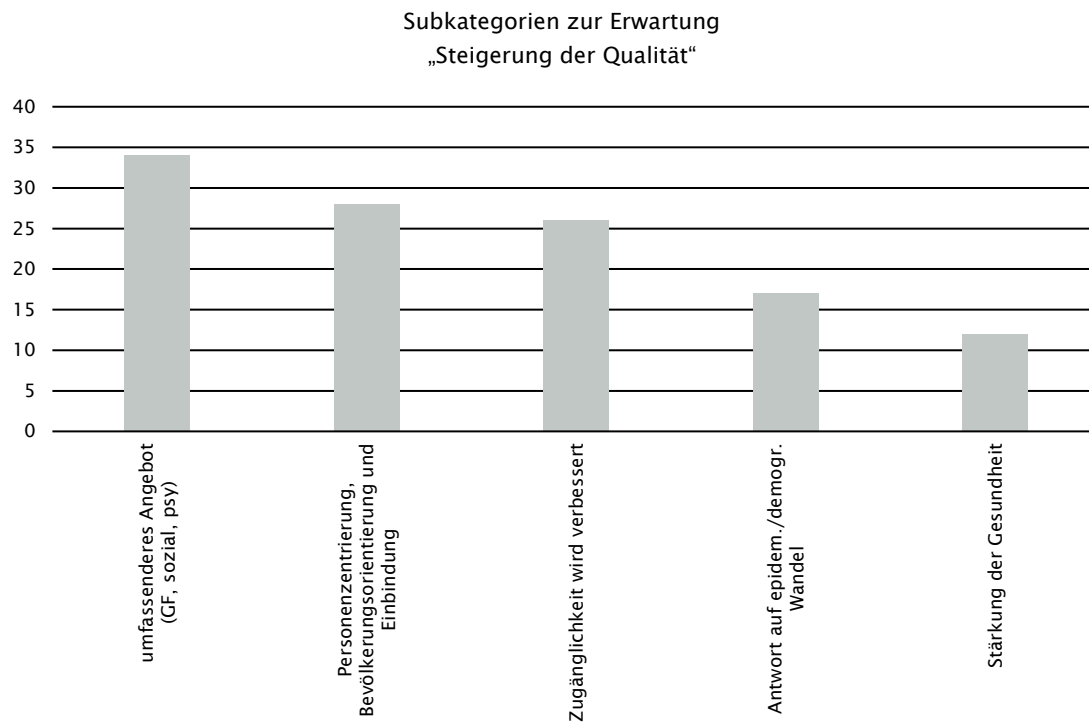
2.2.1.1 Steigerung der Qualität

In dieser Hauptkategorie wurden alle Erwartungen gruppiert, bei denen die Steigerung der Qualität der Gesundheitsdienstleistungen für die Patientinnen und Patienten im Fokus steht. Darunter fallen folgende Erwartungen, aus denen Subkategorien abgeleitet wurden, konkret die Erwartung, dass

1. die PVE ein umfassenderes Angebot an Gesundheitsdienstleistungen anbietet,
2. die PVE personenzentriert arbeitet und Personen sowie Gruppen einbindet,
3. die Zugänglichkeit zu Gesundheitsdienstleistungen verbessert,
4. gut auf neue Krankheitsbilder reagiert,
5. die Gesundheit der Bevölkerung stärkt.

Die unten angeführte Grafik zeigt die Ausprägung sowie die Gewichtung der Subkategorien. Dabei kann erkannt werden, dass das umfassendere Angebot (1), das die PVE bieten soll, die häufigste Erwartung ist, gefolgt wird von den Subkategorien „Personenzentrierung, Bevölkerungsorientierung und Einbindung“ (2) sowie „Zugänglichkeit wird gesteigert“ (3). Mit etwas größerem Abstand folgt dann die Erwartung, dass das Angebot für bestimmte und immer bedeutende Zielgruppen wie etwa chronisch kranke Menschen und die ältere Bevölkerung verbessert wird. Diese Erwartung wurde der Kategorie „Antwort auf epidemiologischen/demografischen Wandel“ (4) zugeordnet. Außerdem wurde die Erwartung formuliert, dass die PVE zur Stärkung der Gesundheit der Bevölkerung beiträgt (5). Im Folgenden wird auf diese Erwartungen im Detail eingegangen.

Abbildung 2.3:
Steigerung der Qualität: Subkategorien



Häufigkeiten der Nennung; n = 87

Quelle GÖG

Umfassenderes Angebot

Die oben angeführte Grafik zeigt, dass die häufigste Erwartung an die Qualitätssteigerung darin liegt, dass die Bevölkerung in der PVE ein umfassenderes Angebot von Gesundheitsdienstleistungen findet. PVE sollen vor allem einen Effekt in der „Reorientierung“ des Gesundheitssystems, wie sie in der Ottawa-Charta von 1986 formuliert wurde, bewirken, indem sie in ihrem Grundverständnis über ein rein biomedizinisches Gesundheitsverständnis hinausgehen und ihr Aufgabenbereich mehr umfasst als die kurative Behandlung von Krankheit. Dementsprechend werden in den ausgewerteten Dokumenten Erwartungen formuliert, die davon ausgehen, dass PVE Angebote im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention bereitstellen und die Stärkung der Gesundheitskompetenz durch sie forciert wird.

Diese Angebote werden auch nicht nur als Zusatzleistung verstanden, sondern explizit als integraler Bestandteil jeglichen Patientenkontakts mit dem Team der PVE gesehen: Die „Integration von Maßnahmen der Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in die **Kernprozesse** der PVE und das Angebot entsprechender Maßnahmen in der PVE“ (Rojatz et al. 2018) werden als zentrale „Eckpunkte“ der PVE definiert. Es fällt dabei auf, dass in etlichen Doku-

menten neben der Prävention und Gesundheitsförderung auch die Steigerung der Gesundheitskompetenz als zusätzliche Aufgabe gesehen wird und damit Ressourcenorientierung und Empowerment zentrale Bestandteile der Angebotsstruktur sind:

„Die Integration von Maßnahmen der Gesundheitsförderung in die neuen Primärversorgungseinheiten ermöglicht es, einerseits die Patientinnen und Patienten umfassender zu betreuen sowie ihre Ressourcen zum Selbstmanagement von Gesundheit und Krankheit zu steigern.“ (Rojatz/Atzler 2020)

Des Weiteren wird von PVE auch erwartet, dass sie die psychische und soziale Gesundheit der Nutzer:innen im Blick haben und bei Fragen und Problemen adäquat darauf reagieren: „Mit der **Erweiterung des Aufgabenbereichs** geraten auch **gesundheitsrelevante**, aber **nichtmedizinische** (z. B. soziale) Belastungen in den Blick.“ (Rojatz et al. 2021b). Durch Formulierungen wie „Integration von Maßnahmen“ oder „Erweiterung des Aufgabenbereichs“ wird deutlich, dass das Angebot der Primärversorgung durch die PVE ausgedehnt werden soll.

Die Steigerung der Gesundheitskompetenz beinhaltet im Kern das Selbstmanagement und eine Personenzentrierung, damit ist schon die nächste Subkategorie angesprochen: „Personenzentrierung, Bevölkerungsorientierung und Einbindung“.

Personenzentrierung, Bevölkerungsorientierung und Einbindung

Die Subkategorie „Personenzentrierung, Bevölkerungsorientierung und Einbindung“ umfasst etliche Aspekte und könnte in weitere Subkategorien ausdifferenziert werden. Argumentativ liegen diese Aspekte in den hier analysierten Erwartungen jedoch eng beieinander. So werden Begriffe wie „proaktives Zugehen“, „auf die einzelnen Personen bezogene Versorgung“, „familienorientierte Versorgung“, „Bevölkerungsorientierung“ hintereinander aufgezählt (Schmid et al. 2014).

Die grundlegende Erwartung an die PVE ist dabei, dass sich nicht die Nutzer:innen dem System anpassen müssen, sondern die Versorgungsstruktur den Ansprüchen und dem Bedarf der Nutzer:innen. Diese sind dabei, wie erwähnt, sowohl Individuen wie auch bestimmte soziale Gruppen bzw. die Bevölkerung im Einzugsgebiet der PVE. Man erkennt dabei, dass eine Überwindung der Individuumszentrierung, die in einigen Versorgungsbereichen und auch in Bezug auf die Berufsprofile einiger Berufsgruppen im Gesundheitswesen vorherrscht, gefordert wird. Dementsprechend wird zugleich von „Personen-“ bzw. „Patientenzentrierung“ gesprochen und die Orientierung an den Bedarfen der Bevölkerung im Einzugsgebiet erwartet.

Eng verknüpft mit dieser Orientierung an den Bedürfnissen ist die aktive Einbindung der Nutzer:innen. Eine Anpassung der Gesundheitsdienstleistung an die Bedürfnisse erfordert, so wird zumindest implizit angenommen, die „Stärkung der Patientenrolle und -kompetenz“ (Rojatz et al. 2021b). Es geht also nicht nur um ein einseitiges Erkennen von Präferenzen, Ressourcen und Bedürfnissen durch das Gesundheitspersonal, sondern um eine „Koproduktion“ (Rojatz et al. 2018) von Gesundheit. Dabei sei eine kontinuierliche Arzt-Patienten-Beziehung relevant. Das folgende Zitat zeigt, dass es dabei um mehr als eine „ganzheitliche“ Behandlung und ein Erkennen der

Bedürfnisse durch die Ärztin bzw. den Arzt geht. Dieses „Mehr“ ist die aktive Einbindung der Nutzer:innen:

*„Konkret soll dafür die persönliche Kontinuität der Arzt-Patienten-Beziehung gestärkt werden. Eine gemeinsame Vertrauensbasis ermöglicht nicht nur eine ganzheitliche Behandlung, bei der die **Lebensumstände** der Patienten und die **Patientenpräferenzen** berücksichtigt werden, sondern auch die **Stärkung eines partnerschaftlichen Entscheidungsstils** und **aktive Einbeziehung** des Patienten in den Behandlungs- und Betreuungsprozess.“
(Czypionka/Ulinski 2014)*

Die PVE soll sowohl über das Versorgungskonzept darlegen, wie „die Leistungserbringung und die Organisationsstruktur dem Versorgungsbedarf der lokalen Bevölkerung entsprechen“ (Bachner et al. 2019), als auch diesen Bedarf über ein „proaktives Zugehen auf die Bevölkerung bzw. Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlichen sozialen und kulturellen Hintergründen innerhalb des zu versorgenden Gebietes“ (Rojatz et al. 2018) erheben und sich daran anpassen.

Zugänglichkeit wird verbessert

In die Subkategorie „Zugänglichkeit wird verbessert“ wurden Erwartungen eingeordnet, die davon ausgehen, dass durch die PVE Gesundheitsdienstleistungen für die Bevölkerung besser erreichbar werden. Die wesentliche Funktion der Stärkung der Primärversorgung durch PVE sei, dass sie „als stark versorgungswirksame erste, leicht und jederzeit zugängliche Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Anliegen und Problemen zur Verfügung zu stehen.“ (BMG 2014)

Zumeist wird das Argument einer Verbesserung der Zugänglichkeit allgemein formuliert, das PrimVG (Primärversorgungsgesetz – PrimVG) führt etwa eine „bessere zeitliche Verfügbarkeit und Erreichbarkeit für die Patientinnen und Patienten“ (PrimVG 2023) ins Treffen. Erwartungen, welche die Verbesserung der Zugänglichkeit zur Gesundheitsdienstleistung explizit für bestimmte (vulnerable) Zielgruppen adressieren, wurden deshalb in eine weitere Kategorie, „Beitrag für mehr Chancengleichheit“, gruppiert.

Zugänglichkeit umfasst etwa den Umstand, dass PVE „örtlich zentral oder virtuell verknüpft agieren“ (Kriegel et al. 2017) und die Leistung „zeitnah“ bzw. „permanent“ (Paretta et al. 2013) in Anspruch genommen werden kann. Zugänglichkeit und Transparenz umfasst ebenfalls Aspekte wie „auffindbare Informationen, patientenzentriertes Terminmanagement und Behandlungspflicht“ (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2019). Generell soll sie als „eine erste niederschwellige Anlaufstelle für die Bevölkerung bei gesundheitlichen Problemen“ (EPIG 2022) dienen. Bezüglich des Zeitaspekts werden vor allem auch die „**Tagesrandzeiten und Wochenenden**“ (BMG 2014) angesprochen, an denen die PVE verfügbar sein sollen. Besonders die Verbesserung der Zugänglichkeit durch erweiterte Öffnungszeiten wird für PVE als größere Einheiten als im Vergleich zu Einzelordinationen besser umsetzbar beschrieben.

Erreichbarkeit, Transparenz und Verständlichkeit werden als wesentliche Elemente für die Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen durch PVE gesehen:

„Zugangsbarrieren hinsichtlich der PVE und von dieser bereitgestellter Gesundheitsinformationen sollen möglichst gering gehalten werden (z. B. leicht auffindbare Informationen zur PVE im Internet, keine baulichen Barrieren beim Zugang, gute Verkehrsanbindung und Beschilderung vor und in der PVE) [...] Gesundheitsinformationen, Leistungsangebote sowie Vor- und Nachteile von Behandlungsmöglichkeiten müssen für Patientinnen/Patienten nachvollziehbar sein [...]. Die PVE bemüht sich, für Patientinnen/Patienten verständliche Informationen (schriftlich und mündlich) weiterzugeben.“ (Rojatz et al. 2018)

Richtige Antwort auf den epidemiologischen und demografischen Wandel

In Anbetracht epidemiologischer und demografischer Veränderungen und der Annahme, dass die herkömmlichen Maßnahmen und Angebote der Primärversorgung „nicht zu den gewünschten Ergebnissen führen [...] wird ein Zukunftskonzept für eine nachhaltige Primärversorgung in Österreich benötigt“ (Czypionka/Ulinski 2014). Der epidemiologische und demografische Wandel würde zu einer Zunahme der chronischen Erkrankungen und einer zunehmend alternden Bevölkerungsstruktur führen. Die neuen PVE böten, so die Erwartung, „eine optimale Prozess- und Ergebnisqualität insbesondere in der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, chronisch Kranken und der älteren Bevölkerung“ (BMG 2014) und wären damit die richtige Antwort auf diese Entwicklung (BMSGPK 2022c). Insbesondere auch der starke Fokus auf Gesundheitskompetenz, die Förderung des Selbstmanagements (siehe Subkategorie „umfassendes Angebot“) und ein Gesundheitsverständnis, das Gesundheit und Krankheit nicht als sich gegenseitig ausschließende Zustände erkennt, sondern als Kontinuum, kommt besonders chronisch Kranken zugute:

„Durch verschiedene Maßnahmen werden die Ressourcen von Menschen gestärkt und der Alltag in Bezug auf Gesundheit und Krankheit besser bewältigt. Am Beispiel chronisch kranker Menschen kann gut verdeutlicht werden, dass eine Person nicht ausschließlich nur krank ist. Auch in diesem Fall können die verbliebenen Ressourcen gestärkt und gleichzeitig die Gesundheitskompetenz der Betroffenen gesteigert werden.“ (Rojatz/Atzler 2020)

PVE bieten gemäß der Kategorie dieser Erwartung adäquatere Dienstleistungen für spezielle Zielgruppen, auf welche in Anbetracht der Entwicklung der Bevölkerungsstruktur ein zunehmender Fokus gerichtet werden muss.

Stärkung der Gesundheit

Die Erwartung, dass die PVE einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit der österreichischen Bevölkerung leiste, wird meist mit Referenz auf internationale Studien vorgebracht. Dabei wird für andere Länder im Vergleich zu Österreich eine stärkere Primärversorgung diagnostiziert, die in direktem Zusammenhang mit einer besseren Gesundheit der Gesamtbevölkerung der jeweiligen Länder gesehen wird: „Länder mit einer stark ausgeprägten Primärversorgung erreichen nachweislich bessere Gesundheitsergebnisse. In Bezug auf den Gesundheitszustand der österreichischen

StaatsbürgerInnen (z. B. in Gesundheit verbrachte Lebensjahre) schneidet Österreich im internationalen Vergleich erneut unterdurchschnittlich ab“ (Jagschitz 2016). Neben den „in Gesundheit verbrachten Lebensjahren“ wird auch in anderen Ländern eine höhere Gesundheitskompetenz wahrgenommen. Besonders die verbesserte Kontinuität der Versorgung würde zu besseren „Gesundheitsoutcomes“ (Süß 2014) bzw. einer besseren „Gesundheit in der Bevölkerung“ (Stigler et al. 2017) führen. Dass eine starke Primärversorgung, wie sie durch PVE erreicht werden soll, zu besseren Gesundheitsoutcomes für die Bevölkerung führt, wird nicht als Novum erachtet, sondern als schon länger bekannt und wissenschaftlich erwiesen: „Schon seit Jahrzehnten gilt es, vor allem basierend auf Studien der US-Amerikanerin Barbara Starfield, wissenschaftlich als anerkannt, dass eine starke Primärversorgung mit besserer Gesundheit der Bevölkerung und geringeren Kosten der Krankenversorgung“ (Stigler 2011) verbunden ist. Es wird vor allem die Gesundheit der allgemeinen Bevölkerung angesprochen, die gesteigert werden würde. Es gibt jedoch auch Beispiele, die insbesondere bessere Gesundheitsoutcomes für chronisch kranke Menschen (Stigler 2018) oder auch für die Mitarbeiter:innen der PVE diagnostizieren: „Eine nordamerikanische Studie dokumentierte, dass die physische und psychische Gesundheit von in gut funktionierenden Teams arbeitenden Menschen höher war als bei jenen, die alleine arbeiteten.“ (Süß 2014)

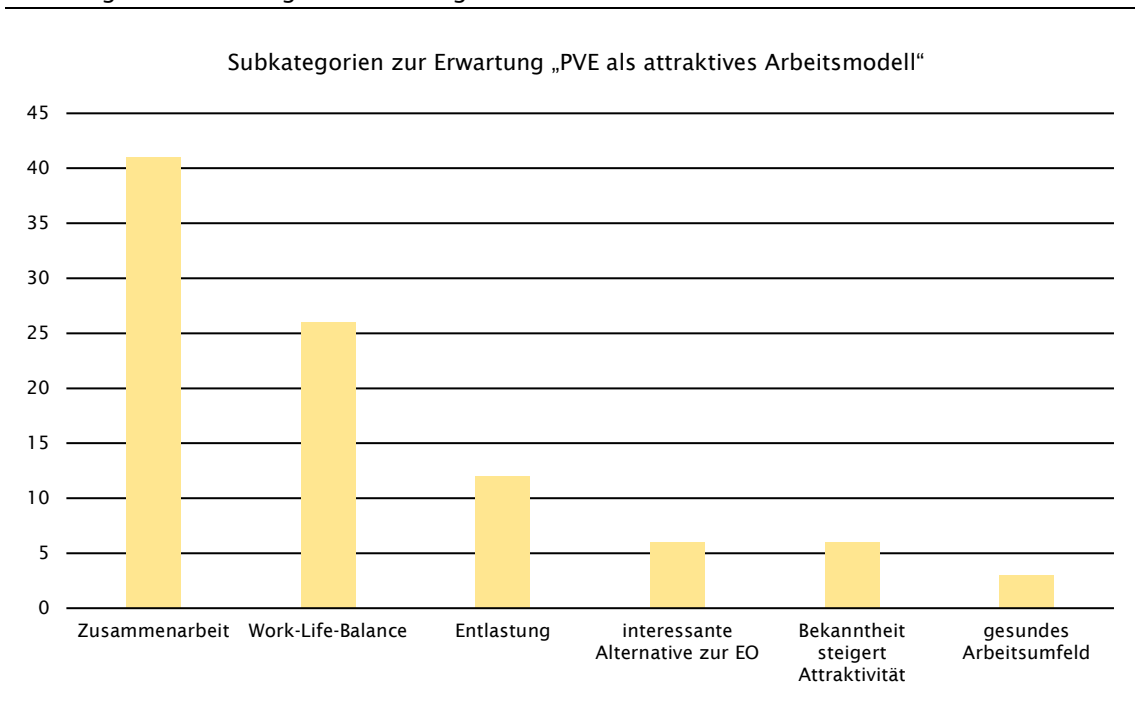
Anhand dieser Aussagen lässt sich erkennen, dass eine Steigerung der Gesundheit der Bevölkerung, bestimmter Zielgruppen und auch der Mitarbeiter:innen durch die PVE erwartet wird. Die Gründe hängen mit der gesamten Qualitätssteigerung (etwa durch Kontinuität der Versorgung) und auch mit der Attraktivitätssteigerung des Arbeitssettings zusammen. Damit kommen wir zur am zweithäufigsten thematisierten Erwartung, und zwar jener, dass PVE ein attraktives Arbeitsmodell darstellen würden.

2.2.1.2 Attraktives Arbeitsmodell

In dieser Hauptkategorie wurden alle Erwartungen subsumiert, bei denen die Steigerung der Arbeitsplatzattraktivität für die Vertreter:innen der Gesundheitsberufe im Fokus steht. Darunter fallen folgende Erwartungen, aus denen die nachstehenden Subkategorien abgeleitet wurden, und zwar die Erwartung, dass

1. die strukturierte und interprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb der PVE für die Angehörigen der Gesundheitsberufe attraktiv ist,
2. die PVE den Angehörigen der Gesundheitsberufen eine bessere Work-Life-Balance bietet,
3. die PVE die Angehörigen der Gesundheitsberufe (insbesondere die Ärztinnen und Ärzte) entlastet, da jede bzw. jeder die jeweiligen Kernkompetenzen einbringen kann und sich auf diese fokussiert,
4. die PVE für gewisse Zielgruppen der Ärztinnen und Ärzte eine interessante Alternative zur Einzelordination darstellt,
5. mit der zunehmenden Bekanntheit dieser Versorgungsform auch die wahrgenommene Attraktivität gesteigert werden wird,
6. die PVE ein gesundes Arbeitsumfeld bietet.

Abbildung 2.4:
Subkategorien zur Kategorie Erwartungen an PVE



Quelle: GÖG

Zusammenarbeit

PVE stellen, so eine zentrale Annahme in den Dokumenten, einen attraktiven Arbeitsplatz für Allgemeinmediziner:innen und Vertreter:innen weiterer Gesundheits- bzw. auch Sozialberufe dar. In vielen Dokumenten wird die Annahme formuliert, dass schon die Möglichkeit in einem multiprofessionellen Team interprofessionell zu arbeiten, diese Attraktivitätssteigerung hervorbringe: Ein Allgemeinmediziner aus einer PVE wird in einer Studie wie folgt zitiert: „[...] the community [in the team] and so on. [...] That is really one of the most important things, I have to say, in this, in the whole thing“ (Burgmann et al. 2021). Schon vor der Gründung der ersten PVE wurde die Erwartung artikuliert, dass sich die Angehörigen der Gesundheitsberufe ein verstärktes Miteinander und weniger das klassische Nebeneinander wünschen. So steht etwa im Dokument „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich“ (BMG 2014): „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.“ (BMG 2014). Die Zusammenarbeit bezieht sich jedoch nicht nur auf die soziale Komponente und die Möglichkeit, mitgestalten zu können, sondern die Arbeit in einem Team bietet ebenfalls sowohl individuelle Vorteile wie auch Möglichkeiten zur Optimierung organisationaler Prozesse. Zunächst zu den direkten Benefits für die Teammitglieder der PVE: In diesem Zusammenhang wird zumeist die Work-Life-Balance vorgebracht.

Work-Life-Balance

Die Argumentation für eine Verbesserung der Work-Life-Balance wird häufig mit der Versorgungsqualität in Zusammenhang gebracht. „Gut betreute Patientinnen und Patienten setzen auch gute Arbeitsbedingungen für das Gesundheitspersonal voraus, weshalb die neue Primärversorgung z. B. die Bedürfnisse der jüngeren Generationen im Hinblick auf die Work-Life-Balance und die allseits gewünschte Arbeit im Team berücksichtigt“ (Fischer/Schauppenlehner 2018). Es herrscht die Erwartung vor, dass man mit der Versorgungsform sowohl die Qualität für die Patientinnen und Patienten als auch die Attraktivität für die Vertreter:innen der Gesundheitsberufe positiv beeinflusst und sich beide Dimensionen gegenseitig beeinflussen. Die Adressierung dieses Strebens nach einer verbesserten Work-Life-Balance wird als Wunsch, der aus den Berufsgruppen selbst heraus artikuliert wird, vorgebracht: „Mit den PVE wird dem Bedürfnis von immer mehr Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern nach Work-Life-Balance und der Arbeit in einem interdisziplinären Setting Rechnung getragen. PVE bieten den Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit, Selbständigkeit mit Teilzeitarbeit und der Tätigkeit in einem multiprofessionellen Team, bestehend aus Angehörigen anderer Gesundheits- und Sozialberufe, zu verknüpfen“ (Kiesl/Lichtenberger-Burgstaller 2020). Zentral ist vor allem auch, dass man durch das Team die Arbeitszeit flexibler gestalten kann und der Arbeitsplatz damit auch familienorientierter würde (BMG 2014).

Entlastung

Die Versorgungsform der PVE erlaubt es den einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, sich auf ihre medizinischen, therapeutischen oder pflegerischen Tätigkeiten zu fokussieren. Jede und jeder Gesundheitsberufsangehörige kann eng abgestimmt seine Expertise einbringen, und alle sind von „unnötiger Bürokratie“ (BMG 2014) entlastet, da eine Ordinationsassistentin ebenfalls eine Voraussetzung für die Gründung einer PVE ist. Entlastend sei dabei, dass man die verschiedenen Kernkompetenzen der unterschiedlichen Berufsgruppen vor Ort habe und sich gemeinsam abstimmen könne. Entlastend sei ebenfalls, dass man zeitliche Ressourcen freibekomme, da man sich eben auf die eigenen Kernkompetenzen fokussieren könne.

Interessante Alternative zur Einzelordination

Die PVE stellt für große Teile der jüngeren Generation von Ärztinnen und Ärzten eine interessante Alternative zur Tätigkeit in Einzelordination dar. Hierbei ist es wichtig, anzumerken, dass Ergebnisse jener Studien, die Studierende oder Turnusärzte direkt nach der von ihnen präferierten Form der Berufsausübung (angestellt/niedergelassen und in welcher Form) fragen, zeigen, dass die PVE eine interessante Alternative zur Einzelordination darstellt, aber Letztere ebenfalls attraktiv ist.

Die zunehmende Bekanntheit der PVE wird deren Attraktivität steigern

In diesem Zusammenhang wird argumentiert, dass die PVE und auch die Primärversorgung im Allgemeinen stärker in die (praktische) Ausbildung in Gesundheitsberufen integriert werden

müsste. Wenn Ärztinnen und Ärzte so wie Studierende Angehörige anderer Gesundheits- und Sozialberufe stärker in Kontakt mit dieser Versorgungsform kämen, könnten sie besser erkennen, wie attraktiv die Arbeit dort sein könne. Derzeit werde der Großteil der praktischen Ausbildung in den Krankenanstalten absolviert und das Berufsfeld der Primärversorgung und insbesondere auch der PVE zu wenig beworben. Das gewünschte Berufsbild der Studierenden generiere sich vor allem aus dem, was sie während des Studiums wahrnehmen [siehe dazu insbesondere (BMGF 2017; Stigler et al. 2017)].

Die PVE bietet ein gesundes Arbeitsumfeld

Gesundheitsförderung ist eine zentrale Aufgabe der PVE. Als Zielgruppe werden hier nicht nur die Patientinnen und Patienten adressiert, sondern auch die Mitarbeiter:innen der PVE selbst. „Zielgruppen“ von Gesundheitsförderung, so wird in einigen Dokumenten formuliert, „sind alle, die in Kontakt mit der PVE stehen: Patientinnen und Patienten, deren Angehörige, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der PVE und die regionale Bevölkerung“ (Rojatz et al. 2021b). Die starke Orientierung an betrieblicher Gesundheitsförderung soll, so die Erwartung, ebenfalls die Arbeitsplatzattraktivität erhöhen: „Eine an Gesundheit ausgerichtete Primärversorgungseinheit orientiert sich auch an der Gesundheit der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter und setzt Maßnahmen zur Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Stärkung der Gesundheitskompetenz der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter. Dies trägt zu einer Attraktivierung des Arbeitsplatzes Primärversorgungseinheit bei“ (Rojatz et al. 2018).

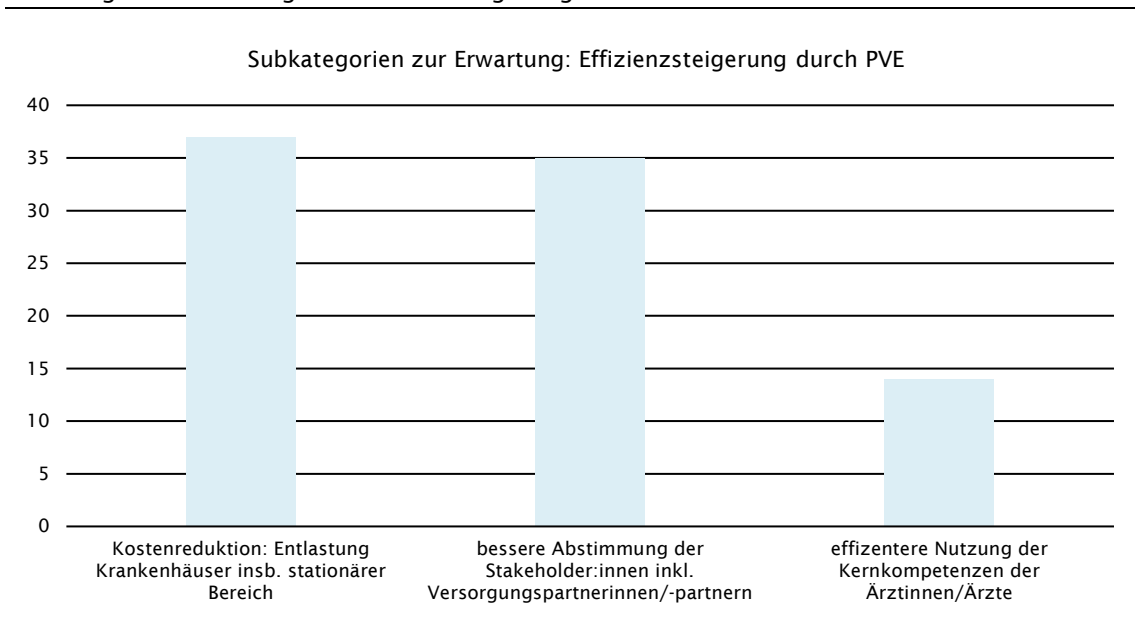
Die zuletzt ausgeführten Subkategorien „PVE als interessante Alternative zur Einzelordination“, „die zunehmende Bekanntheit der PVE steigert deren Attraktivität“ sowie die Erwartung, dass die Orientierung an der Gesundheit der Mitarbeiter:innen die PVE zu einem attraktiven Arbeitsmodell macht, werden im Verhältnis zu den ersten drei Subkategorien wesentlich weniger häufig in den untersuchten Dokumenten adressiert.

2.2.1.3 Steigerung der Effizienz

In diese Hauptkategorie wurden alle Erwartungen gruppiert, bei denen die Steigerung der Effizienz aus der Perspektive der Planung und Finanzierung im Fokus steht, das heißt Kostenersparnis in den Abläufen und Verbesserung der Gesundheitsoutcomes unter ökonomischer Perspektive. Darunter fallen folgende Erwartungen, aus denen die nachstehenden Subkategorien abgeleitet wurden, konkret die Erwartung, dass Kosten eingespart werden können,

1. indem Krankenhäuser, insbesondere der stationäre Bereich, entlastet werden,
2. weil verschiedene Stakeholder:innen inklusive Versorgungspartnerinnen/-partnern sich effizient abstimmen,
3. da die Kernkompetenzen der Ärztinnen und Ärzte effizienter genutzt werden, indem diese sich eben darauf fokussieren.

Abbildung 2.5:
Subkategorien zur Kategorie Effizienzsteigerung durch PVE



Quelle: GÖG

Kostenreduktion: Entlastung der Krankenhäuser – insbesondere des stationären Bereichs

In verschiedenen Studien im Datenpool wird dargelegt, dass das Gesundheitssystem in Österreich sehr „krankenhauslastig“ organisiert sei – „Health services provision remains very hospital-centric“ (OECD 2021) – und dass dies im Ländervergleich etwa in der EU die hohen Gesundheitsausgaben in Österreich erkläre: „this helps to explain why hospital discharge rates and inpatient care expenditure in Austria are among the highest in the EU“ (OECD 2021). „In Bezug auf Effizienz ist das österreichische Gesundheitssystem im europäischen Vergleich kostenintensiv und durch eine hohe Nutzung der intramuralen Versorgung mit einer hohen Krankenhaushäufigkeit und Bettenanzahl gekennzeichnet“. Die Gesundheitsreform (2017–2021) formulierte unter anderem das Ziel, die Effizienz des Gesundheitssystems zu stärken, indem die Primärversorgung gestärkt werde. Ein wesentlicher Grundstein für dieses Reformvorhaben sei das Ziel gewesen, „75 Primärversorgungseinheiten (PVE) bis 2021“ zu schaffen (Bachner et al. 2019). Damit wird klar, dass die PVE als eine wesentliche Grundlage für ein effizientes Gesundheitssystem gesehen wird.

PVE werden als ein wichtiger Baustein für eine starke Primärversorgung gesehen, welche die sekundäre und tertiäre Versorgungsstufe entlastet. PVE, so die Erwartung, bieten abschließende Behandlung an und koordinieren eine effiziente Zuweisung zu anderen Bereichen. Diese Erwartungen werden teilweise mit internationalen Erfahrungen belegt:

*„Some studies showed that, for example, primary care organizations with **high coordination and continuity of care** had **lower rates of hospital admissions**. This is especially true for chronically ill or elderly patients who tend to have numerous contacts with the health care system and see a number of different physicians in different care settings **if no ‘co-ordinator’ is available**“ (Hoffmann et al. 2013); Hvh. durch die Autorinnen/Autoren)*

Damit ist eine weitere Erwartung adressiert, nämlich jene, dass PVE nicht nur durch ihr eigenes Angebot das System entlasten, sondern Patientinnen und Patienten auch effizient zuweisen und den Behandlungsverlauf koordinieren.

Bessere Abstimmung der Stakeholder:innen inklusive Versorgungspartnerinnen/-partnern

Die PVE sollen einen Anreiz zur Delegation von Leistungen an Vertreter:innen weiterer Gesundheits- und Sozialberufe schaffen, eine Lotsenfunktion innehaben sowie Koordinationstätigkeiten übernehmen (RH Österreich 2021b). So sei „die Sicherstellung einer umfassenden Kontinuität und Koordination durch eine verbindliche integrierte Versorgung“ gewährleistet. Diese Erwartungen sind auch in den Rechtsgrundlagen wie etwa dem Primärversorgungsgesetz, welches sich ebenfalls im Datenpool befindet, explizit verankert (Primärversorgungsgesetz – PrimVG). Insbesondere auch im Versorgungskonzept sollen die Kooperationspartner:innen der Primärversorgungseinheit im Einzugsgebiet explizit erwähnt werden (Rojatz/Atzler 2020). Dabei sollen Verbindungen zwischen der PVE und einerseits der Gemeinde sowie andererseits Angeboten anderer Akteurinnen und Akteure aktiv hergestellt werden.

Effizientere Nutzung der Kernkompetenzen der Ärztinnen und Ärzte

Insbesondere die Arbeitsteilung im PVE-Team soll einen optimierten Einsatz der ärztlichen Arbeitsressourcen ermöglichen. In diesem Zusammenhang wird die PVE als „ein Instrument zur Kostenkonsolidierung“ dargestellt. „Die verbindliche und strukturierte Einbeziehung anderer Gesundheitsberufe in der Primärversorgung“, so die Erwartung, „erweitert nicht nur deren fachliche Kompetenz und erspart ihren Patientinnen/Patienten Wege, sondern entlastet vor allem die teure und zunehmend knapper werdende ärztliche Ressource von delegierbaren Routinetätigkeiten, um Spielraum für intensivere Zuwendung in komplexen Fällen zu schaffen.“ (Kletter 2020).

In diesen drei Subkategorien wird deutlich, auf welchen Ebenen die PVE Effizienzpotenziale mobilisieren soll: PVE sollen abschließend behandeln und die erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten sein. Damit sollen insbesondere die Krankenhäuser entlastet werden, indem diese nicht aufgrund medizinisch nicht notwendiger Dienstleistungen in Anspruch genommen werden. Die PVE soll zudem koordinierend zwischen den verschiedensten Angeboten im Gesundheits- und auch Sozialbereich agieren und den Behandlungsverlauf im Blick behalten. Das PVE-Team soll es ermöglichen, dass sich insbesondere die Ärztinnen und Ärzte auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren können. Alle Anforderungen an die PVE sind mit der Erwartung verknüpft, dass durch diese Prozessoptimierung im System ökonomische Ressourcen eingespart werden können.

Beitrag zur Chancengerechtigkeit

Unter diese Kategorien wurden jene Erwartungen subsumiert, die nicht nur eine verbesserte Nutzung für die Bevölkerung im Allgemeinen adressieren, sondern explizit in Bezug auf PVE einen „niederschweligen Zugang zur Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit annehmen“ (Rojatz et al. 2021b). Dabei wird einerseits erwartet, dass sogenannte vulnerable Gruppen eher PVE aufsuchen würden, und andererseits angenommen, dass die PVE aktiv auf benachteiligte Bevölkerungsgruppen zugeht. Die PVE wird damit als ‚gate opener‘ verstanden. (Paretta et al. 2013)

*„Insbesondere **vulnerable Gruppen suchen Primärversorgungseinrichtungen häufig auf und haben große Zugangsbarrieren zu Angeboten aufgrund ihrer sozio-ökonomischen Benachteiligung.**“ (Rojatz et al. 2021a) (Hvh. durch die Autorinnen/Autoren)*

2.2.1.4 Innovation/Transparenz

Einige Erwartungen beziehen sich auch auf neue Prozessabläufe und Strukturen, die sich aus den PVE erst entwickeln würden. Die PVE wird dabei nicht als abgeschlossenes Konzept verstanden, das nun angewandt wird und im Vorfeld definierte Erwartungen erfüllt. Vielmehr wird die PVE als „lernende Organisation“ verstanden, die neue Entwicklungen und Prozessabläufe vorantreibt. So wird etwa im Dokument „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich“ (BMG 2014) Folgendes ausgeführt: „lernende Organisation durch ständige Weiterentwicklung und kontinuierlichen Wissensaufbau; lebenslanges Lernen ist Teil der Arbeitskultur und wird von den handelnden Personen gefördert und selbst gelebt“ (BMG 2014). Insgesamt werden insbesondere hinsichtlich der Transparenz und des Monitorings Verbesserungen und Innovationen erwartet. Dass etwa eine „elektronische, multiprofessionell zu nutzende Patientendokumentation unter Berücksichtigung des Datenschutzes“ (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2019) angewandt wird, ist bereits Teil des Gesamtvertrags. Ebenso wird eine standardisierte und flächendeckend eingesetzte Dokumentation der Leistung mittels ICPC-2-Codierung erwartet.

2.2.1.5 Negative Erwartungen

Manche Ärztinnen und Ärzte sehen durch die Versorgungsform PVE das Hausarztmodell „bedroht“ (siehe Dokument 12). Die Qualität des Hausarztmodells zeichne sich unter anderem vor allem durch den persönlichen Bezug zwischen Ärztin/Arzt und Patient:in aus, und dieser Bezug ginge, so die Erwartung, durch die PVE verloren. „Bei Primary Health Care Zentren fällt der Hausarzt weg, es gibt drei bis vier Ärzte, und somit geht auch der persönliche Bezug verloren.“ (Dragosits 2016). Ein großer Vorteil der PVE wird vor allem, wie zuvor ausgeführt, in der Entlastung der Ärztinnen und Ärzte sowie einer größeren Flexibilität und weniger bürokratischem Aufwand gesehen. Nun finden sich einige wenige Erwartungen in den Dokumenten, die konträr dazu von einer zunehmenden Inflexibilität und einem größeren organisatorischen Aufwand ausgehen. Eine Studie zu Studierenden sowie Jungärztinnen und -ärzten kommt etwa zum Ergebnis, dass zumindest jede:r zweite Befragte die Selbstständigkeit in einer Einzelpraxis als bevorzugtes Arbeitsmodell sehe und man deshalb nicht behaupten könne, die herkömmlichen Arztpraxen wären ein „Auslaufmodell

des Einzelkämpfers“ (Österreichischen Ärztekammer 2017). Flexibilität wird von manchen Ärztinnen und Ärzten gerade darin gesehen, dass sie selbst entscheiden können, ohne dass ihnen jemand anderer dreinreden kann: „Cooperation is great, but I want to decide for myself what I want to do in my practice.“ (H08) (Burgmann et al. 2021). Auch die Vorstellung, dass die PVE Kosten ersparen würden, wird mit der gegenteiligen Erwartung konfrontiert, dass sich diese „ohne Subventionen nicht finanzieren“ ließen (222).

2.2.2 Empfehlungen zur Umsetzung von PVE

Folgende Maßnahmen wurden zur Umsetzung von PVE in Österreich in den eingeschlossenen Dokumenten der Literaturanalyse empfohlen. Da Dokumente ab 2010 einbezogen wurden, sind ein paar der Empfehlungen bereits umgesetzt.

Tabelle 2.1:
Empfehlungen aus eingeschlossenen Dokumenten der Analyse

Maßnahme	Empfehlung	Dokument
	Rechts-/Planungsebene	
Weiterentwicklung der Strategie und der Planungstools	<p>Konzept zum Change-Management mit konkreten Maßnahmen erarbeiten</p> <p>Monitoring verbessern: Überprüfung der Ziele zur Versorgungswirksamkeit der Primärversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> » Transparenz über die zusätzlichen Aufwendungen für den Betrieb und die Gründung von PVE schaffen » die Auswirkungen der unterschiedlichen Honorierungsregelungen für Primärversorgungseinheiten in Hinblick auf Kosten und Nutzen evaluieren <p>Strategie zur Forcierung von Primärversorgungsnetzwerken, zur Gewinnung neuer Vertragspartner:innen entwickeln</p>	RH Österreich (2021b)
Zusammenarbeit Vertreter:innen der Gesundheitsberufe	<ul style="list-style-type: none"> » Präzisierung/Erweiterung des Kompetenzbereichs der nichtärztlichen Gesundheitsberufe; ihre stärkere Einbindung. Förderung und Aufwertung der medizinischen Kompetenz des nichtärztlichen Personals. Kompetenzerweiterung der Allgemeinmedizin, Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe rechtlich verbindlicher gestalten » Angehörige nichtärztlicher Gesundheitsberufe auch als Gesellschafter:innen in PVE einbinden 	Siebenhofer-Kroitzsch et al. (2016), Schmid et al. (2014), BMSGPK (2021), Franczukowska et al. (2020), Huter (2020), Jagschitz (2016), Fischer/Schauppenlehner (2018), RH Österreich (2021a)
Zusammenarbeit Stakeholder	Zusammenarbeit mit der Sozialen Arbeit verbindlich in das Tätigkeitsprofil der PVE einbauen (Case-Management)	Schmid et al. (2014)
Entwicklung von Standards	einheitliche Versorgungsleistung durch PVE landesweit sicherstellen, sodass die Bevölkerung überall dasselbe Angebot erwartet und so ein einheitliches Bild der PVE entsteht	EPIG (2022)
Anstellung	Anstellung von Ärztinnen und Ärzten durch Ärztinnen und Ärzte rechtlich ermöglichen	BMSGPK (2021)
Vergütung Allgemeinmedizin	Adaptierung der finanziellen Anreize für Allgemeinmediziner:innen	Franczukowska et al. (2020), Rabady et al. (2018)
Kommunikation	Bekanntheit stärken: sowohl Bevölkerung als auch Berufsgruppen über die Besonderheiten der PVE informieren	Fröschl/Antony (2017)

Fortsetzung nächste Seite

Maßnahme	Empfehlung	Dokument
Ausbildungsebene		
Anpassungen nach internationalen Vorbildern	Angleichung der Ausbildung an internationale Standards, Berufsgruppen auf die neuen Aufgaben vorbereiten	Siebenhofer-Kroitzsch et al. (2016), Burgmann et al. (2021), Stigler et al. (2013)
Praxisorientierung stärken	Ausweitung der Lehrpraxis sowie PVE dazu verpflichten, Lehrpraxis anzubieten Bewilligung von Lehrpraxen vereinfachen und Unterstützung von Ärztinnen und Ärzten, die solche anbieten Inhalte der Ausbildung praxisorientierter gestalten, insbesondere Themen wie Praxisgründung und betriebswirtschaftliche Inhalte behandeln sowie das Kennenlernen verschiedener Versorgungsstrukturen ermöglichen	Burgmann et al. (2021), BMSGPK (2021), BMSGPK (2022a), Rabady et al. (2018), Janus (2014), BMGF (2017)
AM stärken	Pflichtvorlesung „Allgemeinmedizin“ Lehrstuhl Allgemeinmedizin an allen medizinischen Universitäten Wenn AM in der Ausbildung stärker vermittelt und promotet wird, steigt auch das Interesse der Studierenden	BMSGPK (2022a), Rabady et al. (2018), BMSGPK (2022a), BMGF (2017), Burgmann et al. (2021), DEGAM (2012)
Fokus Zusammenarbeit	Kompetenzen in der Zusammenarbeit und Berufsbilder anderer Gesundheitsberufe verstärkt in der Ausbildung vermitteln; multiprofessionelles Lernen ermöglichen	Jagschitz (2016), Stigler et al. (2017), BMGF (2017), Burgmann et al. (2021)
Gründungsphase		
Ausschreibung und Information	Ausschreibungssystem verbessern; Weiterentwicklung flexibler Arbeitsmodelle und Information über diese sowie strategische Ausrichtung, damit sich mehr Ärztinnen und Ärzte in Einzelordination für PVE interessieren	BMSGPK (2022a), Burgmann et al. (2021)
Einstieg in die Berufspraxis erleichtern	Einstieg in den Job durch flexible Möglichkeiten erleichtern (Anstellung, Jobsharing oder Übergabepraxen); Praxisgründungen und -übernahmen können durch administrative und finanzielle Hilfestellungen erleichtert bzw. ermöglicht werden.	Rabady et al. (2018), BMSGPK (2022a), BMGF (2017)
Austausch fördern	Supervision, Mentoringprogramme, Vernetzungsangebote (auch Förderung informeller Netzwerke) sowohl im Rahmen der Ausbildung als auch in der Praxis	BMSGPK (2022a), BMGF (2017)

Fortsetzung nächste Seite

Maßnahmen	Empfehlung	Dokument
Prozessebene		
Koordination	Stärkung der Lotsen- und Koordinationsfunktion der Primärversorgung	BMSGPK (2022b)
stärkerer Fokus auf GF	Stärken der Anerkennung von Gesundheitsförderung und Förderung der Gesundheitskompetenz als integrierte Aufgabe der Gesundheitsversorgung, Erarbeiten eines Organisationsmodells „Gesundheitsfördernde Arztpraxis/Primärversorgungseinrichtung“; „Reorientierung“ des Systems in Richtung Gesundheit vorantreiben.	Rojatz/Atzler (2020)
Prozess- und Wissensmanagement	„interprofessionelles Prozess- und Wissensmanagement“ stärken/verbessern (insbesondere auch in Hinblick auf Zusammenarbeit mit Sozialer Arbeit)	Kriegel et al. (2020)
Kinderärztinnen und -ärzte	mehr Kinderärztinnen und -ärzte in PVE / spezielle PVE mit exklusiver Ausrichtung auf Kinder- und Jugendmedizin	Böhler et al. (2018)
Leitungstransparenz	Leistungs- und Angebotstransparenz, Klarheit über Zuständigkeiten und Behandlungspfade, Gesundheitsinformationen verbessern	BMSGPK (2022c), Stigler et al. (2017)
Öffnungszeiten und Terminmanagement	Transparenz zu Öffnungs- und Wartezeiten über (bundesweites) Monitoring schaffen einheitliche Definition zu Wartezeiten Servicestelle für (dringliche) Termine	BMSGPK (2022a)
Social Prescribing	Social Prescribing als Standardmaßnahme im Versorgungskonzept für die Gründung von Primärversorgungseinheiten und im ÖSG vorsehen	Rojatz et al. (2021a)

Quelle: GÖG

2.2.3 Erfahrungen aus PVE

PVE haben zum Ziel, die Ebene der Primärversorgung in Österreich zu stärken und dadurch andere Versorgungsstufen zu entlasten. Darüber hinaus sollen die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt gestellt und diese bedarfsgerecht durch erweiterte Angebote (Team, Öffnungszeiten etc.) bedient werden.

Acht Jahre nach der Eröffnung der ersten PVE in Österreich werden Erfahrungen aus PVE, die durch Evaluierungen identifiziert wurden, beschrieben. Diese behandeln grundsätzlich sowohl die Perspektive der Patientinnen und Patienten als auch jene des Systems. Entsprechend der Fragestellung der Literaturanalyse zur Erhebung von Hypothesen zur Veränderung der Patientenversorgung und der Arbeitsbedingungen von Hausärztinnen und -ärzten in PVE werden deren Auswirkungen auf das System von der nachfolgenden Ergebnisdarstellung ausgeschlossen.

Zum Zeitpunkt der Recherche lagen dem Projektteam Evaluierungsergebnisse aus der Steiermark und aus Wien (nur „Medizin Mariahilf“) vor. In Oberösterreich wurden PVE bereits evaluiert, die Resultate konnten aber der GÖG nicht zur Verfügung gestellt werden. Der Evaluationsbericht aus Niederösterreich wurde im Dezember 2023 veröffentlicht. Seine Ergebnisse werden daher nur überblicksmäßig aufgenommen. Es bestehen somit für die drei Bundesländer Wien (nur „Medizin

Mariahilf“), Niederösterreich und Steiermark öffentlich verfügbare Evaluationsberichte, wobei die Berichte aus Wien die PVE „Medizin Mariahilf“, insbesondere deren erstes Evaluationsjahr, und den Zwischenstand des zweiten Evaluationsjahres in den Fokus nehmen.

Darüber hinaus wurde durch die Literaturrecherche eine Studie von Franczukowska et al. (2020) identifiziert, die Ergebnisse hinsichtlich der Herausforderungen sowie der Vor- und Nachteile der Arbeit in einer PVE aus Sicht von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern beschreibt. Auch diese Erkenntnisse werden in die Ergebnisdarstellung aufgenommen.

2.2.3.1 Leistungsangebot

Das erweiterte Angebot an Gesundheitsleistungen gilt als großer Vorteil von PVE. Drei Viertel aller Patientinnen und Patienten der PVE „Medizin Mariahilf“ waren mit dem zusätzlichen Leistungsangebot zufrieden. Insbesondere **Psychotherapie, Ernährungsberatung und Pflegeleistungen** wurden von Patientinnen und Patienten als großer Gewinn betrachtet (Fröschl/Antony 2017).

Auch die Anzahl medizinischer Leistungen nahm in PVE zu. So legte der Evaluationsbericht aus Niederösterreich dar, dass in PVE pro Patientenkontakt **mehr Leistungen** in Anspruch genommen würden als in der Kontrollgruppe (Simek/Edelmann 2023).

Das erweiterte Angebot an medizinischen und nichtmedizinischen Leistungen könnte auch der Grund sein, warum PVE nachfolgende Bereiche entlasten. Erklärtes Ziel von PVE ist es, Patientinnen und Patienten möglichst **fallabschließend** zu behandeln. Fallabschließend bedeutet, dass Fälle in der Primärversorgung abgeschlossen werden, ohne dass Gesundheitsdiensteanbieter:innen einer höheren Versorgungsstufe innerhalb von 30 Tagen einbezogen werden. In der Steiermark wurden zwei Drittel aller Patientinnen und Patienten in PVE fallabschließend behandelt (EPIG 2022).

Als weiterer großer Vorteil von PVE gilt die umfassende **Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten**. In niederösterreichischen PVE (Simek/Edelmann 2023) und in der PVE „Medizin Mariahilf“ (Fröschl/Antony 2017) zeigte sich eine höhere Inanspruchnahme des Disease-Management-Programms „Therapie Aktiv“ für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus als in der Vergleichsgruppe.

Ein weiterer Indikator für eine professionelle Betreuung chronisch kranker Menschen in PVE ist der geringere Anteil von Patientinnen und Patienten mit **Polypharmazie**. Eine solche liegt vor, wenn ein oder eine Patient:in in zwei oder mehr aufeinanderfolgenden Quartalen Medikamente aus mehr als fünf unterschiedlichen Wirkstoffklassen erhält. In den beiden Bundesländern Niederösterreich und Steiermark sowie in der Wiener PVE „Medizin Mariahilf“ waren **Patientinnen und Patienten in PVE weniger oft von Polypharmazie betroffen** als solche in den Kontrollgruppen. Dies dürfte ein Hinweis darauf sein, dass in PVE ein stärkeres Medikamentenmanagement stattfindet, welches besonders bei der Versorgung chronisch kranker Menschen wichtig ist (Antony et al. 2018; EPIG 2022; Simek/Edelmann 2023).

Trotz des insgesamt breiteren Spektrums an Gesundheitsleistungen in PVE konnte auch eine Einschränkung im Leistungsangebot festgestellt werden. Die Anzahl der **Hausbesuche** war zumindest in Niederösterreich in den untersuchten PVE **geringer** als in der Kontrollgruppe (Simek/Edelmann 2023).

2.2.3.2 Zugänglichkeit

Franczukowska et al. (2020) nennen längere Öffnungszeiten und kürzere Wartezeiten als Vorteile von PVE. In den evaluierten PVE in Niederösterreich und der PVE „Medizin Mariahilf“ in Wien machten die Anteile der Randzeiten (vor 8 Uhr und nach 17 Uhr) circa ein Viertel der Öffnungszeiten aus. Die dortigen Patientinnen und Patienten zeigen sich äußerst zufrieden mit den **Öffnungszeiten**. Mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patienten der PVE in Niederösterreich und der PVE „Medizin Mariahilf“ in Wien gab an, wegen der längeren Öffnungszeiten in die PVE gewechselt zu sein (Fröschl/Antony 2017; Simek/Edelmann 2023).

Auch die **Wartezeiten** in den PVE empfand mehr als der Hälfte der Patientinnen und Patienten als **gering** (EPiG 2022; Simek/Edelmann 2023). In der PVE „Medizin Mariahilf“ war die durchschnittliche Wartezeit von 22,5 Minuten ein wesentlicher Grund für Patientinnen und Patienten, in eine PVE zu wechseln (Fröschl/Antony 2017).

2.2.3.3 Die Beziehung zwischen Hausärztin/-arzt und Patient:in

In der Literatur wurde die Sorge geäußert, die Beziehung zwischen Patientinnen/Patienten und Hausärztinnen/-ärzten würde sich negativ verändern. Erstere hätten keine ärztliche Bezugsperson in einer PVE und würden bei jedem Besuch von verschiedenen Ärztinnen und Ärzten behandelt werden. In der PVE „Medizin Mariahilf“ gaben jedoch **drei Viertel** aller befragten Patientinnen und Patienten an, dass sie **immer oder meistens von derselben Ärztin oder demselben Arzt** behandelt würden (Fröschl/Antony 2017).

In Niederösterreich hatten PVE-Patientinnen und -Patienten weniger Kontakte mit Allgemeinmedizinerinnen/-medizinerern außerhalb von PVE im Vergleich zur Kontrollgruppe. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass PVE Kontinuität in der Betreuung bieten und nicht nur zu den Tagesrandzeiten bei akuten Problemen aufgesucht werden (Simek/Edelmann 2023).

Auch das wichtige **Vertrauensverhältnis** zwischen Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzten kann in der PVE „Medizin Mariahilf“ aufgebaut werden. Knapp **90 Prozent** der Befragten fühlen sich ärztlich **gut informiert** (Fröschl/Antony 2017). Bezüglich des Anteils der Stammpatientinnen und -patienten am Patientenaufkommen gibt es widersprüchliche Ergebnisse aus den PVE. Während die drei untersuchten niederösterreichischen PVE anteilmäßig weniger Stammpatientinnen und -patienten im Vergleich zur Kontrollgruppe aufweisen, hat die Wiener PVE in Mariahilf im ersten Evaluationsbericht noch einen gleich großen Anteil an Stammpatientinnen und -patienten wie die Kontrollgruppe und im zweiten Evaluationsbericht einen höheren (Antony et al. 2018; Fröschl/Antony

2017; Simek/Edelmann 2023). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass sich in PVE eine ähnliche Beziehung zwischen Hausärztinnen/-ärzten und Patientinnen/Patienten aufbauen lässt wie in anderen Ordinationsformen.

2.2.3.4 Gesundheitskompetenz, Information und Kommunikation

PVE-Patientinnen und -Patienten schätzen die Qualität der **Gespräche mit dem Behandlungsteam** als sehr hoch ein. Bei den wichtigen Bestandteilen einer gelungenen Kommunikation wie Zuhören seitens der behandelnden Personen, Sich-Zeit-Nehmen, Eingehen auf Fragen, Einbeziehen zum einen der Patientinnen und Patienten in medizinische Entscheidungen sowie zum anderen der bisherigen Krankengeschichte bzw. von Informationen aus Vorbesuchen in die Behandlung erreichen alle in den niederösterreichischen PVE Zufriedenheitswerte um die 90 Prozent (Simek/Edelmann 2023).

Ebenso zeigten sich Patientinnen und Patienten in PVE mit der erhaltenen **Information** zufrieden. Sowohl was die Information bezüglich Erkrankung, Therapie, Untersuchung, Behandlung, Mitwirkung bei Heilung und Nebenwirkungen von Medikamenten als auch Verständlichkeit der Information anbelangt, waren die Patientinnen und Patienten in niederösterreichischen PVE (Simek/Edelmann 2023) und der PVE „Medizin Mariahilf“ äußerst zufrieden.

2.2.3.5 Versorgungsprozesse und Qualität

Wie zuvor erwähnt, ist es ein wesentliches Ziel von PVE, nachgelagerte Versorgungsbereiche wie niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte sowie Krankenhausambulanzen zu entlasten.

Aus den Evaluierungsergebnissen von Niederösterreich, der Steiermark und der PVE „Medizin Mariahilf“ lässt sich herauslesen, dass Patientinnen und Patienten aus PVE **weniger fachärztliche Kontakte** aufweisen (Antony et al. 2018; EPIG 2022; Fröschl/Antony 2017; Simek/Edelmann 2023). In den steirischen PVE betrifft diese Reduktion die Fachbereiche **Dermatologie, Kinder- und Jugendheilkunde, Innere Medizin, Orthopädie, Pulmologie und Urologie**. Auf die Häufigkeit der Nutzung der Fächer **Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde, HNO und Neurologie** hatten die PVE dort **keinen Einfluss** (EPIG 2022).

In der Steiermark und in der PVE „Medizin Mariahilf“ in Wien weisen die Daten, wenn auch statistisch nicht signifikant, darauf hin, dass PVE-Patientinnen und -Patienten **seltener stationär aufgenommen** werden als andere Patientinnen und Patienten (EPIG 2022; Fröschl/Antony 2017). In Niederösterreich blieb die Zahl der stationären Aufnahmen gleich (Simek/Edelmann 2023).

Die reduzierten fachärztlichen Kontakte führten auch zu einer **Reduktion der fachärztlichen Kosten**. Im niederösterreichischen Evaluationsbericht konnte dargelegt werden, dass die fachärztlichen Kosten pro PVE-Patient:in niedriger als in der Kontrollgruppe waren (Simek/Edelmann 2023).

Nicht nur die fachärztlichen Kontakte konnten durch PVE reduziert werden, auch die Zahl der Besuche in **Krankenhausambulanzen** konnte laut den Evaluationsberichten in Niederösterreich (Simek/Edelmann 2023) und jenem der PVE „Medizin Mariahilf“ in Wien (Antony et al. 2018) verringert werden.

Interessanterweise bedeuten die reduzierten Besuche von Ambulanzen und Fachärztinnen/-ärzten nicht zwangsläufig eine Steigerung der Besuche in den PVE. Während in der Wiener PVE „Medizin Mariahilf“ PVE-Patientinnen und -Patienten durchschnittlich mehr allgemeinmedizinische Kontakte aufwiesen (Fröschl/Antony 2017), war in der Steiermark diesbezüglich kein Unterschied festzustellen (EPiG 2022). In Niederösterreich kam es sogar zu weniger allgemeinmedizinischen Kontakten (Simek/Edelmann 2023).

In den niederösterreichischen Evaluierungen konnte auch nachgewiesen werden, dass Patientinnen und Patienten in PVE **weniger stationäre Pflage tage** und **weniger Krankentransporte** benötigten. Ebenso sanken die durchschnittlichen **Medikamentenkosten** pro Patient:in und die **Zahl der Patientinnen und Patienten, die regelmäßig Medikamente einnehmen** (Simek/Edelmann 2023).

In Wien zeigte sich in der PVE „Medizin Mariahilf“ eine Zunahme der Zuweisungen zu **Labor- und Röntgendiagnostik** im Vergleich zur Kontrollgruppe. Dies könnte ein Mitgrund für die Entlastung von Fachärztinnen/-ärzten und Ambulanzen und für die Rate fallabschließender Behandlungen sein (Fröschl/Antony 2017).

Die Reduktion von Ambulanz- und Facharztbesuchen durch PVE in Niederösterreich und die Mariahilfer PVE wird nicht nur durch Patientenstromanalysen, sondern auch durch direkte **Patientenbefragungen** bestätigt. Ein gutes Drittel der Patientinnen und Patienten gab in Befragungen an, dass sie in eine **Ambulanz** oder zu einem **Facharzt** bzw. einer **Fachärztin** gegangen wären, wenn es die PVE nicht gegeben hätte (Fröschl/Antony 2017).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass PVE eine hohe Versorgungswirksamkeit haben und die in sie gesetzten Erwartungen bezüglich Entlastung nachfolgender Versorgungsstrukturen zunehmend erfüllen.

2.2.3.6 Allgemeine Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Aus den Evaluierungsergebnissen der PVE in Wien, Niederösterreich und der Steiermark lässt sich herauslesen, dass PVE von den Patientinnen und Patienten **gut angenommen** werden. Diese sind sehr zufrieden mit den **längeren Öffnungszeiten** und dem **erweiterten Leistungsangebot** in PVE. **Neun von zehn** Befragten aus Niederösterreich, der Steiermark und der PVE „Medizin Mariahilf“ können PVE Verwandten, Freundinnen/Freunden und Kolleginnen/Kollegen **weiterempfehlen** (EPiG 2022; Fröschl/Antony 2017; Simek/Edelmann 2023).

2.2.3.7 Attraktives Arbeitsmodell

PVE bieten durch das multiprofessionelle Team nicht nur Patientinnen und Patienten erweiterte Angebote und attraktive Rahmenbedingungen, sondern auch den dort tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Franczukowska et al. (2020) berichten in ihrer Studie von einer hohen Arbeitszufriedenheit von PVE-Ärztinnen und -Ärzten, von verbesserten Arbeitsbedingungen und einer höheren Lebensqualität als in Einzelpraxen oder Spitälern. Sie stellen Vorteile wie Teamarbeit, vielseitiges Aufgabengebiet, geregelte Arbeitszeiten, mögliche Teilzeitarbeit und bessere Work-Life-Balance sowie reduzierten Bürokratieaufwand den Herausforderungen in PVE gegenüber. Dazu zählen sie das Finden qualifizierter Mitarbeiter:innen, das finanzielle Risiko, die Aufgabenverteilung im Team und zeitintensive Koordination sowie das höhere Konfliktpotenzial im Team.

Auch der Evaluationsbericht aus Niederösterreich beschreibt eine sehr hohe **Zufriedenheit der Mitarbeitenden** in PVE. Die Interviewten aus allen drei evaluierten PVE (St. Pölten, Böheimkirchen und Schwechat) berichten von einer hohen Arbeitszufriedenheit und empfinden die PVE als bessere Arbeitsumgebung denn Krankenhäuser oder Einzelordinationen. Die **Zusammenarbeit im Team** und die Möglichkeiten für Austausch innerhalb und auch zwischen den verschiedenen Berufsgruppen werden als positive Faktoren hervorgehoben. Die **geregelten Arbeitszeiten** ermöglichen eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatem. Insbesondere Ärztinnen und Ärzte fühlen sich durch Angehörige der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege und das PVE-Management in ihrer Tätigkeit entlastet (Simek/Edelmann 2023).

3 Teil 2: Fokusgruppen

Aufbauend auf der Dokumentenanalyse, wurden zur Erhebung von Veränderungen in Primärversorgungseinheiten sowie ihres Nutzens für allgemeinmedizinische Einzelordinationen Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie Hausärztinnen und -ärzten aus PVE durchgeführt. Da zu Beginn des Projekts Veränderungen in PVE aus der Perspektive von Patientinnen/Patienten und Hausärztinnen/-ärzten ausschließlich anekdotisch bekannt waren, fiel die Wahl für die Erhebung nicht strukturiert bekannter Faktoren auf eine qualitative Methode.

3.1 Methode

Die Methode der Fokusgruppe wurde gewählt, um einen gegenseitigen Austausch und eine Konfrontation mit Wahrnehmungen, Meinungen und Ideen zwischen verschiedenen Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmern zu generieren. Dies ermöglicht nicht nur ein Plus an Informationen, sondern auch eine gegenseitige Befruchtung, die individuelle Überlegungen vertieft. Der Fokus liegt auf dem Verständnis der Perspektiven der Teilnehmer:innen in der Interaktion. Dabei können in der Gruppe auch Erkenntnisse generiert werden, die nicht durch vorab festgelegte Leitfäden abfragbar sind. Kommunikation miteinander – und nicht mit dem oder der Moderator:in – steht dabei im Vordergrund. Die Fokusgruppen eignen sich besonders für spezifische und eng fokussierte Themen, wobei die Analyse von Interaktionen im Vordergrund steht, nicht jene einzelner Sichtweisen (Baur/Blasius 2019; Citizens Advice 2015; Döring/Bortz 2015; Tausch/Menold 2015)

Die Gruppengröße wurde entsprechend der Empfehlung in der Literatur auf maximal acht bis zwölf Personen begrenzt (Tausch/Menold 2015). Bei der Zusammensetzung wurde auf Prinzipien wie die Balance zwischen Heterogenität und Homogenität sowie eine flache Hierarchie innerhalb der Gruppe geachtet. Die Moderation verfolgte das Ziel, einen Alltagsbezug herzustellen und das Interesse aller Zielgruppenmitglieder zu wecken. Dabei setzte sie auf Zurückhaltung bei thematischen Fragen, Neutralität und eine ausgewogene aktive Beteiligung der Teilnehmer:innen. Die Gesprächsniveaus wurden den Zielgruppen angepasst, sei es durch die Verwendung medizinischen Fachvokabulars für Ärztinnen und Ärzte oder einer patientengerechten Sprache für Patientinnen und Patienten. (Baur/Blasius 2019; Döring/Bortz 2015; Tausch/Menold 2015)

Die Aufgaben der Moderation umfassten die Stimulierung der Diskussion, ohne diese zu stark zu lenken, sowie die Möglichkeit für die Teilnehmer:innen, phasenweise ohne Einfluss der Forschenden miteinander zu sprechen. Die Unterstützung von Redebeiträgen aller Teilnehmer:innen, das Aufrechterhalten eines Gleichgewichts zwischen Dauer und Anzahl der Beiträge sowie das aktive Nachfragen nach konträren, gleichen oder ergänzenden Themen waren die zentralen Aufgaben der Moderation [Baur/Blasius (2019), Döring/Bortz (2015), Tausch/Menold (2015)]. Es gab dabei eine klare Rollenaufteilung, wobei der oder die erste Moderator:in aktiv moderierte und der oder die jeweils zweite Moderator:in für die Dokumentation, Visualisierung und Strukturierung verantwortlich war.

3.2 Fokusgruppe mit Hausärztinnen und -ärzten aus Primärversorgungseinheiten (PVE)

Das Ziel der Fokusgruppe mit Hausärztinnen und -ärzten aus PVE war es, ihre subjektiven Wahrnehmungen und Eindrücke zu erlebten Veränderungen in der Primärversorgungseinheit im Vergleich zu einer Tätigkeit in einer hausärztlichen Einzelordination zu explorieren. Dabei sollten sowohl Aspekte ihrer Arbeitsbedingungen als auch solche der Versorgung von Patientinnen und Patienten besprochen werden.

3.2.1 Sampling

Um möglichst viele erlebte Veränderungen erheben zu können, sollten die Teilnehmer:innen vielfältige Charakteristika des Spektrums an Hausärztinnen und -ärzten aus PVE aufweisen. Es wurde für die Rekrutierung von Fokusgruppenteilnehmerinnen und -teilnehmern daher die Methode des „theoretical sampling“ entlang definierter Kriterien gewählt (Pope et al. 2006):

- » Großstadtanteil: maximal 70 Prozent
- » Frauen/Männer: keine Gruppe kleiner als 40 Prozent
- » Alter: jünger als 50 Jahre, ab 50 Jahre: keine der beiden Gruppen kleiner als 40 Prozent

Obligat war, dass die Hausärztinnen und -ärzte Gesellschafter:innen der PVE waren. Die Teilnehmer:innen wurden unabhängig davon ausgewählt, ob sie vor der PVE als Hausärztinnen und -ärzte mit eigener Kassenordination tätig gewesen waren oder nicht. Anhand dieser Kriterien erfolgten eine Recherche nach Hausärztinnen und -ärzten auf den Websites der PVE in Österreich und die Erstellung einer Liste mit potenziellen Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Diese wurden durch Projektmitarbeiter:innen der GÖG per Mail mit der Anfrage zur Teilnahme an der Fokusgruppe sowie mit allgemeinen Informationen zum Projekt sowie den Fokusgruppen kontaktiert. Personen, von welchen keine Antwort eintraf, wurden telefonisch kontaktiert. Nach einer Zusage erhielten alle Teilnehmer:innen eine (im Anhang zu findende) Einverständniserklärung zur Unterfertigung bezüglich der Video- und der Tonaufnahme während der Fokusgruppe sowie der Verwendung der anonymisierten Daten zur Auswertung und den Zoom-Link per Mail.

3.2.2 Datenerhebung und -analyse

Die Dokumentation der Kernaussagen während der Fokusgruppe nahm einer der beiden Moderatoren im Online-Whiteboard „Miro“ vor. Dabei wurden die angesprochenen Veränderungen auf virtuellen Post-its dokumentiert und in Themenbereiche geclustert. Eine Projektmitarbeiterin der GÖG hörte im Nachgang der Fokusgruppe noch einmal die Aufnahme durch und erweiterte bzw. konkretisierte dokumentierte Veränderungen bei Bedarf. Auf eine Volltranskription wurde aufgrund begrenzter Zeitressourcen verzichtet.

3.2.3 Durchführung der Fokusgruppe

3.2.3.1 Beschreibung der Fokusgruppenteilnehmer:innen

Von den 16 kontaktierten PVE-Hausärztinnen und -ärzten nahmen sieben an der Fokusgruppe teil. Von sechs Personen kam eine Absage, und drei Personen gaben dem Projektteam keine Rückmeldung. Die Fokusgruppe setzte sich aus jeweils zwei Personen, welche in Wien, in Niederösterreich und in Oberösterreich arbeiteten, und einer Person, die in Salzburg tätig war, zusammen. Eine Person führte vor der PVE-Gründung eine hausärztliche Einzelpraxis, vier Personen eine hausärztliche Gruppenpraxis und zwei Personen hatten vor ihrem Einstieg keinen Kassenvertrag inne und wählten den Einstieg in eine bereits bestehende PVE als Beginn der kassenhausärztlichen Tätigkeit im niedergelassenen Bereich. Bei den Teilnehmenden handelte es sich um drei Frauen und vier Männer, zwei der Teilnehmenden waren zum Zeitpunkt der Fokusgruppe über 50 Jahre alt (25 %). Drei Personen stammten aus dem städtischen Bereich (37 %). Aufgrund der Altersverteilung konnten die vorab definierten Ziele zur Anzahl und Heterogenität der Zusammensetzung der Fokusgruppe nicht gänzlich erreicht werden. Die Repräsentativität der Gruppe wird jedoch aufgrund der Gruppengröße als ausreichend angesehen.

3.2.3.2 Beschreibung der Moderation, des Ablaufs und der Nachbereitung der Fokusgruppe

Um Personen aus vielen unterschiedlichen Bundesländern zu gewinnen und den Zugang möglichst niederschwellig zu gestalten, wurde die Fokusgruppe online via Zoom durchgeführt. Es wurden 2,5 Stunden für die Durchführung anberaumt, diese Zeit wurde voll ausgeschöpft.

Am Beginn der Fokusgruppe erfolgte eine Einführung zum Projekt, eine Vorstellung der Projektziele sowie des Ablaufs und der Moderation der Fokusgruppe. Um die Mitteilsamkeit und Redebereitschaft der Teilnehmer:innen zu fördern, wurden diese gebeten, sich kurz namentlich vorzustellen sowie die Bezeichnung und den Ort ihrer jeweiligen PVE zu nennen.

Der Ablauf der Fokusgruppe konnte entsprechend dem Moderationskonzept durchgeführt werden. Die unterschiedlichen Fragestellungen wurden von fast allen Teilnehmenden nacheinander beantwortet, sodass meist alle von ihnen zu Wort kamen. Die Redezeiten der Teilnehmenden waren, wie zu erwarten, unterschiedlich lang, jedoch gab es keine:n, die oder der durch übermäßig lange Antworten aufgefallen wäre. Da diese Antwortrunden mehr zeitliche Ressourcen benötigten als erwartet, ging die Moderation dazu über, mehrere Fragestellungen zusammenzufassen. Schlussendlich wurden alle vorab definierten Fragen gestellt und beantwortet. Aus Sicht der Moderation war die Stimmung in der Fokusgruppe gut. Die Teilnehmer:innen schienen Vertrauen zu haben, was sich durch ihre Offenheit bezüglich Antworten und Kommentaren äußerte.

3.2.3.3 Leitfaden

Für die Erstellung des Leitfadens wurden in einem ersten Schritt die Hauptthemen aus der Literaturrecherche zu Veränderungen aus den Kapiteln 2.2.1 und 2.2.2, welche die Arbeitsbedingungen sowie Faktoren der Patientenversorgung betreffen, gelistet und Fragen dazu gesammelt. In einem nächsten Schritt wurden diese thematisch zusammengefasst und übergreifende Fragen zu den Themen Angebot, Beziehung zwischen Ärztin/Arzt/Team und Patientinnen/Patienten, Zufriedenheit, niederschwelliger Zugang, Gesundheitskompetenz, Bevölkerungszugang, Zugang vulnerabler Gruppen, Erstanlaufstelle/Lotsenfunktion, Versorgung von Menschen, die chronische Erkrankungen aufweisen, und Gesundheitsförderung formuliert. Aufgrund der hohen Anzahl von Fragen und der eingeschränkten Zeit für die Fokusgruppe durchlief der Leitfaden eine Feedbackschleife durch das Steering Committee bezüglich Ausrichtung und Verständlichkeit der Fragen. Dieses reduzierte zudem die Fragen und priorisierte die aus seiner Sicht besonders relevanten Fragen. Weiterführende Detailthemen wurden als Hilfestellung darunter genannt, um bei Bedarf konkreter nachfragen zu können. Alle Veränderungen sollten im Vergleich zur Tätigkeit in der hausärztlichen Einzelordination beschrieben werden.

Tabelle 3.1:
Leitfaden Fokusgruppe mit Hausärztinnen und -ärzten aus Primärversorgungseinheiten

Agenda	Fragen
Eingangsthemen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wenn Sie an Ihre frühere Hausarztztätigkeit zurückdenken: Was hat sich verändert, seit Sie in der PVE arbeiten (im Vergleich zu Ihrer vorherigen Tätigkeit in einer Einzelordination)?
Angebot	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inwiefern hat sich das Angebot verändert (auch abseits der medizinischen Leistungen)? 2. Inwiefern hat sich das Versorgungsangebot durch die Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe verändert? 3. Wenn Sie an Patientinnen und Patienten denken, die biopsychosozial sehr belastet sind bzw. es schwer haben, z. B. durch Krankheit, wegen Arbeitslosigkeit: Was hat sich für diese Personen in der PVE im Vergleich zur Einzelordination verändert? 4. Inwiefern hat sich die Betreuung von Patientinnen und Patienten, die chronische Erkrankungen aufweisen, durch das PVE-Team verändert? 5. Inwiefern hat sich für Sie die Infrastruktur/Ausstattung verändert?
Zufriedenheit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie hat sich Ihre Zufriedenheit verändert? 2. Was hat Ihre Zufriedenheit beeinflusst? 3. Inwiefern haben sich die Arbeitsbedingungen für Sie verändert? (Bürokratie, Teamarbeit, Zeit- und Stressfaktoren, Work-Life-Balance, Flexibilität der Arbeitszeiten / Arbeitseinteilung/Gestaltungsmöglichkeiten) 4. Inwiefern hat sich die Teamarbeit auf Ihre Arbeitsbe- bzw. -entlastung ausgewirkt? (Zeit/Stress)
Beziehungen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inwiefern hat sich die Beziehung zwischen Ihnen und den Patientinnen/Patienten verändert? 2. Inwiefern hat die PVE Ihre Kommunikationsstrategie/-wege verändert (nun mehr Kontaktpunkte)? 3. Inwiefern hat sich die Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe verändert (innerhalb und außerhalb der PVE)?
Gesundheitskompetenz	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inwiefern werden Patientinnen und Patienten nun unterstützt, ihr Wissen über Krankheiten und in puncto Umgang mit Beschwerden zu erweitern? 2. Inwiefern werden Patientinnen und Patienten nun unterstützt, sich im Gesundheitswesen besser zurechtzufinden?

Quelle: GÖG

Die Fokusgruppe mit den Hausärztinnen und -ärzten aus PVE fand am Dienstag, dem 23. 5. 2023 von 19.00–21.30 Uhr (2,5 Stunden) online via Zoom statt. Als Moderatoren fungierten Florian Stigler und David Wachabauer.

3.2.4 Ergebnisse

3.2.4.1 Veränderung des Angebots

Zu den wahrgenommenen Veränderungen zählen laut den Fokusgruppenteilnehmerinnen und -teilnehmern die erweiterten Öffnungszeiten, das breite Versorgungsspektrum, die umfassende Versorgung biopsychosozial belasteter und chronisch erkrankter Personen sowie die niederschwellige Versorgung von Menschen, die soziale Bedarfe haben.

Erweiterte Öffnungszeiten ohne Schließtage

Als eine der größten Veränderungen seit dem Wechsel in eine PVE gaben die Fokusgruppenteilnehmer:innen das verbesserte Angebot für die Patientinnen und Patienten an. Hierzu zählen die erweiterten Öffnungszeiten, insbesondere an den Tagesrandzeiten, aber auch der Umstand, dass die Ordination während des Urlaubs oder im Krankheitsfall nicht geschlossen werden muss. Zusätzlich ist in den meisten Fällen eine sehr rasche Terminvergabe möglich.

„Gegenüber der Gruppenpraxis haben sich insbesondere die Öffnungszeiten verändert – die sind jetzt erweitert – und die Begleitberufe, die wir jetzt dazugenommen haben. Aber was sich wirklich stark verändert hat, eigentlich aufgrund der Coronapandemie, ist die Umstellung unserer Ordination auf eine Terminordination, aber das ist eine der massivsten und besten Veränderungen – wobei wir natürlich Akutpatientinnen und -patienten immer drannehmen.“

Breites Versorgungsspektrum / Alle Angebote unter einem Dach

Für Patientinnen und Patienten bietet die Versorgung in einer PVE den Vorteil, dass alle Angebote unter einem Dach zu finden seien und es sich um ein niederschwelliges und kostenloses Angebot handle. Dies entspreche einer modernen Form der Primärversorgung.

Besonderer Vorteil durch Erweiterung um Sozialarbeit und Diätologie

Besonders hervorgehoben wurden die Diätologie und die Soziale Arbeit. Von diesem neu geschaffenen Angebot würden die Patientinnen und Patienten besonders profitieren. Die Einbettung der Sozialen Arbeit in der PVE bedinge laut der Fokusgruppenteilnehmer:innen einen großen Unterschied im Vergleich zur hausärztlichen Einzelordination. Sozialarbeiter:innen haben eine andere Arbeitsweise und gehen den Ursachen von Problemen mehr auf den Grund als andere Berufsgruppen. Für Patientinnen und Patienten kann es dadurch zu deutlichen Verbesserungen kommen.

„Und die Diätologie, die anders einfach nicht finanziert wird, aber gerade in der Diabetes- und Adipositasbetreuung enorm wichtig ist und auch in der Schulbetreuung Primärprävention anbietet – von dem haben wir vorher auch nur träumen können. Das war auch eine massive Verbesserung und positive Veränderung.“

Generalistischer Ansatz als Herausforderung bei spezialisierten Fragestellungen

Das Angebot der verschiedenen Gesundheitsberufe im erweiterten Team geht jedoch mit einer gewissen Einschränkung einher. Wenn sich Patientinnen und Patienten mit speziellen Fragestellungen extern jemanden suchen, so haben die von ihnen gewählten Fachkräfte häufig bestimmte Schwerpunkte oder Zusatzausbildungen. Die Möglichkeit, immer das passende Angebot für jede Patientin und jeden Patienten sowie jedes Problem durch Mitarbeitende der PVE anbieten zu können, ist aufgrund der vielen Spezialisierungen eingeschränkt.

Unzureichende Finanzierung des nichtärztlichen erweiterten Teams

Zwei Teilnehmer der Fokusgruppe äußerten sich kritisch über die fehlenden finanziellen Anreize für einen weiteren Ausbau des erweiterten Teams. Aus einer rein betriebswirtschaftlichen Sicht ist das erweiterte Team ein defizitäres Unterfangen, je nach Bundesland ein „Minusgeschäft“ oder ein „Nullsummenspiel“. Man beschäftige es, da es deutliche Vorteile für die Patientinnen und Patienten bringe – und in der Hoffnung, dass sich die finanzielle Abgeltung dafür in Zukunft verbessere.

Umfassendere Versorgung biopsychosozial belasteter oder chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten

Die Betreuung in einer PVE bedeute insbesondere für biopsychosozial belastete Personen und Menschen mit einer chronischen Erkrankung einen großen Unterschied, meinen die Fokusgruppenteilnehmer:innen. Wirklich neu sei, dass die Angebote von Psychologie, Psychotherapie, Sozialer Arbeit und Diätologie im Rahmen der Primärversorgung kostenlos und niederschwellig in Anspruch genommen werden können.

Für Menschen mit chronischen Erkrankungen ist die Versorgung durch ein multiprofessionelles Team mit verschiedenen Berufsgruppen ein Vorteil. Zum Beispiel profitieren Patientinnen und Patienten mit einer Diabetes-mellitus-Erkrankung davon, neben der ärztlichen Betreuung eine Wundversorgung durch eine:n DGKP und eine Ernährungsberatung durch eine Diätologin oder einen Diätologen zu erhalten. Weiters wird in diesem Zusammenhang das „runde Angebot“ genannt, welches durch das erweiterte Team möglich ist. Werden Patientinnen und Patienten palliativ begleitet, kann eine psychologische Betreuung der Angehörigen ebenfalls angeboten werden. Dieses Angebot schafft Nähe und die Möglichkeit, die Menschen abzuholen. Als weiteres Beispiel wird die Möglichkeit der Substitutionstherapie in der PVE genannt, was für bestimmte marginalisierte Personen wichtig sein kann.

Niederschwellige Betreuung von Personen, die soziale Bedarfe aufweisen

Die PVE ermöglicht es, bei sozial vereinsamten Personen die Soziale Arbeit einzubinden. Früher, in der hausärztlichen Einzel- oder Gruppenordination, wären dafür keine zeitlichen Ressourcen vorhanden gewesen beziehungsweise hätte das fachliche Know-how der Sozialen Arbeit gefehlt. Für Patientinnen und Patienten aus marginalisierten Gruppen ist das kostenlose Angebot von Social Prescribing in der PVE ein großer Gewinn. Es wird sehr gut angenommen, insbesondere wenn es zu längeren Wartezeiten bei der Psychotherapie kommt. In Situationen, welche nicht als ganz akut eingestuft werden, kann Social Prescribing oftmals schon helfen und wird von den PVE-Hausärztinnen und -ärzten als gutes Konzept angesehen, welches hoffentlich auch noch nach dem aktuellen Fördercall finanziell abgegolten wird. Allgemein wird es als positiv erachtet, dass die PVE auch eine niederschwellige Anlaufstelle für nichtmedizinische Anliegen sein kann.

„Für Patientinnen und Patienten, die aus marginalisierten Gruppen kommen, ist das Social Prescribing ein großer Gewinn. Es ist kostenlos, und bei uns ist es eine Kollegin, die davor bereits lange bei pro mente tätig war und daher gut vernetzt ist und sich gut auskennt. Es sind diese nichtmedizinischen Anliegen, wo die Menschen plötzlich eine Anlaufstelle haben.“

3.2.4.2 Veränderung in puncto Zufriedenheit

Für die Teilnehmer:innen der Fokusgruppe hat sich die Zufriedenheit im Rahmen der beruflichen Tätigkeit in einer PVE größtenteils verbessert. Es werden wenige negative Veränderungen genannt, welche eine verringerte Zufriedenheit zur Folge haben.

Zeitliche Flexibilität

Durch die erweiterten Öffnungszeiten, welche man sich mit anderen Kolleginnen und Kollegen teile, könne die Zeit, in welcher man persönlich in der PVE anwesend ist, variieren. Diese Flexibilität bedeutet eine große Freiheit im Vergleich zur früheren Tätigkeit in der hausärztlichen Einzelordination.

„[...] diese Freiheit, sich in der Zeit zwischen 7–19 Uhr bewegen zu können, ist eigentlich die größte Freiheit, die ich in diesem neuen System PVE genieße, das ist das, was für mich den Kopf so frei macht.“ [RF 01:39]

Hierzu zählt auch die empfundene Sicherheit, zu wissen, dass die Ordination immer geöffnet ist, auch wenn man selbst aufgrund von Krankheit oder persönlicher Termine verhindert sein sollte. Dies führe auch dazu, dass man ohne schlechtes Gewissen Urlaub machen oder Fortbildungen besuchen könne.

„Es ist immer jemand da, der den Laden am Laufen hält.“

Kollegialer Austausch mit Ärztinnen und Ärzten sowie Angehörigen weiterer Gesundheits- und Sozialberufe

Als besonders positiv wird der kollegiale Austausch mit den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen sowie den weiteren Teammitgliedern hervorgehoben. Insbesondere als Berufseinsteiger:in bietet die PVE eine attraktive Möglichkeit, sich als Allgemeinmediziner:in in der Primärversorgung niederzulassen, ohne sich in einer Einzelordination überfordert oder als Sekundärärztin/-arzt im Spital gefangen zu fühlen. Die Arbeit in einer PVE bietet die Möglichkeit, kurzfristige Rücksprache bei Unsicherheiten zu halten und bei offenen Fragen das multiprofessionelle Team für eine Ideensammlung zu nutzen. Das kann in weiterer Folge die Patientenversorgung verbessern und die Zufriedenheit erhöhen. Diese Möglichkeiten werden als große Bereicherung wahrgenommen.

„Die Teamarbeit macht einfach eine gute Stimmung, wenn man ein Teamplayer ist.“

Mehr Zeit für Versorgung entsprechend den ärztlichen Kernkompetenzen

Das erweiterte Team wird als große Unterstützung wahrgenommen und ermöglicht ein qualitätsvolleres Arbeiten. Durch das breitere Angebot in der PVE ist im Vergleich zu den limitierten Möglichkeiten in der hausärztlichen Einzel- oder Gruppenordination eine professionellere Patientenversorgung möglich.

PVE-Hausärztinnen und -ärzte können Aufgaben, welche nicht den ärztlichen Kernkompetenzen entsprechen, an das erweiterte Team delegieren. Damit profitieren die Patientinnen und Patienten von mehr Zeit, welche für das ärztliche Gespräch und die ärztliche Behandlung bleibt. Da Tätigkeiten wie Blutabnahme, EKG, Spirometrie, Harnuntersuchung und Wundversorgung an die Pflege delegiert werden können sowie organisatorische Tätigkeiten wie die Verrechnung oder Bestellungen von Assistentinnen und Assistenten übernommen werden, bleibt mehr Zeit für die wirkliche ärztliche Tätigkeit mit den Patientinnen und Patienten. Die Möglichkeit, entsprechend den ärztlichen Kernkompetenzen zu arbeiten, trägt zu einer gesteigerten Zufriedenheit bei.

„Es ist einfach herrlich, gewisse Aufgaben delegieren zu können. Ich geb zu, ich habe keine Ahnung von Wundversorgung, wir haben da unsere vier DGKPs, davon sind zwei zertifizierte Wundmanager, das ist natürlich ein riesiger Qualitätsgewinn, auch für unsere Patienten.“

Im Zuge der einschlägigen Diskussion wird, wenn man von dem erweiterten Team der PVE spricht, eine Unterscheidung zwischen medizinischem Personal, erweitertem medizinischen Personal sowie nichtmedizinischem Personal getroffen. Medizinisches Personal wie die DGKP nehmen den PVE-Hausärztinnen und -ärzten direkt und unmittelbar Arbeit ab. Erweitertes medizinisches Personal wie z. B. Diätologinnen und Diätologen führt dazu, dass die Patientinnen und Patienten in der PVE eine breitere Versorgung erhalten, welche zuvor nur auf Reha/Kur möglich gewesen wäre, weil eine intensive Behandlung dieser Themen von ärztlicher Seite nicht möglich war. Das nichtmedizinische Personal z. B. Vertreter:innen der Sozialen Arbeit liefert Expertise und Netzwerke,

welche komplett außerhalb der medizinischen Tätigkeit liegen und erweitert somit das Spektrum der Leistungen, welche in einer PVE angeboten werden können, sehr.

Veränderung der Arbeitsbelastung durch effizientere/effektivere Versorgungsprozesse

Reduktion der Arbeitsbelastung

Unterschiedliche Meinungen haben die Fokusgruppenteilnehmer:innen bei dem Thema der Arbeitsbelastung. Mehrmals wird als Faktor, welcher die Zufriedenheit fördert, angegeben, dass die Arbeit in der PVE mit einer verkürzten Arbeitszeit und einem geringeren Arbeitspensum einhergehe. Dies sei unter anderem darin begründet, dass die Last nicht auf einer Person allein liege, sondern sich auf das Team verteile, sowie darin, dass man nach dem Dienst von den Kolleginnen und Kollegen abgelöst werde.

Intensivere Arbeitsbelastung

Ein Fokusgruppenteilnehmer führte jedoch an, dass sich die hohe Arbeitsbelastung durch die Versorgung in einer PVE für ihn nicht verbessert habe. Dies wird dadurch erklärt, dass das System effizienter geworden ist, zeitliche Ressourcen besser genutzt würden und dadurch die Intensität pro gearbeitete Stunde nicht weniger, sondern eher mehr geworden ist.

Schwierigere Entscheidungsfindung und gefühlter „Machtverlust“

Mehrere Teilnehmer:innen gaben an, dass der empfundene „Machtverlust“ durch die geringere Entscheidungsfreiheit in einer PVE im Vergleich zu der zuvor geführten hausärztlichen Einzel- oder Gruppenordination die Zufriedenheit trübe. Durch das größere Team könne man Entscheidungen nicht mehr so schnell fällen, allgemein seien die Entscheidungsfindungen durch die Teilhabe mehrerer Personen im Abstimmungsprozess oft mühsam und träge. Manchen Kolleginnen und Kollegen, welche es nicht gewohnt sind, im Team Entscheidungen zu treffen, fällt dies sehr schwer. Die Fokusgruppe ist sich einig, dass interne Strukturen mit zunehmender Größe und breiterem Angebot der PVE mehr zeitliche Ressourcen benötigen würden. Hinsichtlich Leadership wäre es besser, weniger große Gesellschafterstrukturen und mehr angestellte Ärztinnen und Ärzte zu haben, um die Entscheidungsfindungen zu erleichtern.

3.2.4.3 Veränderung in den Beziehungen

Mit dem Wechsel in eine PVE haben sich die Beziehungen der PVE-Hausärztinnen/-ärzte zu den Patientinnen/Patienten sowie zu den Kolleginnen/Kollegen und den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern innerhalb des Teams verändert.

Beziehung zwischen PVE-Hausärztinnen/-ärzten und Patientinnen/Patienten

Beibehalten der Vertrauensärztin bzw. des Vertrauensarztes insbesondere bei chronisch kranken und älteren Personen

Auf die Frage, ob und wie sich die Beziehung zwischen Hausärztinnen/ärzten und Patientinnen/Patienten im Rahmen der Umstellung auf eine PVE verändert hat, gaben die Teilnehmer:innen an, dass es auch in einer PVE möglich sei, einen guten Beziehungsaufbau im Rahmen der hausärztlichen Versorgung zu erreichen. Es wird darauf geachtet, dass jede PVE-Hausärztin und jeder PVE-Hausarzt „ihre“ bzw. „seine“ (meist chronischen) Patientinnen und Patienten beibehält und somit eine kontinuierliche Betreuung aufrechterhalten bleibt. Besonders älteren Patientinnen und Patienten scheint dies wichtig zu sein, da sie sehr darauf achten, immer bei der gleichen Hausärztin bzw. dem gleichen Hausarzt zu sein. Wenn es einmal nicht möglich ist, dann bekommen sie trotzdem eine gute Versorgung und freuen sich dafür umso mehr, wenn sie wieder bei „Ihrer eigenen Hausärztin“ bzw. „ihrem eigenen Hausarzt“ sind.

Ein Teilnehmer der Fokusgruppe erzählte, dass es aufgrund der Vergrößerung des ärztlichen Teams teilweise zu einer Aufteilung der Chronikerpatientinnen und -patienten gekommen sei. Dadurch sei es in manchen Fällen zu Veränderungen auf der Beziehungsebene gekommen. Er habe jedoch nicht den Eindruck, dass den Patientinnen und Patienten dadurch etwas fehlen würde.

Flexibilität in der Verfügbarkeit einer Ärztin / eines Arztes durch gesellschaftlichen Wandel

Die Fokusgruppenteilnehmer:innen gaben an, dass die erweiterten Öffnungszeiten der PVE notwendig seien, da ein gesellschaftlicher Wandel stattgefunden habe. Jüngere Patientinnen und Patienten kämen dann, wenn es ihnen der Alltag erlaube; ob sie immer dieselbe Ärztin oder denselben Arzt hätten, sei ihnen dabei nicht so wichtig. Die Fokusgruppe meinte, dass es sich dabei um eine „anonymere“ Behandlung handle und dadurch ein weniger intensiver Beziehungsaufbau möglich sei.

„Wir versuchen das Hausarztsystem beizubehalten, das heißt jeder hat seine Chronikerpatienten. Die Jungen, die kommen natürlich, wann sie wollen, das heißt das ist etwas anonym, das ist ganz klar. Bei der Generation, die jetzt kommt, die mittelalten und die Jüngeren, ich glaube, dass denen diese Anonymität egal ist. Für mich ist das auch voll okay, ich muss nicht besonders tiefgehende Beziehungen zu allen Patienten aufbauen, die Anonymität kann manchmal auch ganz angenehm sein.“

Eine Teilnehmerin berichtete, dass die Patientinnen und Patienten das System der PVE sehr gut annähmen. Eine Akutbehandlung sei jederzeit möglich; möchte man von einer speziellen Ärztin / einem speziellen Arzt behandelt werden, könne es sein, dass man etwas länger auf einen Termin warten müsse. Die Patientinnen und Patienten würden dahingehend informiert und trafen selbstständig die Entscheidung, z. B. sei ein Soforttermin bei einer akuten Angina wichtig, bei jahrelang bestehenden psychischen Problemen würde man aber eher auf die „eigene Ärztin“ oder den „eigenen Arzt“ warten. Sie habe nicht das Gefühl, dass Patientinnen und Patienten durch Anonymität

abgeschreckt würden oder diese überhaupt besonders stark zu spüren bekämen. Allgemein scheint die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten in der PVE sehr gut zu sein.

Beibehalten der Kontinuität durch gemeinsames Dokumentationssystem

Die Fokusgruppenteilnehmer:innen beschrieben, dass eine Behandlung durch unterschiedliche Hausärztinnen und -ärzte für die Behandlungsqualität keine Rolle spiele. Durch die gute Dokumentation der Kolleginnen und Kollegen sei man sehr rasch auf dem aktuellen Wissensstand, auch wenn man die Patientin bzw. den Patienten nicht kenne. Wenn man nicht den Anspruch auf eine tiefgehende Beziehung mit allen Patientinnen und Patienten habe, sei diese gewisse Anonymität auch angenehm.

Beziehungen innerhalb des PVE-Teams

Vermehrter Bedarf an strukturierter Kommunikation und entsprechenden zeitlichen Ressourcen

Die Konstellation in einer PVE führt zu einer intensiveren Teamarbeit, es besteht aber auch ein größerer Bedarf an Kommunikation, beispielsweise in Form von Teammeetings. Die dafür notwendigen zeitlichen Ressourcen sind geringer, je weniger „komplex“ das Team zusammengesetzt ist. Jedoch sind Besprechungen innerhalb des Teams immer notwendig und stellen einen Mehraufwand im Gegensatz zur Arbeit in hausärztlichen Einzel- und Gruppenpraxen mit weniger diversem Team dar.

Herausforderung im Umgang mit fachlichen Differenzen im Team

Als schwierige Situation wurde beschrieben, wie man damit umgeht, wenn es zu fachlichen Differenzen innerhalb des Teams kommt und man mit Therapieentscheidungen von Kolleginnen und Kollegen nicht einverstanden ist.

Kritik durch Ärztekammer sowie Kolleginnen und Kollegen von außen

Mehrere Teilnehmer:innen der Fokusgruppe erzählten, dass sie Kritik und Gegenwind vonseiten der Ärztekammer, aber auch von niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen aus der Umgebung erhalten hätten. Einerseits haben Kolleginnen und Kollegen scheinbar Angst, dass ihnen ihre Patientinnen und Patienten durch das attraktive Angebot der PVE abgeworben werden könnten. Andererseits wird Kritik dahingehend geäußert, dass es durch die PVE zu einer „Zwei-Klassen-Medizin“ kommen würde, da die Patientinnen und Patienten der PVE ein breiteres kostenloses Angebot in Anspruch nehmen könnten als die Patientinnen und Patienten in den „normalen“ hausärztlichen Ordinationen.

3.2.4.4 Veränderungen bei der Stärkung der Gesundheitskompetenz

Im Gespräch mit den PVE-Hausärztinnen und -ärzten der Fokusgruppe zeigte sich, dass die Förderung der Gesundheitskompetenz ein Thema ist, welches eher im erweiterten Team angesiedelt ist. Das erweiterte Team bekommt Zeit zur Verfügung gestellt, um solche Angebote zu organisieren. Früher wäre dies nicht möglich gewesen, da die Hausärztinnen und -ärzte in der Einzelordination dafür nicht die notwendigen Zeitressourcen zur Verfügung gehabt hätten.

Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz durch das erweiterte Team

Gesundheitsrelevante Themen, welche in der PVE durch die Patientinnen und Patienten an das Team herangetragen werden, können priorisiert und organisiert werden, und in weiterer Folge können diesbezügliche Projekte für die Patientinnen und Patienten kostenlos angeboten werden. Verschiedene präventive Angebote sind so entstanden, so zum Beispiel ein Projekt zur Raucherentwöhnung, Bewegungsgruppen zur Rückengesundheit durch die Physiotherapie, Ernährungsschulungen zu verschiedenen Themen durch die Diätologie oder eine Gruppe „Fit im Alter“, welche gemeinsam mit Physiotherapie und Ergotherapie gestaltet wird. Auch die Soziale Arbeit spielt hierbei eine wichtige Rolle, es wird ein Einblick in ein Projekt gegeben, in welchem Vorträge zum Thema Demenz und Erwachsenenvertretung für Angehörige betroffener Patientinnen und Patienten durch die Sozialarbeiterin organisiert wurden.

„Vonseiten der Diätologie ist diese Erweiterung der Gesundheitskompetenz sehr stark spürbar, also da kann man wirklich den Patienten anleiten und eine gewissen Kompetenz mitgeben [...] krasse Schritte nach vorne zu machen. Das merken wir auch daran, dass die Vorbuchung für einen freien Termin bei über drei Wochen liegt und das Angebot sehr gut angenommen wird.“

Lotsenfunktion im Gesundheitssystem durch DGKP und Soziale Arbeit

Die Soziale Arbeit sowie die Pflege haben gemeinsame Schnittstellen und werden als besonders wichtig erachtet, um Hilfestellungen zu leisten und durch das Gesundheitssystem zu lotsen.

Gesundheitsförderung bei Kindern im schulischen Umfeld

Ein Fokusgruppenteilnehmer berichtete, dass der Schwerpunkt der Gesundheitsförderung seiner PVE in den Schulen angesiedelt sei, da die PVE-Hausärztinnen und -ärzte ebenfalls als Schulärztinnen und -ärzte tätig seien. Weiters seien die Diätologie, Soziale Arbeit und Psychologie in der Schule tätig und würden Themen rund um Ernährung, Selbstachtung und Selbstwertgefühl behandeln. Das Ziel dabei sei, Grundkompetenzen zu verschiedenen Themenbereichen bereits in der Schule zu stärken. Dies geschehe auch gemeinsam mit dem Roten Kreuz, beispielsweise bei Erste-Hilfe-Schulungen.

3.3 Fokusgruppe mit Patientinnen und Patienten aus Primärversorgungseinheiten

Auch das Ziel der Fokusgruppe mit PVE-Patientinnen und -Patienten war es, deren subjektive Wahrnehmungen und Eindrücke zu erlebten Veränderungen in der Primärversorgungseinheit im Vergleich zur vorherigen Versorgung in einer hausärztlichen Einzelpraxis zu erheben.

3.3.1 Sampling

Für die Rekrutierung von Patientinnen und Patienten aus PVE wurde eine Mischung aus den Methoden des „convenience sampling“ gewählt (Etikan 2016). Angelehnt an das „purposeful sampling“ (Pope/Mays 2020), definierte das Projektteam zusätzlich Charakteristika, die bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Fokusgruppe vertreten sein sollten. Obligat war, dass die Patientinnen und Patienten in einer PVE behandelt wurden und davor in Behandlung in einer Einzelpraxis gewesen waren sowie dass sie über 18 Jahre alt waren. Zudem waren physische Mobilität, um persönlich vor Ort an der Fokusgruppe teilnehmen zu können, sowie ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache für das Gespräch im Rahmen der Fokusgruppe notwendig. Die Teilnahme einer Person mit Migrationshintergrund wurde als optional jedoch wünschenswert erklärt. Um ein Ungleichgewicht in der Gruppe zu vermeiden, wurden folgende Kriterien für diese festgelegt:

- » Frauen/Männer: jeweils nicht weniger als 40 Prozent
- » mindestens eine Person über 55 Jahre
- » mindestens eine Person unter 35 Jahren
- » mindestens eine Person ist Elternteil

Da die Fokusgruppe in den Räumlichkeiten der Gesundheit Österreich GmbH vorgesehen war, sollten sich die PVE, aus welchen Patientinnen und Patienten rekrutiert werden, im geografischen Umfeld, also in Wien und Niederösterreich, befinden. Hierfür wurden in Wien die PVE Sonnwendviertel, Medloft und „Medizin Mariahilf“ sowie in Niederösterreich das PVZ Schwechat und das PVZ St. Pölten kontaktiert und gebeten, Patientinnen und Patienten bezüglich der Teilnahme an der Fokusgruppe anzusprechen.

Das Projektteam übermittelte den PVE zur erleichterten Ansprache ein Informationsblatt zur Fokusgruppe. Dieses enthielt zudem Felder zum Eintrag der Kontaktdaten der Patientinnen und Patienten sowie die Einverständniserklärung, dass die PVE sie für die Organisation der Fokusgruppe an die Projektmitarbeiter:innen der GÖG übermitteln darf. Nach der Übermittlung dieser Daten kontaktierte eine Mitarbeiterin der GÖG die Patientinnen und Patienten telefonisch, informierte sie über das Projekt, klärte Fragen, erfragte die E-Mail-Adresse sowie zeitliche Möglichkeiten. Es wurde angekündigt, dass die Informationen, eine Terminumfrage zur Fokusgruppe sowie die Einverständniserklärung und ein kurzer Fragebogen zur Person per Mail übermittelt würden. Beide Dokumente sollten ausgefüllt werden, die Einverständniserklärung sollte auch unterschrieben retourniert werden. Die Einladung zum Termin der Fokusgruppe erfolgte ebenfalls per Mail. Die Teilnehmer:innen wurden vorab informiert, dass ihre Fahrtkosten retourniert würden und sie als Dank für die Teilnahme einen REWE-Gutschein im Wert von 25 Euro erhalten würden. Des Weiteren wurden sie über die Aufzeichnung der Fokusgruppe telefonisch informiert.

3.3.2 Datenerhebung und -analyse

Die Hauptthemen aus dem Leitfaden wurden vorab auf eine Moderationswand geklebt. Die Dokumentation der Kernaussagen zu erlebten Veränderungen erfolgte direkt während der Fokusgruppe auf Moderationskarten durch eine der beiden Personen des Moderationsduos. Die Kernaussagen wurden bei den entsprechenden Themen verortet. Die Ergebnisse wurden zudem digitalisiert. Eine Projektmitarbeiterin der GÖG hörte im Nachgang der Fokusgruppe noch einmal die Aufnahme durch und erweiterte bzw. konkretisierte dokumentierte Veränderungen bei Bedarf. Auch hier wurde aufgrund begrenzter Zeitressourcen auf eine Volltranskription verzichtet.

3.3.3 Durchführung der Fokusgruppe

3.3.3.1 Beschreibung der Fokusgruppenteilnehmer:innen

Insgesamt erhielt das Projektteam sechs Zusagen von Teilnehmer:innen. Zwei Personen wurden aus dem persönlichen Umfeld von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Projektteams rekrutiert. Eine Person musste aufgrund persönlicher Umstände kurzfristig absagen. Dementsprechend nahmen fünf Personen an der Fokusgruppe teil. Die Charakteristika der Teilnehmer:innen verteilen sich wie folgt:

Tabelle 3.2:

Charakteristika der Teilnehmer:innen der Fokusgruppe mit Patientinnen und Patienten aus Primärversorgungseinheiten

Geschlecht	
Frauen	3
Männer	2
Alterskategorie	
20-29	0
30-39	3
40-49	0
50-59	2
60 oder älter	0
Familienstand	
ledig / ohne Partner:in lebend	1
in Partnerschaft lebend ohne gemeinsamen Haushalt	0
Ehe/Lebensgemeinschaft mit gemeinsamem Haushalt	4
andere Lebensform	0
Kinder	
ja	4
nein	1
Höchste abgeschlossene Ausbildung	
kein Pflichtschulabschluss	0
Pflichtschule	0
Lehrabschluss	2
berufsbildende mittlere Schule ohne Matura (z. B. Handelsschule, dreijährige HBLA)	0
allgemeinbildende oder berufsbildende höhere Schule mit Matura (z. B. Gymnasium, HTL, HAK)	1
Universität/Fachhochschule	2
Sonstiges, und zwar	0
Chronische Erkrankung	
ja	0
nein	5
Betreuung älterer oder pflegebedürftiger Person	
ja	0
nein	5
Wohnort	
Wien	3
Niederösterreich	2
Bundesland der behandelnden PVE	
Wien	2
Niederösterreich	3

Quelle: GÖG

Aus diesem Fragebogen ist ersichtlich, dass es sich um eine Gruppe mit wenigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen handelt. Da keine Teilnehmer:innen in fortgeschrittenem Alter teilnahmen, ist von wenigen altersbedingten Beeinträchtigungen auszugehen. Hinsichtlich des sozioökonomischen Hintergrunds ist die Gruppe der Mittelschicht zuzuordnen. Alle Teilnehmer:innen gaben als

Erstsprache Deutsch an, was darauf hinweist, dass sie mit dem österreichischen Gesundheitssystem vertraut sind. Alle teilnehmenden Personen waren zuvor, wie in den Voraussetzungen festgelegt, in hausärztlichen Einzelpraxen in Betreuung.

In der Planungsphase der Fokusgruppe wurde versucht, eine größere Heterogenität unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu bewirken, dieses Ziel konnte durch das zielgerichtete Sampling über die PVE trotz empfohlener Kriterien nicht erreicht werden. Eine Person mit anderer Erstsprache als Deutsch war verhindert und konnte kurzfristig nicht an der Fokusgruppe teilnehmen.

3.3.3.2 Beschreibung der Moderation, des Ablaufs und der Nachbereitung der Fokusgruppe

Die Fokusgruppe mit den Patientinnen und Patienten aus PVE fand am 9. 6. 2023 von 14.00–17.15 Uhr statt. Die Moderation wurde von Sarah Burgmann und Johannes Marent durchgeführt.

Nach der Einführung inklusive einer Erklärung der Unterschiede zwischen PVE, PVZ und PVN auf Nachfrage entstand eine aktive Unterhaltung in angenehmer Atmosphäre. Die Patientinnen und Patienten waren grundsätzlich interessiert an dem Thema PVE. Vier der fünf Personen entschieden sich aktiv für eine Versorgung in einer PVE, demnach waren diese dem Versorgungsmodell gegenüber positiv eingestellt. Es ist daher ein Selektionsbias der Ergebnisse in Richtung pro PVE zu berücksichtigen.

Während des Gesprächs traten auch gegensätzliche und kritische Meinungen auf (PVE seien effizienzgetrieben und folgten eher einem kapitalistischen System, die Fluktuation der Ärztinnen und Ärzte sei dort hoch), welche im Laufe des Gesprächs revidiert wurden (z. B.: effiziente Prozesse würden eine Professionalisierung bedingen, PVE würden es jungen Ärztinnen und Ärzten ermöglichen, das Arbeitsmodell kennen zu lernen, unterschiedliche Meinungen können wertvoll sein).

Zwei Männer nahmen eine eher aktive Rolle im Gespräch ein, zwei Damen eine eher ruhigere, passivere Rolle, eine Dame brachte sich ausgewogen ein. Die zwei ruhigeren Personen wurden ab und zu persönlich angesprochen, um sich einzubringen. Die Moderation bemühte sich um eine ausgewogene Anzahl und Dauer der Redebeiträge.

Das Thema Gesundheitskompetenz wurde aktiv angesprochen. Weil die Teilnehmer:innen keine Aspekte ihrer Versorgung damit in Verbindung bringen konnten, wurde der Begriff erklärt. Im Gespräch wurden dann einzelne Geschichten darauf bezogen (z. B. Selbstanwendung einer Faszienrolle, Ausgabe von Wanderkarten bei Affinität dazu).

Nachbereitung der Fokusgruppe

Alle Teilnehmer:innen wurden eineinhalb Wochen nach der Fokusgruppe telefonisch kontaktiert. Alle antworteten, dass nichts offengeblieben sei und alles abschließend behandelt worden sei. Sie hatten die Fokusgruppe positiv in Erinnerung, die für sie auch persönlich interessant gewesen sei.

Eine Person merkte ihr Interesse an den Ergebnissen des Projekts an sowie dahingehend, was mit ihrem Input passieren würde.

Die Fokusgruppe mit den Patientinnen und Patienten aus PVE wurde vor Ort an der Gesundheit Österreich GmbH durchgeführt. Es wurde ein Vor-Ort-Format gewählt, um mit den fachfremden und einander unbekanntem Patientinnen und Patienten persönlich in Interaktion treten zu können. Dies sollte Skepsis und Barrieren reduzieren sowie eine vertrauensvolle Umgebung schaffen. Es wurde eine Dauer von drei Stunden inklusive einer Pause festgelegt.

Am Beginn der Fokusgruppe wurden die Teilnehmer:innen willkommen geheißen, das Projekt, das Format, der Ablauf sowie Zweck und Ziel der Fokusgruppe dargelegt. Aufgrund des innovativen Charakters von PVE und ihrer Komplexität – auch bezüglich der Bezeichnung – wurden der Begriff und das Versorgungsmodell der PVE kurz erklärt. Im Anschluss konnten Verständnisfragen gestellt werden, und die Teilnehmer:innen sollten sich vorstellen.

Auch hier wurde die Erhebung in zwei Teile geteilt. In der ersten Session wurden die Fragen aus dem Leitfaden thematisiert. In der Pause wurde die Dokumentation und Zuordnung überarbeitet. In der zweiten Session wurden die Ergebnisse anfangs vorgestellt und danach gemeinsam reflektiert. Im Anschluss wurden die Teilnehmer:innen gebeten, die fünf für sie relevantesten Ergebnisse mit einem Punkt zu bekleben. Den Abschluss bildete die Einladung zu einer Wortmeldung jeder Teilnehmerin und jedes Teilnehmers zur Bewertung. Auch offengebliebene Themen konnten dabei angesprochen werden.

3.3.3.3 Leitfaden

Als Basis für die Erstellung des Leitfadens der Fokusgruppe mit PVE-Patientinnen und -Patienten diente der bereits erstellte Leitfaden für die Fokusgruppe der PVE-Ärztinnen und -Ärzte (siehe Kapitel 3.2.3.3), welcher auf der Grundlage der Hauptthemen der Literaturrecherche erstellt worden war. Für den PVE-Patienten-Leitfaden wurden Fragen zu Arbeitsbedingungen entfernt, Formulierungen zur Patientenversorgung auf Laienverständlichkeit überprüft und der Patientenperspektive angepasst. Auch dieser Fragebogen durchlief einen Feedbackprozess durch das Steering Committee.

Tabelle 3.3:

Leitfaden zur Fokusgruppe mit PVE-Patientinnen und -Patienten

Agenda	Fragen
Einführung	
Willkommen und Dank, kurze Vorstellung	<ul style="list-style-type: none"> » Herzlich willkommen zur heutigen Fokusgruppe mit Ihnen als PVE-Patientinnen und -Patienten. » Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, um uns von Ihren Veränderungen zu erzählen, seit Sie in einer Primärversorgungseinheit – kurz PVE – Patient:in sind. » Vorstellung der Moderatorin und des Moderators
Warum die Fokusgruppe stattfindet und ihr Ziel	<ul style="list-style-type: none"> » Bei der heutigen Fokusgruppe möchten wir von Ihnen erfahren, was sich für Sie verändert hat, seit Sie in einer Primärversorgungseinheit – also einer erweiterten hausärztlichen Ordination mit Personen aus anderen Gesundheits- und Sozialberufen – versorgt werden. » Es hat bereits letzte Woche eine Fokusgruppe mit Ärztinnen und Ärzten aus PVE stattgefunden, bei der wir auch diese danach gefragt haben, was sich in ihrer Arbeit und der Patientenversorgung verändert hat, seit sie in einer PVE arbeiten. » Ihre Erfahrungen zu hören ist ganz wesentlich, um zu lernen, wie man auch die hausärztliche Versorgung in Einzelordinationen weiterentwickeln kann.
Format und Ablauf der Fokusgruppe	<p>Was ist eine Fokusgruppe?</p> <ul style="list-style-type: none"> » Bei dieser Fokusgruppe werden wir immer wieder Fragen in die Runde stellen – zu ihren Erfahrungen in unterschiedlichen Themen, zu denen wir gerne mehr wissen möchten. » Es soll kein strenges Abfragen werden. Es darf sich gerne ein Gespräch zwischen Ihnen entwickeln bzw. dürfen Erfahrungen zu Veränderungen zwischen Ihnen hin und her geschupft werden. <p>Ablauf:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Im 1. Teil möchten wir von Ihren Veränderungen erfahren. » Danach folgt eine Pause, in der Sie sich stärken und erfrischen können. Wir werden währenddessen die Notizen ordnen. » Im 2. Teil wollen wir gemeinsam Ihre Erfahrungen reflektieren. Wobei sind Sie sich einig, dass es positive bzw. negative Erfahrungen sind, wobei vielleicht nicht? » Und welche sind besonders deutlich spürbar für Sie?
Gemeinschaftsgefühl erzeugen und „Was ist eine PVE?“	<p>Ihnen ist also gemein, dass Sie in einer Primärversorgungseinheit versorgt werden.</p> <p>Erklärung PVE: Eine Primärversorgungseinheit, kurz PVE, ist eine erweiterte Ordination. Neben der Hausärztin bzw. dem Hausarzt arbeiten Personen mit verschiedenen Gesundheits- und Sozialberufen, zum Beispiel aus den Bereichen Pflege, Diätologie, Physiotherapie und Sozialarbeit. Manchmal gibt es auch Ansprechpersonen für die psychische Gesundheit, etwa Psychotherapeut:innen. Da es sich um die Grundversorgung handelt, sind in PVE keine Fachärztinnen und -ärzte vertreten, die sich auf ein Organ oder einen Körperteil spezialisiert haben.</p> <p>Das Team ist für Menschen aller Altersstufen da – kümmert sich also um sie von der Geburt bis ins hohe Alter. Es profitieren vor allem Personen, die dauerhaft krank sind. PVE haben auch das Ziel, Gesundheit zu fördern sowie Patientinnen und Patienten bewusst zu machen, was man für die eigene Gesundheit tun kann.</p>
Vorstellungsrunde	Bevor wir loslegen, möchten wir Sie auch kennenlernen.

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 3.2, Seite 2 von 3

Agenda	Fragen
Session 1: Identifikation von Veränderungen (PVE im Vergleich zu Einzelordinationen)	
Eingangsstatement	Die 1. Frage ist recht offen. 1. Denken Sie zurück an Ihre frühere Hausarztpraxis: Was ist in der Primärversorgungseinheit anders? Was fällt ihnen dazu ein?
Angebot	2. Welche Gesundheitsangebote gibt es in der PVE / fallen Ihnen ein, die es in der früheren Hausarztpraxis nicht gegeben hat? 2.1. In der PVE gibt es neben HÄ auch andere Personen, die sich um Ihre Gesundheit kümmern. Wie hat sich die Betreuung dadurch verändert? Vielleicht haben Sie Beschwerden/Erkrankungen, die Sie ein Leben lang begleiten? Also eine chronische Erkrankung wie z. B. Diabetes, Bluthochdruck oder eine Depression.
	3. Wie fühlen Sie sich mit Ihrer chronischen Erkrankung in der PVE im Vergleich zur früheren Hausarztpraxis betreut?
	3.1.1. Wie hat sich die Unterstützung verändert?
	3.1.2. Wie empfinden Sie die regelmäßige Betreuung für Ihre chronische Erkrankung?
	3.2. Inwiefern unterstützt Sie das PVE-Team dabei, dass Sie im Vergleich zu Ihrer früheren Hausarztpraxis grundsätzlich besser über Krankheiten Bescheid wissen ?
	3.2.1. Wie unterstützt es sie dabei, dass Sie besser mit Beschwerden umgehen können?
Zufriedenheit	4. Denken Sie an Ihre Anliegen, mit denen Sie in die PVE kommen: Wie zufrieden sind Sie mit der Betreuung im Vergleich zur früheren Hausarztpraxis?
	4.1. Warum hat sich Ihre Zufriedenheit verändert? / Was hat Ihre Zufriedenheit verändert?
	4.1.1. Was genau trägt zu Ihrer Zufriedenheit in der PVE bei oder verringert sie?
	4.1.2. Welche Auswirkungen haben diese Veränderungen für Sie? 4.1.3. Welche Veränderungen sehen Sie vielleicht kritisch?
	4.2. Wie unterscheidet sich das Ausmaß der Zeit, das sich die Mitarbeiter:innen der PVE für Sie nehmen können, von jenem Ihrer Hausärztin / Ihres Hausarztes davor?
	4.2.1. Wie zufrieden sind Sie mit den Öffnungszeiten der PVE im Vergleich zu jenen Ihrer früheren Hausarztpraxis? 4.2.2. Wie zufrieden sind Sie mit der Erreichbarkeit der PVE im Vergleich zu jener Ihrer früheren Hausarztpraxis?
Arzt-Patienten-Beziehung	5. Wie hat sich im Vergleich zur früheren Hausarztpraxis die Beziehung zur Hausärztin / zum Hausarzt verändert?
	5.1. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Sie immer von der gleichen Ärztin / vom gleichen Arzt betreut werden?
Erstanlaufstelle	6. Wenn Sie gesundheitliche Beschwerden haben oder etwa eine andere gesundheitsbezogene Frage: An wen wenden Sie sich als Erstes? 6.1. Ist dies anders als bei Ihrer früheren Hausarztpraxis?

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 3.2, Seite 3 von 3

Agenda	Fragen
Session 2: Priorisierung und Bewertung der Veränderungen (Reflexion)	
Ziel	<ul style="list-style-type: none"> » Diskussion der Strukturierung » Berichtigung der Strukturierung der berichteten Veränderung
Berichtigung	<p>Vorstellung der strukturierten Ergebnisse inklusive deren Bewertung in den getätigten Aussagen</p> <p>Richtig bewertet?</p> <ul style="list-style-type: none"> » Wie sehen Sie die Gruppierung der Ergebnisse? » Wurden diese aus Ihrer Sicht richtig zugeordnet und passend positiv oder negativ bewertet? » Was ist für Sie eventuell nicht stimmig/passend?
Bepunkten: Deutlichkeit der Veränderung	<p>Wenn Sie diese Sammlung an Veränderungen sehen: Welche sind für Sie besonders wesentlich?</p> <ul style="list-style-type: none"> » Sie erhalten von uns nun 5 Punkte. Bitte kleben Sie diese auf die 5 Veränderungen, die für Sie am relevantesten/wichtigsten sind. » Wählen Sie also Ihre zentralsten 5 Veränderungen.
Relevanz	<p>Wortbeitrag jeder Teilnehmerin / jedes Teilnehmers:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Was möchten Sie zu Ihrer Bepunktung / zur Auswahl Ihrer zentralen Veränderungen anmerken – bitte in 2 Sätzen (relevante/zentrale Veränderung)? 2. Ist etwas für Sie offengeblieben? / Möchten Sie etwas ergänzen?
Dank und Verabschiedung	<p>Herzlichen Dank, dass Sie Ihre Erfahrungen mit uns geteilt haben und sich die Zeit für diese Fokusgruppe genommen haben. Unglaublich spannend und wertvoll. Wir haben viel Neues von Ihnen erfahren.</p>

Quelle: GÖG

3.3.4 Ergebnisse

Anfangs diskutierten die Teilnehmer:innen, ob die von ihnen wahrgenommenen Veränderungen in ihrer Versorgung der neuen Versorgungsform PVE zuzuschreiben sind. Es wurde angemerkt, dass eingetretene Veränderungen nicht immer durch den Wechsel von hausärztlicher Einzelordination auf PVE ursächlich erklärbar sein müssten, sondern auch andere Faktoren, welche zeitgleich passiert seien, eine Rolle spielen könnten. Hierzu zählen beispielsweise die generelle Weiterentwicklung im Gesundheitssystem, getragen nicht zuletzt von der fortschreitenden Digitalisierung, Veränderungen der Versorgung aufgrund der Coronapandemie sowie das individuelle Engagement einzelner Ärztinnen und Ärzte.

Eine Person führte den Gedanken weiter aus: Mit der PVE habe man eine neue Bezeichnung für etwas gefunden, was schon davor in modern und professionell geführten Gruppenpraxen vorhanden gewesen sei. Er sei zuvor Patient in einer Gruppenpraxis gewesen, die zu einer PVE weiterentwickelt worden sei. Nun seien unter dem Stichwort PVE weitere Ärztinnen und Ärzte hinzugekommen, und die Praxis sei gewachsen. Grundlegende Veränderungen in der Versorgung, so der Teilnehmer, habe er jedoch nicht wahrgenommen.

Allgemein finde eine positive Entwicklung statt, die Versorgungsform PVE stecke jedoch noch „in den Kinderschuhen“, d. h. die Teams müssten sich noch (weiter)entwickeln. Außerdem gebe es noch wenige PVE, meinen die Teilnehmer:innen der Fokusgruppe.

3.3.4.1 Veränderung des Angebots

Zu den wahrgenommenen Veränderungen zählen laut den Fokusgruppenteilnehmerinnen und -teilnehmern die erweiterten Öffnungszeiten und die vereinfachten Strukturen, die telemedizinischen Angebote sowie das erweiterte Versorgungsspektrum.

Erweiterte Öffnungszeiten und vereinfachte Strukturen

Früher sei man bei den kleinsten Beschwerden immer gleich ins Krankenhaus gegangen – zumeist aus zeitlichen Gründen, da Beschwerden oft außerhalb der Ordinationszeiten der Hausärztin oder des Hausarztes aufgetreten seien. Nun hätten sich die Erreichbarkeiten durch die deutlich verlängerten Ordinationszeiten verbessert. Wenn gerade keine Ärztin oder Arzt Zeit habe, erhalte man unkompliziert und verlässlich einen Rückruf. Die Fokusgruppenteilnehmer:innen erinnerten sich, dass dies früher in Einzelordinationen nicht so reibungslos geschehen sei.

„In meiner PVE sind die Wartezeiten sehr kurz. Also da kann man in der Früh anrufen und bekommt für den Nachmittag oder zeitnah am Vormittag einen Termin, je nachdem, und ich habe noch nie länger als eine Viertelstunde effektiv gewartet, und das ist total herrlich [...], das ist ein super Pluspunkt.“

Verschiedene Rahmenbedingungen hätten sich grundlegend verändert, dies habe zu einer Verbesserung der Behandlung im Vergleich zu jener bei Hausärztinnen und -ärzten in der Einzelpraxis geführt. Hierzu würden insbesondere die vereinfachte und rasche Terminvergabe, das erweiterte telemedizinische Angebot sowie die verbesserten Öffnungszeiten zählen. Außerdem hätten sich die Infrastruktur und die technische Ausstattung verbessert.

Telemedizinische Angebote

Die Veränderung hin zu einem Mehr an „unkomplizierten“ telemedizinischen Angeboten wird positiv aufgenommen. Konkret werden die verschiedenen Möglichkeiten der Terminfindung – via E-Mail, telefonisch sowie mittels Online-Booking-System – als Positivum genannt. Die Präferenzen der Gruppe waren zwar unterschiedlich, jedoch waren sich die Teilnehmer:innen einig, dass alle Optionen angeboten werden sollten. Telemedizinische Angebote umfassen für die Teilnehmer:innen sowohl Symptomabfrage, telemedizinische Konsultation, Krankmeldung, Rezeptausstellung als auch Erinnerungssysteme für Termine wie beispielsweise Vorsorgeuntersuchungen.

Breites Versorgungsspektrum / Alle Angebote unter einem Dach

Eine entscheidende Veränderung, so merkten die Diskussionsteilnehmer:innen an, sei, dass nun viele Leistungen unter einem Dach zusammengefasst seien. Somit müsse man nicht selbst einen oder eine Anbieter:in im System suchen, sondern werde direkt im Haus an die passende Profession zugewiesen. Die kurzen Wege, die direkte Zuweisung und der Austausch der Vertreter:innen der Gesundheitsberufe untereinander wurden als sehr positiv beschrieben. Teilweise würden auch Leistungen, die nicht vor Ort erbracht werden und an die sie überwiesen werden müssen, für die Patientinnen und Patienten koordiniert wie z. B. Terminvereinbarungen für MRT, Ultraschall etc.

Leistungen, welche die Teilnehmer:innen der Fokusgruppe in ihrer PVE erhalten, umfassen Physiotherapie, Blutabnahme, Wundversorgung, kinderärztliche Expertise, Diätologie, Logopädie sowie soziale Angebote. Die PVE bietet somit ein „umfassendes Angebot von der ärztlichen Betreuung bis zur Physiotherapie“.

Generalistischer Ansatz als Herausforderung bei spezialisierten Fragestellungen

Ein Teilnehmer merkte an, dass es nun die verschiedenen Angebote der Gesundheitsberufe unter einem Dach gebe, dass er aber lieber selbst Expertinnen und Experten für seine individuellen Probleme bzw. spezifischen Fragestellungen suche, z. B. physiotherapeutische oder psychologische Betreuung. Er finanziere sich diese Leistungen auch teilweise privat, weil er meine, dann mehr Zeit zu Verfügung gestellt zu bekommen. Er recherchiere Ausbildungsprofile der Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten genau. Dass die Angebote nun teils auch in der PVE vorhanden seien, heiße noch nicht, dass er sie deshalb auch vor Ort nutzen würde.

3.3.4.2 Veränderung in der Zufriedenheit

Die Teilnehmer:innen gaben an, dass sich die Zufriedenheit mit ihrer Versorgung mit dem Wechsel in eine PVE verbessert habe. Es wurden verschiedene Faktoren für die gestiegene Patientenzufriedenheit genannt.

Erweiterung der zeitlichen Verfügbarkeit

Einen großen Einfluss auf eine gesteigerte Zufriedenheit bezüglich der Versorgung in einer PVE haben die erweiterten Öffnungszeiten und die damit einhergehende bessere zeitliche Verfügbarkeit. Ebenfalls als positive Faktoren hinsichtlich der Patientenzufriedenheit gelten die rasche Terminvereinbarung, die kurzen Wartezeiten, mehr zeitliche Flexibilität in der Terminkoordination und allgemein die gute Erreichbarkeit.

Erlebte Kompetenzsteigerung und Steigerung der Versorgungsqualität

Im Rahmen der Fokusgruppe berichteten die Teilnehmer:innen, dass sie eine gesteigerte Versorgungsqualität wahrnahmen. Es falle auf, dass sich das Team intern abspreche und Informationen

weitergebe. Aus Patientensicht würde diese generationenübergreifende und interprofessionelle Teamarbeit die Qualität ihrer Versorgung verbessern und die Professionalisierung vorantreiben. In Akutfällen habe man das Gefühl, von der PVE kompetent in der Entscheidungsfindung beraten zu werden, ob man ins Krankenhaus gehen solle oder nicht.

Moderner Behandlungsstil

Es wurde der Eindruck beschrieben, dass in Primärversorgungseinheiten besonders engagierte und eher jüngere Ärztinnen und Ärzte arbeiten würden, was sich wiederum in der wahrgenommenen höheren Qualität bzw. professionelleren Versorgung niederschläge. Die „älteren Hausärzte“, so ist sich die Gruppe einig, hätten „immer dasselbe verschrieben“. Jüngere PVE-Ärztinnen und -Ärzte seien moderner, kompetenter und hätten einen anderen „Stil“.

Vermehrte Personalfluktuat

In diesem Zusammenhang wurde der häufigere Wechsel von Ärztinnen und Ärzten in den PVE kritisch angemerkt. Als Patient:in habe man es lieber, sich nicht immer wieder an neue Gesichter gewöhnen zu müssen. Die höhere Fluktuat habe, wie in der Reflexionsrunde ausgeführt wurde, jedoch auch positive Effekte, da die verschiedenen Ärztinnen/Ärzte und Angehörigen der Gesundheitsberufe somit verschiedene Versorgungsformen kennenlernen würden, nicht nur „alteingesessene Hasen“ in der PVE arbeiten würden und diese Dynamik somit ebenfalls einen Beitrag zur verbesserten Versorgungsqualität leiste.

Patientenorientierte Versorgung

Bei Hausärztinnen und -ärzten in der Einzelpraxis habe man manchmal das Gefühl gehabt, „nur“ überwiesen zu werden, ohne dass die Ärztin bzw. der Arzt sich das Problem wirklich angesehen habe. In der PVE werde man im Vergleich dazu ausgiebig untersucht und fühle sich kompetent betreut. Auch die Nachbetreuung habe sich verbessert, insbesondere die Koordination der weiterführenden Behandlung und der Informationsfluss seien optimiert.

Sich abgeholt fühlen

Ein wichtiger Faktor für die gestiegene Zufriedenheit sei, dass man sich in der PVE besonders gut aufgehoben fühle, weil man „abgeholt“ werde. Damit sei gemeint, dass das Team sehr gut koordiniert sei – die Ordinationsassistenz nehme den Grund der Konsultation auf, die Ärztinnen und Ärzte sowie das erweiterte Team würden sich bereits vor dem Termin über die Vorgeschichte informieren und ggf. vorab gemeinsam Rücksprache halten, Befunde würden gesichtet etc. Davon profitiere man in der Patientenbehandlung, und man fühle sich gut betreut.

„Aber auch das interdisziplinäre Arbeiten unter den Berufsgruppen in der PVE, weil die haben mit zwei Klicks die Sachen am Bildschirm stehen, du musst nicht alles [...] tausendmal neu erzählen, sondern die schauen sich die Geschichte an, mit Einverständnis natürlich, und dann – zack, zack, zack – geht es eigentlich gleich weiter, und du musst nicht tausend Leuten immer das Gleiche erzählen. Das ist auch wirklich fein.“

Dadurch, dass mehrere Ärztinnen und Ärzte sowie Vertreter:innen verschiedener Gesundheitsberufe gemeinsam vor Ort arbeiten würden, sei es möglich, dass sich das Team abspreche und Informationen weitergegeben würden. Es falle auf, dass „Tür-und-Angel-Gespräche“ geführt würden. Dies nahmen die Teilnehmer:innen als wichtigen Faktor wahr, damit interprofessionell ein informeller Austausch unterschiedlicher Meinungen stattfinden könne.

Zudem werde in PVE durch die Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten unterschiedlicher Generationen bzw. mit unterschiedlichen Erfahrungswerten auch ein diesbezüglicher Austausch ermöglicht. Beispielsweise hätten ältere Ärztinnen und Ärzte mehr Erfahrung, jüngere Ärztinnen und Ärzte wiederum eine aktuellere Ausbildung und eine neue Perspektive. Das würde sich gut ergänzen und aus Sicht der Teilnehmer:innen die Qualität des Versorgungsangebots verbessern.

Angenehme Atmosphäre in der Ordination

Die Fokusgruppenteilnehmer:innen erwähnten als wahrgenommene Veränderung, dass sie im Warteraum weniger Patientinnen und Patienten anträfen, wodurch sie sich weniger gestresst fühlen würden. Das führe dazu, dass man mehr kognitive Ressourcen für ein qualitativ hochwertiges Arzt-Patient-Gespräch habe und wesentliche Themen ansprechen könne. Die Teilnehmer:innen der Fokusgruppe meinten, dass ihnen als Patientinnen und Patienten auch mehr Zeit gewidmet werde, was unter anderem auch einen Einfluss auf die gesteigerte Zufriedenheit habe.

„Also ich finde schon, dass sich die Ärzte in der PVE mehr Zeit für mich als Patientin nehmen können – was der normale Hausarzt nicht kann, der noch 40 andere Patienten draußen im Warteraum sitzen hat, da geht immer alles schnell, schnell. Die PVE-Ärzte scheinen sich das besser einzuteilen.“

Allgemein herrsche in der PVE eine „positive und lebendige“ Stimmung, es wirke, als ob der Arbeitsplatz in der PVE für die Allgemeinmediziner:innen attraktiv sei und diese Stimmung nähmen sie auch als Patientinnen und Patienten als positiv und angenehm wahr. Die Teilnehmer:innen vermuteten, dass die angenehme Stimmung damit zusammenhängt, dass die PVE ein attraktiver Arbeitsplatz für die Angestellten sei. Die verbesserten Prozessabläufe würden zu frei gewordenen Ressourcen innerhalb der PVE führen, was als möglicher Grund für die verbesserte Nachbetreuung sowie die gute Vorbereitung vor einem Patientengespräch angeführt wurde.

Kritische Betrachtung der Ursache der Veränderung

Im Laufe der Fokusgruppe wurde eine kritische Anmerkung eingebracht, die in der Reflexionsrunde jedoch explizit revidiert wurde, und zwar die generelle Annahme, dass viele Veränderungen

aus „reiner Kosten-Nutzen-Kalkulation“ erfolgen würden und nicht in erster Linie forciert würden, um die Versorgung für die Patientinnen und Patienten zu verbessern. Während der Reflexionsrunde hat die betreffende Person jedoch angemerkt, dass die „Effizienz“-Steigerung auch die „Effektivität“ und somit die gefühlte Qualität der eigenen Versorgung positiv beeinflusst habe. Der Zusammenhang von Effektivität und Effizienz wäre ihr erst durch die verschiedenen Inputs im Zuge der Fokusgruppe aufgefallen.

3.3.4.3 Veränderung in der Beziehung zur Hausärztin bzw. zum Hausarzt

Auf die Frage hin, wie sich die Beziehung zur Hausärztin bzw. zum Hausarzt verändert habe, war zunächst der Tenor der Äußerungen der Fokusgruppenteilnehmer:innen, dass sie sich nicht grundlegend verändert habe.

Einfacher Betreuungswechsel möglich

In der PVE habe man die Option, zu verschiedenen Ärztinnen oder Ärzten zu gehen, dies werde jedoch nur wenig genutzt. Man bleibe lieber bei „seiner persönlichen Ärztin bzw. seinem persönlichen Arzt“. Grundsätzlich wird die Möglichkeit, rasch einen Termin bei einer anderen Ärztin oder einem anderen Arzt zu bekommen, wenn bei der „persönlichen Ärztin“ bzw. beim „persönlichen Arzt“ einmal kein Termin frei ist, jedoch als sehr positiv wahrgenommen. Alle Teilnehmer:innen der Fokusgruppe haben diese Option bereits genutzt, beispielsweise wenn eine Rezeptausstellung oder eine Krankschreibung benötigt wurde. Als Grund für den leicht möglichen Wechsel auf eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt bei der Ausstellung von Rezepten oder Krankschreibungen wird genannt, dass es sich hierbei um Routinetätigkeiten handle, bei denen die persönliche Beziehung und das Vertrauensverhältnis keine wichtige Rolle spielen würden.

Die Teilnehmer:innen gaben an, dass der Beziehungsaufbau in einer PVE im Gegensatz zur früheren Betreuung etwas länger dauern könne. Als Grund dafür wird angeführt, dass es sich um ein größeres Team handle und der Beziehungsaufbau deshalb mehr Zeit beanspruche.

Mittelpunkt der Betreuung

Als angenehme Veränderung wird angeführt, dass man in der PVE als Einzelperson im Fokus der ärztlichen Betreuung stehe und weniger das familiäre Umfeld. Man fühle sich im ärztlichen Gespräch gehört, aufmerksam begutachtet und habe den Eindruck, dass sich die Ärztin oder der Arzt mehr Zeit für einen nehmen könne. Man fühle sich als Patient:in weniger gestresst und habe mehr kognitive Ressourcen für ein qualitativ hochwertiges Arzt-Patient-Gespräch, um wesentliche Themen anzusprechen.

Die Teilnehmer:innen der Fokusgruppe nehmen an, dass aufgrund eines strukturierteren Ablaufs und der Übertragung verschiedener Aufgaben an andere Gesundheitsberufe und Ordinationsassistentinnen/-assistenten mehr Zeit für das ärztliche Gespräch bleibe, was wohl auch die Ärztinnen und Ärzte entlaste.

3.3.4.4 Veränderung in der Gesundheitskompetenz

Der Begriff Gesundheitskompetenz wurde von der Moderation aufgegriffen und beschrieben. Es wurde direkt nachgefragt, ob sie in der neuen Versorgungsform der PVE stärker fokussiert werde. Zunächst tendierte die Gruppe dazu, zu sagen, dass in diesem Bereich keine starken Veränderungen wahrgenommen werden konnten. Im Gespräch der Fokusgruppe kamen dann jedoch Beispiele auf, welche eine Veränderung der Gesundheitskompetenz darlegen.

Professionelle Gesundheitskompetenz der Ärztinnen und Ärzte

Die professionelle Gesundheitskompetenz des Personals in der PVE wird als deutlich ausgeprägter wahrgenommen denn früher in der hausärztlichen Einzelordination. Für die Teilnehmer:innen wirke es so, als seien die PVE Ärztinnen und -Ärzte moderner ausgebildet. Sie hätten bessere Kontakte im System und könnten die Patientinnen und Patienten daher bei der Navigation im Gesundheitssystem besser unterstützen. Außerdem seien die PVE-Ärztinnen und -Ärzte außerhalb der PVE insgesamt „vernetzter“, wodurch diese den Patientinnen und Patienten als besonders kompetent erscheinen. Dies habe in weiterer Folge eine Auswirkung auf die professionelle Gesundheitskompetenz der Ärztinnen und Ärzte.

Patientenedukation und Unterstützung gesundheitsfördernden Verhaltens

Eine weitere Wortmeldung gibt Einblick in die Möglichkeiten der Patientenedukation, welche in der PVE stattfinden kann. Eine Physiotherapeutin in einer PVE habe der Patientin genau erklärt, wie sie eine Faszienmassage auch selbst anwenden könne und habe sie dahingehend angeleitet. Außerdem habe die Therapeutin durch das gemeinsame Gespräch wahrgenommen, dass die Patientin eine Affinität für das Wandern habe. Diesen Hinweis habe sie als wichtige Gesundheitsressource erkannt und demnach der Patientin eine Wanderkarte mitgegeben. Durch das Aufgreifen der Leidenschaft für das Wandern als persönliche Ressource der Patientin und Förderung vermehrter Bewegung durch Stärken dieser mit Hilfsmitteln – in diesem Fall der Wanderkarte und dem Gespräch – wurde die Gesundheitskompetenz der Patientin dahingehend gestärkt. Im Rahmen der Versorgung in einer PVE können die Stärken bzw. Vorlieben der Patientinnen und Patienten genutzt werden, um gesundheitsförderndes Verhalten zu unterstützen.

3.4 Fokusgruppe mit Hausärztinnen und -ärzten aus hausärztlichen Einzelordinationen

Die dritte Fokusgruppe, jene mit Ärztinnen und Ärzten aus hausärztlichen Einzelordinationen, erfolgte aufbauend auf den Ergebnissen der ersten Fokusgruppe (mit PVE-Patientinnen und -Patienten) sowie der zweiten Fokusgruppe (mit PVE-Ärztinnen und -Ärzte). Sie beschäftigte sich mit der Frage, wie die identifizierten Veränderungen aus der Perspektive von Hausärztinnen und -ärzten aus Einzelordinationen für ebendiese genutzt werden können.

3.4.1 Sampling

Die Zielgruppe für diese Fokusgruppe waren Hausärztinnen und -ärzte aus Einzelordinationen. Um Teilnehmer:innen aus möglichst vielen Bundesländern zu gewinnen, erfolgte ein „convenience sampling“ über die Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM) sowie deren Landesorganisationen. Hierzu bat das Projektteam die ÖGAM via die Präsidentinnen und Präsidenten der Landesorganisationen um Information ihrer Mitglieder zur Fokusgruppe und Rekrutierung. Hierfür wurde per Mail eine Einladung zur Teilnahme an der Fokusgruppe an die Landesorganisationen der ÖGAM ausgesandt. Die Landespräsidenten wurden zusätzlich durch ein Mitglied des Projektteams telefonisch kontaktiert und um eine Weiterleitung der E-Mail sowie eine gezielte Ansprache möglicher Interessierter oder die Übermittlung von deren Kontaktdaten im Falle des Einverständnisses gebeten. Über das berufliche Umfeld des Projektteams erfolgte zudem eine Einladung in Facebook-Gruppen mit Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner. Wie bei den anderen Fokusgruppen sollte die Gruppe in folgenden Charakteristika keinen Überhang aufweisen, um einen balancierten Austausch von Themen zu ermöglichen:

- » Großstadtanteil maximal 70 Prozent
- » Frauen/Männer: keine Gruppe kleiner als 40 Prozent
- » Alter: jünger als 50 Jahre, ab 50 Jahren: keine Gruppe kleiner als 40 Prozent

Den Hausärztinnen und -ärzten, die ihr Interesse an der Teilnahme geäußert hatten, wurden Informationen zur Fokusgruppe und zum Projekt sowie eine Terminumfrage per Mail zugeschickt. Der Termin mit den meisten Zusagen wurde gewählt, und die Ärztinnen und Ärzte würden darüber informiert. Sie erhielten zudem eine Einverständniserklärung mit der Bitte um Unterfertigung und Returnierung, einen Zoom-Link sowie die Bitte um Information über ihr Alter.

3.4.2 Datenerhebung und -analyse

Wie auch bei den vorangegangenen Fokusgruppen erfolgte die Dokumentation direkt im Miro-Board. Dazu wurden Aspekte der Relevanz und der Umsetzbarkeit um die Post-its mit den Veränderungen, die in den vorangegangenen Fokusgruppen benannt und als hochrelevant erachtet worden waren, arrangiert. Eine Projektmitarbeiterin konkretisierte beschriebene Aspekte durch nochmaliges Anhören der Aufnahme im Nachgang.

3.4.3 Durchführung der Fokusgruppe

3.4.3.1 Beschreibung der Fokusgruppenteilnehmer:innen

An der Fokusgruppe nahmen insgesamt elf Ärztinnen und Ärzte aus sieben Bundesländern (Wien, Niederösterreich, Oberösterreich, Steiermark, Kärnten, Salzburg und Tirol) teil. Die Fokusgruppe setzte sich aus drei Personen, welche in Tirol arbeiteten, jeweils zwei, welche in Kärnten und in der Steiermark tätig waren, und je einer Person aus Oberösterreich, Niederösterreich, Salzburg und Wien zusammen. Bei den Teilnehmenden handelte es sich um sechs Frauen und fünf Männer. Die Teilnehmer:innen waren alle als Hausärztinnen und Hausärzte in Einzelordinationen tätig, die Berufserfahrung in der Einzelordination lag bei durchschnittlich acht Jahren und reichte von einem Jahr bis zu über 20 Jahre. Sie waren zwischen 43 und 58 Jahre alt. Zwei Personen machten keine Angabe zu ihrem Alter. Die Fokusgruppe zeichnete sich durch eine Heterogenität der Teilnehmer:innen aus.

3.4.3.2 Beschreibung der Moderation, des Ablaufs und der Nachbereitung der Fokusgruppe

Zu Beginn erfolgte eine Klärung offener Fragen. Im Laufe der Fokusgruppe wurden deren Konzept und Ablauf geändert. Im Zuge des Austauschs zur Relevanz der Veränderungen, welche in PVE eingetreten waren, entstand eine Diskussion unter den Fokusgruppenteilnehmerinnen und -teilnehmern. Die Moderation der Fokusgruppe ist daraufhin von der ursprünglich geplanten Abstimmung der Veränderungen und der Festlegung von deren Relevanz abgewichen und hat die offene Diskussion zu begleiten und zu moderieren versucht. Viele „wahrgenommene“ Veränderungen aus PVE werden aus der Perspektive von Hausärztinnen und -ärzten aus Einzelordinationen in ihrem Versorgungsalltag bereits umgesetzt oder sind aus ihrer Sicht nicht relevant. Während der Einführung sowie am Beginn der Diskussion stellten die beiden Moderatorinnen und der Moderator fest, dass die Rahmenbedingungen in PVE wie z. B. die kostenlose Inanspruchnahme von Therapieleistungen bei Angehörigen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD) nicht allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern bekannt waren. Nach der Vorstellung der Veränderungen führten etwa nach dem ersten Drittel der Fokusgruppe die angesprochenen Vorzüge in PVE zu einer aufgeheizten Stimmung in der Diskussion. Die Hausärztinnen und -ärzte äußerten, dass sie sich in ihrer Versorgungstätigkeit nicht sichtbar und nicht wertgeschätzt fühlen würden. Eine Entspannung der Situation konnte durch Reformulierung des Ziels erreicht werden, das fortan das Zueinanderbringen bzw. die Annäherung von Einzelordinationen und PVE aneinander und das Schaffen neuer Möglichkeiten für Einzelordinationen in den Fokus rückte. In den Wortmeldungen der Teilnehmer:innen wurde wenig auf Veränderungen eingegangen. Häufig erfolgte eine Beschreibung des aktuellen Zustands. Circa nach der Hälfte der Fokusgruppe stießen einzelnen Teilnehmer:innen an, losgelöst von den bestehenden Strukturen in der aktuellen Tätigkeit zu reflektieren und den Ansatz des „Was wäre möglich?“ in den Vordergrund zu rücken, was wiederum andere Teilnehmer:innen dazu ermutigte, „out of the box“ zu denken. Die Finanzierung und Honorierung von Leistungen und der Beschäftigung Angehöriger weiterer Gesundheits- und Sozialberufe sowie ein Plädoyer pro hausärztliche Einzelordinationen dominierten das Gespräch in der Fokusgruppe. Die

Moderation bemühte sich darum, immer wieder von genannten Herausforderungen konkrete Veränderungen, Bedarfe und Lösungsansätze konkret abzuleiten. Die Redezeiten der Teilnehmer:innen waren unterschiedlich. Ruhige Personen wurden bewusst einzubeziehen versucht, indem sie direkt angesprochen und um ihre Meinung gebeten wurden.

Zur Vorbereitung der Fokusgruppe wurden die zentralen Veränderungen, welche in den beiden vorangegangenen Fokusgruppen identifiziert worden waren, jene, die sich überschneiden, sowie jene, die in nur jeweils einer Fokusgruppe genannt wurden, gemeinsam beschrieben. Diese wurden auf virtuelle Post-its in das Online-Whiteboard „Miro“ übertragen und kondensiert. Veränderungen, die nicht direkt in den hausärztlichen Ordinationen umsetzbar sind, wurden gestrichen. Anschließend erfolgte eine Clusterung in die drei Themenbereiche „erweitertes Angebot“, „Struktur- und Prozessoptimierung“ sowie „Digitalisierung und Telemedizin“.

Am Beginn standen die Kurzvorstellung des Projekts sowie die Beschreibung von Ziel, Zweck und Ablauf der Fokusgruppe. Nachdem sich die Moderatorinnen und der Moderator vorgestellt hatten, wurden auch die Teilnehmer:innen gebeten, dies zu tun. Eine Moderatorin aus dem Projektteam präsentierte im Anschluss die Ergebnisse aus den vorangegangenen Fokusgruppen zu erlebten Veränderungen der PVE-Patientinnen und -Patienten sowie -Ärztinnen und -Ärzte. In der Austauschphase wurde der Fokus auf die Relevanz der Veränderungen aus Sicht der Hausärztinnen und -ärzte aus Einzelordinationen sowie auf ihre Umsetzbarkeit gerichtet. Es war vorgesehen, dass die Teilnehmer:innen die Veränderungen je Themenbereich nach deren Relevanz bewerten und die drei bis fünf Veränderungen, welche mit hoher Relevanz bewertet wurden, sollten dann im Detail besprochen werden. Hier standen folgende Fragen in Zentrum:

- » Warum ist diese Veränderung als besonders relevant bewertet worden?
- » Was ist auf der Mikroebene erforderlich, um diese Veränderung in hausärztlichen Einzelordinationen umsetzen und nutzen zu können?

Danach war Raum für das Ansprechen weiterer Themen eingeplant.

Nachbereitung der Fokusgruppe

Im Anschluss an die Fokusgruppe wurde den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Ergebnissicherung zugesandt und wurden sie eingeladen, Themen rückzumelden, die ihnen im Nachgang in den Sinn kämen und für die Ergebnisse aus ihrer Sicht noch wichtig seien. Es wurden allerdings keine weiteren Themen rückgemeldet.

3.4.3.3 Leitfaden

Tabelle 3.4:

Leitfaden zur Fokusgruppe mit Hausärztinnen und -ärzten aus Einzelordinationen

Agenda	Fragen
Einführung und Dank	Einführung
	<ul style="list-style-type: none"> » Dank für Teilnahme » Entstehungsgeschichte der Fokusgruppen und der Ergebnisse » Ziel und Zweck der heutigen Fokusgruppe und deren inhaltlicher Ablauf <ul style="list-style-type: none"> a) In den ersten Jahren der Primärversorgungsreform wurden viele neue Ideen in PVE umgesetzt b) Learnings aus PVE nutzen, die als Piloten in der Versorgungspraxis umgesetzt wurden und Nutzen für die gesamte Primärversorgung schaffen c) auf Offenheit der Ergebnisse dieser Fokusgruppe hinweisen: „Out of the box“-Überlegungen ohne Rücksicht auf aktuelle Strukturen, weitere Themen können angesprochen werden d) Einbezug unterschiedlicher Gruppen im Projektverlauf hervorheben
Stimmungsbild und Relevanz	Session 1: Stimmungsbild und wünschenswerte Veränderungen bzw. ihre Relevanz für Arbeitsbedingungen und Patientenversorgung
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welche Fragen gibt es zu den vorgestellten Veränderungen? (Stimmungsbild) 2. Was sind Ihre Gedanken zu den vorgestellten Veränderungen? (Stimmungsbild) 3. Für welche dieser Veränderungen wäre es relevant, sie auch in hausärztlichen Einzelordinationen umzusetzen? <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Welche dieser Veränderungen wünschen Sie sich auch für Ihre hausärztliche Einzelordination? (Back-up) 3.2. Welche dieser Veränderungen sind aus Ihrer Sicht besonders wünschenswert bzw. besonders relevant für Einzelordinationen? (Back-up) 4. Warum/Weshalb sind diese Veränderungen besonders wünschenswert/relevant? Was beeinflusst dies? <p style="margin-left: 20px;"><i>Nachfrage der Moderation, falls Antworten unausgewogen, d. h. bezogen nur auf eine Dimension (Ärztinnen/Ärzte oder Patientinnen/Patienten) geäußert wurden:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1. Wie sehen Sie dies in Bezug auf Ihre Arbeitsbedingungen als Hausärztinnen und -ärzte? 4.2. Wie sehen Sie dies in Bezug auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten? Verändert sich dadurch auch etwas für die Patientenversorgung? Welche Ideen haben Sie, um das mit den Wünschen der Patientinnen und Patienten zu vereinbaren?
Umsetzbarkeit	Session 2: Umsetzbarkeit
	<ol style="list-style-type: none"> 5. Wie sehen Sie die Umsetzbarkeit der genannten Veränderungen in hausärztlichen Einzelordinationen auf der Mikroebene? <ol style="list-style-type: none"> 5.1. Was ist vonnöten, um diese Veränderungen in hausärztlichen Einzelordinationen umsetzen zu können? <ol style="list-style-type: none"> 5.1.1. bei Ärztinnen und Ärzten 5.1.2. beim Team der Ordination 5.1.3. bei Patientinnen und Patienten 5.1.4. in den Ordinationen als Organisation 5.2. Welche Limitationen bestehen aus Ihrer Sicht für die Übertragung der Veränderungen auf hausärztliche Einzelordinationen in der Praxis? 5.3. Wie könnten die identifizierten Veränderungen auf hausärztliche Einzelordinationen umgelegt werden? (Back-up) 5.4. Was sollte bei der Umsetzung auf der Mikroebene mitbedacht werden? (Back-up)

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 3.4, Seite 2

Agenda	Fragen
	Session 3: Ergänzung wichtiger Themen
Aufdecken blinder Flecken	6. Welche weiteren Veränderungen/Themen, die spezifisch für Einzelordinationen relevant sind, sollten aus Ihrer Sicht berücksichtigt werden?
	Abschluss
Reflexion und Verabschiedung	7. Inwiefern finden Sie sich in den Ergebnissen wieder? 7.1. Wurden die wichtigsten Themen in der Zusammenfassung genannt? 7.2. Wurden diese korrekt verstanden? 7.3. Gibt es noch etwas, was Sie am Ende ergänzen möchten? 8. Dank und Verabschiedung

Quelle: GÖG

3.4.4 Ergebnisse

Die dritte Fokusgruppe fand am 12. September 2023 von 18.30 bis 21.15 Uhr online via Zoom statt. Die Moderation wurde von Sarah Burgmann, Clara Mayr und David Wachabauer durchgeführt.

Zwei Personen wurden über Facebook-Gruppen für Allgemeinmediziner:innen zur Teilnahme motiviert, alle anderen Teilnehmer:innen wurden über die ÖGAM und ihre Landesorganisationen rekrutiert.

3.4.4.1 Erweiterung des Versorgungsangebots und erleichterter Zugang

Erweiterung des Versorgungsangebots durch Honorierung von Leistungen entsprechend PVE

Die Fokusgruppenteilnehmer:innen gaben an, dass es wünschenswert sei, die Patientinnen und Patienten auch in der hausärztlichen Einzelpraxis, wie in PVE möglich, auf ein erweitertes Angebot verweisen zu können. Für dieses erweiterte Angebot der Diätologie, der Sozialen Arbeit und der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege bedürfe es einer Erweiterung der Leistungen, welche durch die Sozialversicherung honoriert werden. Patientinnen und Patienten würden häufiger zur Diätologie oder Sozialen Arbeit weiterverwiesen werden, wenn ein kostenloses und flächendeckendes einschlägiges Versorgungsangebot vorhanden wäre. Solange aber der hausärztlichen Einzelordination nicht die gleichen Mittel und Möglichkeiten wie einer PVE zur Verfügung gestellt würden, werde die Versorgung dahingehend „schlechter“ sein. Würde die Sozialversicherung ausreichende finanzielle Ressourcen zur Verfügung stellen, könnte man sich vorstellen, diese erweiterten Leistungen auch in der hausärztlichen Einzelordination anzubieten. Allgemein zeigte sich in der Fokusgruppe der Hausärztinnen und -ärzte in Einzelordinationen, dass die Anstellung Angehöriger von Gesundheits- und Sozialberufen nicht präferiert wird, gerne möchte man jedoch auf diese Angebote weiterverweisen können, beispielsweise auf ein regionales Netzwerk im Bereich

der Gesundheits- und Sozialberufe, welches für die Versorgung der eigenen Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht.

Besonders wünschenswert sei laut den Fokusgruppenteilnehmerinnen und -teilnehmern die Möglichkeit, ihre Patientinnen und Patienten an ein Angebot der Diätologie und eines der Sozialen Arbeit anbinden zu können. Eine Erweiterung des Leistungsspektrums der Ordination um pflegerische Expertise durch eine:n DGKP wäre prinzipiell wünschenswert. Jedoch stehe man hierbei in einer „Konkurrenzsituation“ mit den Krankenanstalten, welche den DGKP deutlich bessere finanzielle Anreize anbieten könnten, weshalb eine Anstellung in der hausärztliche Einzelordination quasi nicht möglich sei. Hinsichtlich des bestehenden Pflegemangels äußerte sich eine Person aus dem Kreis der Fokusgruppenteilnehmer:innen kritisch in Hinblick auf die Frage, ob ein Miteinbezug der Pflege beziehungsweise eine Abgabe von Aufgaben an die Pflege wirklich als Lösung gesehen werden könne.

Erleichterter Zugang zu bestehenden Angeboten

Ausbau der Kassenstellen für Therapieangebote im niedergelassenen Bereich zwecks niederschwelliger Zuweisung (Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie)

Die Teilnehmer:innen schienen sich einig zu sein, dass ein niederschwelliger, kostenloser Zugang zu einem regionalen Netzwerk im Bereich der Gesundheits- und Sozialberufe mit guter Erreichbarkeit und kurzen Wartezeiten einen wichtigen Beitrag zu einer qualitätsvollen Patientenbetreuung leistet. Aktuell seien die wenigen Kassentherapeutinnen und -therapeuten überlastet und könnten den Patientinnen und Patienten keine zeitnahen Termine anbieten. Patientinnen und Patienten müssen auf Wahltherapeutinnen und -therapeuten ausweichen. Fehlten die dafür notwendigen finanziellen Mittel, könne die von den Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner empfohlenen Therapie nicht in Anspruch genommen werden. Ein Ausbau der Kassenstellen im Bereich der Gesundheits- und Sozialberufe sei – insbesondere im ländlichen Bereich – notwendig, um das Angebot für die Patientinnen und Patienten zu erhöhen und die Wartezeiten zu verringern. In diesem Kontext wurde als Grund für unbesetzte Therapeutenkassenstellen deren unattraktive Honorierung geäußert. Als besonders wichtig wurde der Ausbau des Angebots für Psychotherapie und jenes für Soziale Arbeit genannt.

Einheitliche Zuweisungsstrukturen

Um die bestehenden Angebote für die Patientinnen und Patienten niederschwellig zugänglich zu machen, wäre eine Verbesserung der Zuweisungsstrukturen notwendig. Aktuell gälten uneinheitliche Voraussetzungen, beispielsweise könnten nicht in allen Bundesländern Allgemeinmediziner:innen in hausärztlicher Einzelordination zu Logopädie oder Ergotherapie überweisen.

Die Fokusgruppenteilnehmer:innen gaben an, dass es notwendig sei, dass auch umliegende Allgemeinmediziner:innen zu dem erweiterten Angebot der PVE zuweisen dürften, und ihre Patientinnen und Patienten dasselbe Versorgungsangebot wie jene aus PVE nutzen könnten.

Irrelevanz der Organisationsform der Zusammenarbeit

Zu Beginn der Fokusgruppe wurde angegeben, dass es für die Hausärztinnen und -ärzte in der Einzelordination nicht wichtig sei, ob die Vertreter:innen der weiteren Gesundheits- und Sozialberufe in der Ordination angestellt oder als regionales Netzwerk organisiert seien, solange sie für Patientenzuweisungen zur Verfügung stünden. Eine Bündelung der Gesundheits- und Sozialberufe, beispielsweise in einem Zentrum, könne eine gute Idee sein, ein Zentrum gemeinsam mit Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern sei jedoch nicht notwendig.

Im Laufe der Fokusgruppe sprachen die Teilnehmer:innen mehrmals über ein regionales Netzwerk von Gesundheits- und Sozialberufen, welches für die Versorgung der Patientinnen und Patienten in dieser Region zuständig sein könnte. Die Möglichkeit der Anstellung Angehöriger dieser Berufe wurde nur zu Beginn einmalig diskutiert, jedoch wurde diese Variante nicht als besonders praktikabel angesehen, weswegen im weiteren Verlauf der Fokusgruppe nicht mehr weiter darauf eingegangen wurde. Einer der genannten Gründe, weshalb ein regionales Netzwerk einer Anstellung in der hausärztlichen Einzelpraxis in einer Gemeinde vorzuziehen sei, ist die angenommene zu geringe Auslastung der Vertreter:innen der einzelnen Gesundheits- und Sozialberufe in einer Einzelpraxis.

Angebote in Sachen Gesundheitsförderung

Insbesondere im ländlichen Bereich wäre es sinnvoll, ein Netzwerk zur Verfügung zu haben, welches verschiedene gesundheitsfördernde Programme oder Gruppen anbietet, zu welchen man die Patientinnen und Patienten überweisen könnte, z. B. Ernährungsschulungen der Diätologie oder andere Angebote zur Patientenedukation. Die Fokusgruppenteilnehmer:innen gaben an, dass sie durch das fehlende Angebot in der Region die Patientinnen und Patienten zu keinen gesundheitsfördernden Programmen weiterverweisen könnten. Ein Netzwerk aus verschiedenen Gesundheits- und Sozialberufen, deren Angehörige mit ausreichend attraktiven Kassenverträgen ausgestattet sein müssten, wäre notwendig, um Angebote für Gesundheitsförderung schaffen zu können.

3.4.4.2 Organisation in der Ordination sowie innerhalb der Versorgungsregion

Organisation innerhalb der Ordination

Delegation nichtärztlicher Tätigkeiten

Im Rahmen der Fokusgruppe wurde darüber diskutiert, dass aktuell verschiedenste Aufgaben die ärztliche Arbeitszeit binden, welche in manchen Fällen nicht unbedingt durch Ärztinnen und Ärzte durchgeführt werden müssten, da die ärztliche Kompetenz hierfür nicht zwingend notwendig sei. In anderen Ländern gebe es bessere Strukturen, die es ermöglichen, dass solche Aufgaben von ausgebildetem Gesundheitspersonal übernommen sowie Ärztinnen und Ärzte erst im zweiten

Schritt hinzugeholt würden. Als Beispiele wurden Kindergartenuntersuchungen, Rezeptgebührenbefreiung und Pflegegeldanträge genannt. Als Lösungsvorschlag wurde die Idee angeführt, solche eher „bürokratischen“ Tätigkeiten im Sprengel zu organisieren. Beispielsweise könnte es pro Sprengel eine verantwortliche und kompetente Person geben, welche sich um all diese Anliegen kümmert und die Patientinnen und Patienten dahingehend gut betreuen könnte.

„damit wir das machen, was wir wirklich können, und das ist Medizin und nicht Verwaltung“

Unterstützung durch Ordinationsassistenten und DGKP

Die Stellenbesetzung für Ordinationsassistentinnen und -assistenten gestalte sich laut den Fokusgruppenteilnehmer:innen besonders schwierig. Die Gründe, warum sich kaum Personen für diese Stellen fänden, sind für die Ärztinnen und Ärzte nicht klar. Durch das fehlende unterstützende Personal sei es kaum möglich, eine Veränderung des Angebots oder eine Struktur- und Prozessoptimierung durchzuführen. Die Ausbildung sollte durch Unterstützungsmöglichkeiten attraktiver gestaltet werden, um mehr Personen für eine solche Ausbildung gewinnen zu können.

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen anzustellen, diskutierten die befragten Hausärztinnen und -ärzte in Einzelordinationen nur kurz. Einzelordinationen stünden mit Krankenanstalten, was die Anstellung von DGKP betrifft, in einem massiven Konkurrenzverhältnis. Das Lohnniveau in einem Krankenhaus sei höher als Gehälter, die in hausärztlichen Einzelordinationen geboten werden könnten. Diese ungleichen Voraussetzungen müssten gemindert werden, beispielsweise indem das Thema in der Honorierung der Allgemeinmediziner:innen Platz finde.

Anstellung von (Vertretungs-)Ärztinnen und (Vertretungs-)Ärzten

Laut den Fokusgruppenteilnehmerinnen und -teilnehmern sei die Anstellung von Ärztinnen und Ärzten als Vertretung, beispielsweise in den Ferien, (insbesondere organisatorisch) aufwendig. Eine Teilnehmerin berichtete darüber, dass die Anmeldung für eine Anstellung einer Vertretungsärztin / eines Vertretungsarztes ein halbes Jahr im Voraus erfolgen müsse und dies nicht nur für sie, sondern auch für die Vertretungsärztin oder den Vertretungsarzt einen großen bürokratischen Aufwand mit sich bringe. Daraus ergebe sich, dass Vertretungstätigkeiten oft auf selbstständiger Basis durchgeführt würden, was regelmäßige Vertretungsärztinnen und -ärzte offenbar dem Vorwurf einer Scheinselbstständigkeit aussetze. Dieser Vorwurf wird als problematisch angesehen, es sei notwendig, einen unkomplizierten Umgang mit dieser Vertretungstätigkeit auf selbstständiger Basis zu finden.

Ein anderer Fokusgruppenteilnehmer gab an, dass die Anstellung von Ärztinnen und Ärzten bei Ärztinnen und Ärzten natürlich möglich sei. Aber da dies nach den Tarifen des Kollektivvertrags für Angestellte in niedergelassenen Ordinationen gewertet werde, sei es finanziell uninteressant, auch für die angestellten Personen. Da junge Mediziner:innen in der Lehrpraxis von positiven Erfahrungen berichten würden, wurde in diesem Zusammenhang der Bedarf nach praktikablen Lösungen geäußert, um so interessierten Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern direkt nach der

Ausbildung die Möglichkeit zur Weiterarbeit in hausärztlichen Ordinationen zu bieten. Grundsätzlich sollte eine Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten unterschiedlichen Alters gefördert werden, um den Einstieg in die allgemeinmedizinische Praxis zu erleichtern.

Organisation der Versorgungsstruktur in der Region

Ein Wunsch, welcher im Laufe der Fokusgruppe wiederkehrend aufgegriffen wurde, ist die Organisation der Patientenversorgung auf regionaler Ebene beziehungsweise im Sprengel. Regionale Versorgungsnetzwerke könnten insbesondere zu einer Verbesserung im ländlichen Bereich beitragen.

In dieser Hinsicht diskutierte die Fokusgruppe einige Ideen:

- » eine zentrale Koordinierungsstelle mit umfassenden Kenntnissen über soziale und gesundheitsfördernde Angebote, die als Beratungsstelle fungieren, Unterstützungsmöglichkeiten in der Region anbieten und so die Patientinnen und Patienten adäquat weiterverweisen können
- » Angehörige verschiedener Gesundheits- und Sozialberufe sollten einem Sprengel zugeordnet werden und vorrangig für die Patientinnen und Patienten aus dieser Region zur Verfügung stehen.
- » Die praktizierenden Allgemeinmediziner:innen könnten ihre Öffnungszeiten und Vertretungstätigkeiten im Sprengel untereinander abstimmen und somit den Patientinnen und Patienten aus der Region quasi erweiterte Öffnungszeiten anbieten.
- » Eine dem PVE-Management ähnliche Struktur solle auch den Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern im Sprengel zur Verfügung gestellt werden und sie hinsichtlich koordinativer und organisatorischer Tätigkeiten unterstützen.

Unter solchen Voraussetzungen wäre die Ausrollung einheitlicher und strukturierter Projekte in gewissen Regionen sinnvoll, sodass nicht zu kleinräumige Projekte entstünden. Durch ein regionales Management könnten die Gegebenheiten der Region in der Entwicklung solcher Konzepte berücksichtigt werden.

3.4.4.3 Digitale Strukturen und Angebote

Unterstützung bei der Implementierung einer Terminordination

Um den Patientinnen und Patienten ein – etwa um Terminmanagement – erweitertes Angebot anbieten zu können, sei eine finanzielle Abgeltung für die Ordinationen notwendig. Dies erklärten die Fokusgruppenteilnehmer:innen aufgrund des größeren Aufwands für die Etablierung einer Terminordination, welcher durch Personal- und EDV-Kosten entstünde. Dass dies für Patientinnen und Patienten angenehmer sei, verstehen die Fokusgruppenteilnehmer:innen. Insbesondere strukturell schwächere Ordinationen sollten unterstützende Angebote für die Implementierung solcher EDV-Anwendungen erhalten. Ohne Unterstützung müsse jedes Extramodul teuer zugekauft werden, was dazu führe, dass eine Onlineterminvereinbarung nicht angeboten werde.

Dokumentationssysteme

Ein Zusammenlegen der Dokumentationssoftware, beispielsweise in der Region oder im Sprengel, lehnten die Fokusgruppenteilnehmer:innen ab. Man verstehe zwar, dass ein Zugriff auf die Dokumentation im Falle einer Vertretung einen Vorteil bringen könne, jedoch wolle man die Kontrolle darüber behalten, auf welche Informationen zugegriffen werden könne. Eine Person aus dem Teilnehmerkreis berichtete davon, dass die Zusammenlegung der Software das größte Hindernis gewesen sei, das gegen die Umsetzung eines PV-Netzwerks gesprochen hat. Keine:r der Beteiligten wollte die eigene Software verändern oder den Umstand herbeiführen, dass Kolleginnen und Kollegen vollständigen Zugriff auf die hauseigene Dokumentation haben. In diesem Zusammenhang wurde über die Schaffung einer Schnittstelle gesprochen, welche das partielle Freigeben von Informationen der Dokumentation über die Einzelordination hinaus ermöglicht. Dies wird als niederschwellige Möglichkeit gesehen, um beispielsweise vor einem Wochenenddienst oder einer Urlaubsvertretung relevante Informationen zu teilen – aktuell werde hierfür ein Fax versandt.

Weiterentwicklung der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) für Informationsweitergabe

Fokusgruppenteilnehmer:innen merkten an, dass ELGA eine Struktur für einen kontinuierlichen Informationserhalt gewährleisten könnte. Aktuell könne ELGA jedoch nicht für diesen Zweck herangezogen werden, denn nicht alle Befunde von niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten, dem Krankenhaus sowie der Bildgebung werden unabhängig vom Ort der Erstellung in ELGA abgelegt. Auch für Informationen von hausärztlicher Seite, welche für andere Ärztinnen und Ärzte beispielsweise während der Urlaubsvertretung relevant seien, könne ELGA aufgrund fehlender Informationen nicht verwendet werden. Eine Weiterentwicklung von ELGA ist aus Sicht der Fokusgruppenteilnehmer:innen dringend notwendig.

3.4.4.4 Kommunikation

Möglichkeiten zur Kommunikation mit regionalen Gesundheitsdienstleisterinnen/-dienstleistern

Die Aussagen der Fokusgruppenteilnehmer:innen hinsichtlich der Kommunikation mit relevanten Gesundheitsdienstleisterinnen/-dienstleistern in der Region variierten. Einerseits wurde angegeben, dass die Kommunikation mit Externen gut funktioniere und man diesbezüglich keine Unterstützung wie beispielsweise ein EDV-Programm oder Ähnliches, benötige. Eine Fokusgruppenteilnehmerin war der Meinung, dass in kleineren Organisationsformen die Kommunikation besser und unkomplizierter funktioniere als in größeren Strukturen und daher in ländlicheren Regionen die Kommunikation besser funktioniere als im städtischen Bereich. Der Bedarf für eine Veränderung der Kommunikation sei in diesem Falle daher nicht gegeben.

Andererseits wurde im Laufe der Fokusgruppe der Bedarf einer Veränderung der Kommunikationsmittel und -wege mehrmals angesprochen und diskutiert. Insbesondere in der Kommunikation mit regionalen Anbieterinnen und Anbietern wie Pflegeheimen, Apotheken oder Angehörigen weiterer involvierter Gesundheits- und Sozialberufe wie z. B. Physiotherapeutinnen und -therapeuten seien veraltete Strukturen wie Fax oder persönliche Abholung von Briefen im Einsatz. Durch eine

Verbesserung der Kommunikation mit nachgeschalteten Strukturen könne das ärztliche Arbeiten effizienter gestaltet werden. Als eine Idee hierfür wird ein verschlüsseltes Kommunikationstool mit Chatfunktion genannt, welches für die Vertreter:innen der Gesundheits- und Sozialberufe sowie die Gesundheitseinrichtungen der Region verwendet werden könnte, um sich unkompliziert auszutauschen und eine rasche Rückmeldung zu erhalten. Für ein Tool zur Kommunikation mit Patientinnen und Patienten wird kein Bedarf gesehen, beziehungsweise wird eine niederschwellige Kommunikationsmöglichkeit aufgrund potenzieller übermäßiger Nutzung sogar eher kritisch eingeordnet.

Qualitätszirkel als Austauschmöglichkeiten

Die Durchführung interdisziplinärer Qualitätszirkel in der Region wird als wichtige Sache angesehen. Aktuell fehlt für ihre flächendeckende Durchführung eine finanzielle Abgeltung oder zumindest die Möglichkeit, solche Veranstaltungen mit Fortbildungspunkten versehen und diese in Anspruch nehmen zu können. Eine Fokusgruppenteilnehmerin erzählte, dass in ihrer Region regelmäßige Qualitätszirkel zu verschiedenen Themen wie beispielsweise palliative Versorgung oder Physiotherapie abgehalten würden und diese auch finanziell sowie durch Fortbildungspunkte von der Ärztekammer unterstützt würden. Hierfür würden auch unterschiedliche Berufsgruppen oder Personen eingeladen. Das Angebot werde durch die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen gut angenommen und genutzt, um sich innerhalb der Region auszutauschen.

3.4.4.5 Gesetzliche Rahmenbedingungen und Regulatorien

PrimVG um hausärztliche Einzelordinationen erweitern

Ein Fokusgruppenteilnehmer kritisierte die Bezeichnung des Primärversorgungsgesetzes, da sich dieses nur auf PVE beziehe; Einzelordinationen sowie andere Organisationformen würden nicht mitgedacht. Er wünschte sich, dass das Primärversorgungsgesetz (PrimVG) als gesetzliche Grundlage für die Primärversorgung um hausärztliche Einzelordinationen erweitert werde. Entsprechend alternativ sollte es aktuell – den Inhalten nach – Primärversorgungseinheitengesetz heißen. Es sollten jedoch alle Organisationsformen, in welchen Primärversorgung erbracht wird, die gleichen strukturellen Möglichkeiten erhalten. Ob es sich um eine Einzelordination, eine Gruppenpraxis oder eine PVE handle, sollte nicht relevant sein, vielmehr sei bedeutsam, ob ein Versorgungsauftrag erfüllt werde oder nicht. Die aktuelle Situation stelle eine Ungleichbehandlung dar.

Erleichterungen zur Integration von Hausapotheken

Die Teilnehmer:innen forderten zudem, dass Hausapotheken in die Versorgungsstruktur im Rahmen der Primärversorgung integriert werden sollten. Dies sei besonders in Ein-Arzt-Gemeinden und entlegenen ländlichen Gebieten zu forcieren, da laut der Fokusgruppe die Erreichbarkeit von Apotheken insbesondere am Wochenende und in der Nacht für die Patientinnen und Patienten nicht zumutbar sei. Die aktuell bestehende Einschränkung, dass man als PV-Netzwerk keine Hausapotheke betreiben dürfe, wurde negativ bewertet.

4 Zusammenführen und Diskussion der Ergebnisse

Die Hauptfragestellung des Projekts war es, herauszufinden, wie PVE bisher die Patientenversorgung und die Arbeitsbedingungen der PVE-Hausärztinnen und -ärzte verändert haben und welche Handlungsoptionen für die hausärztliche Versorgung in Einzelordinationen sich daraus ableiten lassen könnten, um diese zu stärken. Basierend darauf werden nachfolgend die Ergebnisse der Literaturanalyse sowie der drei durchgeführten Fokusgruppen je Themenblock einander gegenübergestellt und diskutiert. Relevante Themen, welche nicht oder ausschließlich in der Literatur genannt wurden, werden abschließend angeführt. Die folgenden Ausführungen ergeben die Basis für die Ableitung von Handlungsoptionen durch das Steering Committee.

4.1 Veränderung des Versorgungsangebots

Entsprechend den identifizierten Erwartungen aus der Literaturanalyse beschreiben auch Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte aus PVE eine Erweiterung und Professionalisierung der Versorgung, da die Bevölkerung ein umfassenderes Angebot an Gesundheitsdienstleistungen vorfindet.

Das erweiterte Versorgungsspektrum in einer PVE bedeutet für die PVE-Patientinnen und -Patienten sowie PVE-Hausärztinnen und -ärzte, dass nun viele Leistungen unter einem Dach zusammengefasst sind und man direkt im Haus der passenden Profession zugewiesen wird. Die kurzen Wege, die direkte Zuweisung und der Austausch der Vertreter:innen unterschiedlicher Gesundheitsberufe untereinander sowie die schnellen „Tür-und-Angel-Gespräche“ werden von PVE-Patientinnen und -Patienten als sehr positiv wahrgenommen. Auch aus ärztlicher Sicht wird der fachliche Austausch mit den Angehörigen der erweiterten Gesundheits- und Sozialberufe sehr positiv bewertet. Deren Finanzierung wird jedoch als unzureichend beschrieben, eine Verbesserung der finanziellen Abgeltung für sie als wünschenswert. Leistungen, welche die Teilnehmer:innen der PVE-Patienten-Fokusgruppe in ihrer PVE erhalten und schätzen, umfassen Physiotherapie, Blutabnahme, Wundversorgung, kinderärztliche Expertise, Diätologie, Logopädie sowie soziale Angebote. Die befragten PVE-Ärztinnen und -Ärzte schätzen insbesondere die Erweiterung des Angebots um Diätologie sowie Soziale Arbeit. Dies bestätigt die Ergebnisse aus Evaluationsberichten.

Die Literaturanalyse zeigt, dass erwartet wird, dass PVE eine „Reorientierung“ des Gesundheitssystems bewirken, da ihre Aufgabenbereiche Gesundheitsförderung, Prävention und Stärkung der Gesundheitskompetenz beinhalten sowie gesundheitsrelevante nichtmedizinische Belastungen der Patientinnen und Patienten beachten. Diese Angebote werden nicht nur als Zusatzleistungen betrachtet, sondern als integraler Bestandteil jeglichen Patientenkontakts in der PVE. Die Ergebnisse der Literaturanalyse zeigen, dass angesichts der epidemiologischen und demografischen Veränderungen ein zukunftsweisendes Konzept für nachhaltige Primärversorgung in Österreich gefordert wird. Der demografische Wandel, der eine alternde Bevölkerung, eine steigende Zahl von Menschen mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen bedingt, erfordert eine Anpassung

des Versorgungsangebots und -selbstverständnisses, der Strukturen und Prozesse im System sowie der Teams in der Praxis. PVE sollen gemäß den Erwartungen eine optimale Prozess- und Ergebnisqualität in der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung von Kindern, Jugendlichen, chronisch Kranken und der älteren Bevölkerung bieten und werden demnach als eines der vielversprechendsten Werkzeuge genannt, um diesen Herausforderungen zu begegnen. Als Kernelemente werden Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und des Selbstmanagements sowie eine Versorgung, orientiert an einem biopsychosozialen Gesundheitsverständnis, beschrieben. Somit sollen PVE maßgeschneiderte Dienstleistungen für spezielle Zielgruppen liefern, die im Kontext der demografischen Entwicklung verstärkt berücksichtigt werden müssen. Die Erwartungen aus der Literatur decken sich mit der berichteten Praxis vonseiten der Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte aus PVE. Letztere weisen als wesentliche Veränderung in Bezug auf das breitere Versorgungsspektrum auf die umfassende Versorgung biopsychosozial belasteter und chronisch erkrankter Personen sowie die niederschwellige Versorgung von Menschen, die soziale Bedarfe aufweisen, hin. Die PVE-Hausärztinnen und -ärzte heben parallel zu den PVE-Patientinnen und -Patienten insbesondere die Vorteile durch die Erweiterung um Leistungen der Diätologie hervor. Darüber hinaus schätzen sie insbesondere die Kooperation mit den Vertreterinnen und Vertretern der Sozialen Arbeit: Die Patientinnen und Patienten der PVE würden von diesen neu geschaffenen Angeboten profitieren, da sie außerhalb der PVE im Rahmen der Primärversorgung nicht zugänglich seien.

Auch die erweiterten Öffnungszeiten zählen sowohl PVE-Patientinnen und -Patienten als auch PVE-Ärztinnen und Ärzte zu den wahrgenommenen positiven Veränderungen hinsichtlich des Angebots. PVE-Patientinnen und -Patienten berichten zudem positiv von telemedizinischen Angeboten und vereinfachten Strukturen, um außerhalb üblicher Öffnungszeiten eine hausärztliche Versorgung zu erhalten und so einen Ambulanzbesuch zu vermeiden. Diese wahrgenommenen Veränderungen geben einen Hinweis darauf, dass die Erwartungen, welche in der Literaturanalyse aufgezeigt wurden, bezüglich Zugang, Öffnungszeiten und Entlastung der Ambulanzen in PVE bedient werden. Auch die gesichteten Evaluationsberichte bieten eine Grundlage für die Annahme, dass die erweiterten Öffnungszeiten einen großen Vorteil von PVE darstellen.

Aus Sicht der befragten Hausärztinnen und -ärzte aus Einzelordinationen ist der niederschwellige und kostenlose Zugang zu einem – PVE-ähnlichen – regionalen Netzwerk im Bereich der Gesundheits- und Sozialberufe mit guter Erreichbarkeit und kurzen Wartezeiten auch für sie ein wichtiger Beitrag für eine qualitätsvolle Patientenbetreuung. Der Ausbau und die Attraktivierung der Kasernenstellen im Rahmen der Gesundheits- und Sozialberufe seien notwendig, um den Zugang für Patientinnen und Patienten – insbesondere in ländlichen Regionen – sicherzustellen. Vor allem die Angebote der Sozialen Arbeit und der Psychotherapie seien für Patientinnen und Patienten außerhalb einer PVE aktuell nicht ausreichend zugänglich. In diesem Kontext wurde der Bedarf an einer nachgelagerten Struktur geäußert, an welche weiterverwiesen werden könnte und im Rahmen deren bereits ein therapeutisches, sozialarbeiterisches und pflegerisches Angebot organisiert wird. Die Hausärztinnen und -ärzte aus Einzelordinationen brachten die Idee einer regionalen Koordinierungs- und Beratungsstelle neu ein.

4.2 Zugänglichkeit

In der Literatur wurden Erwartungen an PVE hinsichtlich einer niederschweligen Zugänglichkeit von Gesundheitsdienstleistungen sowie einschlägigen Informationen beschrieben. PVE werden als Erstanlaufstellen im Gesundheitsversorgungssystem definiert. Eine höhere Transparenz bezüglich Leistungen und Kosten soll bei der Gesundheitsplanung im System unterstützen. Leicht auffindbare und verständliche Informationen, insbesondere im Internet, sowie eine patientenzentrierte Kommunikation sollen die Transparenz und Zugänglichkeit für Patientinnen und Patienten gewährleisten.

Die zeitliche Komponente wird entsprechend den Erwartungen aus der Literatur sowohl von PVE-Patientinnen und -Patienten als auch von Ärztinnen und Ärzten als Novum beschrieben. PVE-Patientinnen und -Patienten benennen die erweiterten Öffnungszeiten als eine der größten positiven Veränderungen für eine verbesserte Zugänglichkeit im Rahmen des Wechsels von einer hausärztlichen Einzelordination zu einer PVE, insbesondere an den Tagesrandzeiten, aber auch während des Urlaubs oder im Krankheitsfall der Ärztinnen und Ärzte. Es habe dadurch auch das Aufsuchen von Krankenanstalten bei kleinen Beschwerden abgenommen. Dies deckt sich auch mit den Ergebnissen der Literatur sowie den Ansichten der PVE-Hausärztinnen und -ärzte.

Als weiteren Punkt, welcher die Patientenversorgung und -zufriedenheit verbessert, nannten die PVE-Patientinnen und -Patienten sowie die PVE-Hausärztinnen und -ärzte die vereinfachte und rasche Terminvergabe. Für Patientinnen und Patienten sei dies, gemeinsam mit den deutlich kürzeren Wartezeiten, der höheren zeitlichen Flexibilität und der allgemein guten Erreichbarkeit, ein besonders positiver Faktor. Auch hier bestehen Parallelen zu den Ergebnissen aus der Literaturanalyse, die patientenzentriertes Terminmanagement, eine zeitnahe Leistungsanspruchnahme, die örtlich gute Erreichbarkeit sowie eine gute Verkehrsanbindung als Sollcharakteristika von PVE beschreiben. Auch bauliche Barrierefreiheit wird vorausgesetzt.

4.3 Versorgungsprozesse und Versorgungsqualität

Neben dem erweiterten Leistungsspektrum wurde in der Literatur zudem die Erwartung beschrieben, dass durch PVE effizientere Versorgungsprozesse ermöglicht würden. Diese würden wiederum eine Kostenersparnis und somit eine Verbesserung der Gesundheitsoutcomes unter ökonomischer Perspektive bedeuten. In dieser Hinsicht wurden drei Bereiche identifiziert, von welchen eine Kostenersparnis erwartet wird, konkret betrifft dies

- » die Entlastung des stationären Bereichs,
- » die effizientere Abstimmung mit Versorgungspartnerinnen/-partnern und weiteren Akteurinnen/Akteuren in der Region im Sinne der Lotsenfunktion,
- » die effizientere Nutzung der ärztlichen Kernkompetenzen.

Einen Hinweis auf die Entlastung von Ambulanzen gaben PVE-Patientinnen und -Patienten im Rahmen der Fokusgruppe, indem sie angaben, PVE als Alternative zu Ambulanzen aufzusuchen. Sie

bestätigten zudem die bessere Vernetzung des PVE-Teams mit den regionalen Versorgungspartnern/-partnern und berichteten von einer in PVE besseren Systemkenntnis, was wiederum die Erfüllung der Lotsenfunktion untermauert. Die Berichte aus den Fokusgruppen der PVE-Patientinnen und -Patienten werden durch die Ergebnisse der Evaluationsberichte bestätigt.

Die Aussagen, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit im PVE-Team die Ärztinnen und Ärzte entlaste, die ärztlichen Kernaufgaben mehr ins Zentrum der Versorgungstätigkeit rücke und die Versorgungsqualität dadurch steige, decken sich zwischen den Ergebnissen der Literatur sowie den Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten aus PVE. PVE-Hausärztinnen und -ärzte nehmen das erweiterte Team als eine große Unterstützung wahr, welche ein qualitativvolleres Arbeiten ermögliche. Durch das Delegieren von Tätigkeiten an DGKP und administrativer Tätigkeiten an Ordinationsassistenten und PVE-Management bleibe mehr Zeit für die ärztliche Behandlung. Insbesondere die Erweiterung um die Expertise der Pflege wird von den PVE-Hausärztinnen und -ärzten sehr geschätzt. Auch aus der Sicht der PVE-Patientinnen und -Patienten hat die Versorgungsqualität in der PVE zugenommen. Hierfür seien insbesondere die generationenübergreifende und interprofessionelle Teamarbeit und die damit einhergehende gute Informationsweitergabe innerhalb des Teams ausschlaggebend. Als weitere Begründung wird der modernere Behandlungsstil und die ausgeprägte professionelle Gesundheitskompetenz der engagierten PVE-Hausärztinnen und -ärzte angeführt. Durch den häufigeren Personalwechsel in PVE im Vergleich zu kleinen Einzelordinationen würden Ärztinnen und Ärzte und die Vertreter:innen der weiteren Gesundheits- und Sozialberufe verschiedene Versorgungsformen kennenlernen. Die daraus resultierende regelmäßige Reflexion der Versorgungsstrukturen und -prozesse trage ebenfalls zu einer verbesserten Versorgungsqualität bei, was die Ergebnisse aus den Evaluationsberichten bestätigt.

Die effizientere Nutzung der ärztlichen Kernkompetenzen wird besonders deutlich durch die Fokusgruppe der PVE-Hausärztinnen und -ärzte hervorgehoben und ist auch ein Wunsch der Hausärztinnen und -ärzte in Einzelordination. Die Erweiterung des Leistungsspektrums der hausärztlichen Ordination um pflegerische Expertise durch eine:n DGKP wäre für Hausärztinnen und -ärzte in Einzelordination zwar prinzipiell wünschenswert, der Anstellung von DGKP stünde jedoch die „Konkurrenzsituation“ mit den Krankenanstalten entgegen, welche den DGKP deutlich bessere finanzielle Anreize anbieten könnten, weshalb eine Anstellung in der hausärztlichen Einzelordination aus Sicht der Hausärztinnen und -ärzte nicht möglich sei. Der Zusammenarbeit und dem Austausch mit Angehörigen weiterer Gesundheits- und Sozialberufe schrieben die Hausärztinnen und -ärzte in Einzelordination weniger Relevanz zu. Eine Weiterleitung an extern organisierte Strukturen wäre jedoch wünschenswert, um ihren Patientinnen und Patienten die gleichen Chancen wie jenen in PVE bieten zu können.

4.4 Arbeitszufriedenheit und Attraktivität des Arbeitsmodells

Gemäß den Ergebnissen der Literaturanalyse wurde erwartet, dass PVE attraktive Arbeitsmodelle bereitstellen würden, was, wie dementsprechenden Hinweisen zu entnehmen war, auch Bestätigung fand (Franczukowska et al. 2020). Es wird erwartet, dass die strukturierte und interprofes-

sionelle Zusammenarbeit innerhalb einer PVE für Vertreter:innen der Gesundheits- und Sozialberufe attraktiv ist und die PVE eine bessere Work-Life-Balance ermöglicht. Insbesondere Ärztinnen und Ärzte sollen durch Angehörige weiterer Gesundheits- und Sozialberufe im PVE-Team sowie Manager:innen und Ordinationsassistentinnen/-assistenten entlastet werden. Zudem sollen sich für alle Teammitglieder durch den interprofessionellen Austausch und die Kooperation Synergien in der Zusammenarbeit und damit attraktive Arbeitsbedingungen ergeben. Im Idealfall kann jede Profession ihre Kernkompetenzen einbringen und sich darauf fokussieren. Mit einer zunehmenden Bekanntheit der Versorgungsform PVE wird auch eine Steigerung ihrer Attraktivität sowie der Wahrnehmung von PVE als Alternative zu Einzelordinationen insbesondere für Allgemeinmediziner:innen erwartet. Entsprechend den Erwartungen aus der Literatur beschreiben PVE-Hausärztinnen und -ärzte, dass sich ihre Arbeitszufriedenheit mit dem Wechsel in eine PVE gesteigert habe. Gründe hierfür sind eine bessere Work-Life-Balance, mehr zeitliche Flexibilität sowie die Möglichkeit der Vertretung und das damit verbundene beruhigende Wissen, dass die Ordination auch offen gehalten werden kann, wenn man selbst verhindert ist. Als weiterer positiver Faktor wird parallel zur Literatur der kollegiale Austausch mit ärztlichen Kolleginnen und Kollegen sowie den weiteren Teammitgliedern der PVE genannt. Die Erweiterung um Vertreter:innen von Gesundheits- und Sozialberufen ermöglicht zudem eine professionellere Patientenversorgung. Durch die Delegation verschiedenster Aufgaben haben die PVE-Hausärztinnen und -ärzte mehr Zeit für das direkte Patientengespräch und allgemein mehr Zeit für die Versorgung entsprechend den ärztlichen Kernkompetenzen. Dies deckt sich, wie die Literaturanalyse zeigen konnte, mit den Ergebnissen verschiedener Evaluationsberichte.

Weiters zeigt die Literatur, dass PVE ein gesundes Arbeitsumfeld bieten und demnach für das Personal gesundheitsfördernd wirken können. Laut den befragten Hausärztinnen und -ärzten in Einzelordinationen sei ein Netzwerk aus Angehörigen verschiedener Gesundheits- und Sozialberufe gut, es brächte aber keinen Vorteil, wenn Hausärztinnen und -ärzte Teil dieses Netzwerks wären. Dass sich die Zufriedenheit für Ärztinnen und Ärzte oder Patientinnen und Patienten in einer PVE verbessern könnte, thematisierten die Hausärztinnen und -ärzte in Einzelordination nicht. Die befragten PVE-Hausärztinnen und -ärzte gaben an, dass sich durch den Wechsel in eine Primärversorgungseinheit die Arbeitsbelastung verändert habe. Für den Großteil dieser Fokusgruppe habe sich die Arbeitszeit verkürzt und das Arbeitspensum verringert, da sich die Last auf das gesamte Team aufteilt, jedoch wurde auch eingebracht, dass sich die Arbeitsbelastung aufgrund der effizienteren Versorgungsprozesse intensiviert habe. Allgemein berichteten die Teilnehmer:innen von einer besseren Work-Life-Balance und einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen seit dem Wechsel in eine PVE.

4.5 Bevölkerungs- und Patientenorientierung

In der Literatur wird dargelegt, dass die grundlegende Erwartung an PVE darin bestehe, dass die Versorgungsstruktur sich den Ansprüchen und Bedürfnissen ihrer Nutzer:innen bzw. Patientinnen und Patienten anpasse – anstatt umgekehrt. Dabei wird sowohl von „Personen-“ bzw. „Patientenzentrierung“ gesprochen als auch von einer Orientierung an den Bedürfnissen der Bevölkerung im Einzugsgebiet. Eng verknüpft mit dieser Bedürfnisorientierung ist die aktive Einbindung der Nutzer:innen bzw. Patientinnen und Patienten. Es geht somit nicht nur um ein einseitiges Erkennen

von Präferenzen, Ressourcen und Bedürfnissen durch das Gesundheitspersonal, sondern auch um eine „Koproduktion“ von Gesundheit im Sinne einer Stärkung der Patientenrolle und -kompetenz.

Die Erwartung aus der Literatur deckt sich mit den Erfahrungen aus der Praxis. Aus Patientensicht sind die Erweiterung der zeitlichen Verfügbarkeit und die erlebte Steigerung der Versorgungsqualität Gründe für die erhöhte Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung. Zudem nehmen sie die Versorgung in den PVE als besonders patientenorientiert wahr. Als Gründe hierfür werden die ausführlicheren Untersuchungen, die optimierte Informationsweitergabe innerhalb des Behandlungsteams und die verbesserte Koordination der weiterführenden Behandlung genannt. Den multiprofessionellen Austausch sowie die generationenübergreifende ärztliche Zusammenarbeit in der PVE sehen die Patientinnen und Patienten positiv. Diese verschiedenen Aspekte führen dazu, dass man sich als Patient:in besonders gut abgeholt und im Mittelpunkt der Betreuung fühlt. Die angenehme Atmosphäre in der Ordination hat zur Folge, dass sich die Patientinnen und Patienten weniger gestresst fühlen und man mehr kognitive Ressourcen für das Arzt-Patient-Gespräch hat. Eine Patientin brachte zudem ein Beispiel für patientenzentrierte Edukation ein. Diese Veränderungen zählen zu den wichtigsten Faktoren für die gesteigerte Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und decken sich auch mit den Ergebnissen der Evaluationsberichte.

Auch PVE-Hausärztinnen und -ärzte bekräftigten die bevölkerungsorientierte Rolle der PVE. Sie beschrieben, dass durch das PVE-Team zeitliche und personelle Ressourcen sowie Expertise vorhanden seien, um gesundheitsrelevante Themen aufzugreifen, welche die Patientinnen und Patienten an das Team herantrügen. Auf diesem Wege seien bereits Angebote geschaffen worden. Darüber hinaus könnten in PVE nun auch insbesondere sozial vereinsamte Personen durch Sozialarbeiter:innen sowie im Rahmen von Social Prescribing Unterstützung erhalten. In Einzelordinationen hätten dafür zeitliche Ressourcen und das Know-how gefehlt.

4.6 Beitrag zur Chancengerechtigkeit

Die Literaturanalyse deutet darauf hin, dass die PVE nicht nur einen allgemein verbesserten Zugang zur Gesundheitsversorgung bieten, sondern durch den ihnen eignenden niederschweligen Zugang explizit auch einen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit leisten. Es wird erwartet, dass vulnerable Gruppen PVE verstärkt aufsuchen und dass die PVE für sie als „gate opener“ fungieren.

Laut den befragten PVE-Hausärztinnen und -ärzten bedeute die Betreuung in einer PVE insbesondere für biopsychosozial belastete Personen einen großen Unterschied. In diesem Kontext wird besonders das erweiterte Angebot rund um Psychologie, Psychotherapie und Soziale Arbeit hervorgehoben, welches niederschwellig in Anspruch genommen werden kann. Für Menschen mit einer chronischen Erkrankung würde sich die Versorgung durch das kostenlose Angebot der Pflege und der Diätologie verbessern, und für Personen mit sozialen Bedarfen kann das Know-how der Sozialen Arbeit sowie das kostenlose Angebot von Social Prescribing einen positiven Beitrag leisten. Die Erwartungen, welche durch die Literatur identifiziert wurden, decken sich somit mit den Erfahrungen aus der Praxis der PVE-Hausärztinnen und -ärzte und unterstreichen den Wunsch der

Hausärztinnen und -ärzte in Einzelordinationen nach einem regionalen Netzwerk im Bereich Gesundheits- und Sozialberufe, dessen ergänzendes Angebot die Patientinnen und Patienten nutzen können.

4.7 Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz und Stärkung der Gesundheit der Bevölkerung

Die Erwartung, dass PVE einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit der österreichischen Bevölkerung sowie eine Steigerung von deren Gesundheitskompetenz bewirken werden, wird in der Literaturanalyse mit Referenz auf internationale Studien angeführt. PVE sollen durch ein umfassenderes Versorgungsangebot und eine Qualitätssteigerung, etwa durch Kontinuität der Betreuung und interprofessionelles Zusammenwirken, eine Verbesserung in der gesundheitlichen Versorgung der Allgemeinbevölkerung und insbesondere von Kindern, Jugendlichen, chronisch Kranken und älteren Menschen bieten. Dies deckt sich mit den berichteten Erfahrungen der PVE-Hausärztinnen und -ärzte, die von bedarfsgerechterer Versorgung durch Kompetenzen aus unterschiedlichen Gesundheits- und Sozialberufen, Professionalisierung und Optimierung der Prozessabläufe sprachen. Die befragten PVE-Patientinnen und -Patienten legten eine Veränderung der eigenen Gesundheitskompetenz seit dem Wechsel in eine PVE anhand von Beispielen dar, allgemein wurde dieses Thema im Rahmen dieser Fokusgruppe jedoch nicht intensiv behandelt.

Aus Sicht der befragten PVE-Hausärztinnen und -ärzte sind die Gesundheitsförderung sowie die Stärkung der Gesundheitskompetenz Themen, welche vor allem im erweiterten Team angesiedelt seien. Dieses bekomme Zeit und Ressourcen zur Verfügung gestellt, um gesundheitsfördernde Angebote zu organisieren. Im Rahmen der Fokusgruppe wurden bereits durchgeführte Projekte genannt, hierzu zählen ein Projekt zur Raucherentwöhnung, Bewegungsgruppen zur Rückengesundheit, Ernährungsschulungen sowie Vorträge zum Thema Demenz und Erwachsenenvertretung für Angehörige. PVE-Hausärztinnen und -ärzte, die zudem Schulärztinnen und -ärzte sind, berichteten weiters von gesundheitsfördernden Aktivitäten in Schulen. Diese Angebote werden vorrangig von Angehörigen der verschiedenen Gesundheits- und Sozialberufe des PVE-Teams organisiert.

Auch die Hausärztinnen und -ärzte in Einzelordinationen äußerten den Bedarf, an Angebote zur Gesundheitsförderung weiterverweisen zu können. Insbesondere in ländlichen Regionen ist die Verfügbarkeit gesundheitsfördernder Angebote marginal. Als Ideallösung beschrieben sie ein Netzwerk aus Gesundheits- und Sozialberufsangehörigen, die verschiedene gesundheitsfördernde Programme für Einzelpersonen und Gruppen anböten wie z. B. Ernährungsschulungen durch Diätologinnen und Diätologen oder Aktivitäten zur Patientenedukation. Dafür wäre aus Sicht der Hausärztinnen und -ärzte in Einzelordinationen eine höhere Anzahl Angehöriger der Gesundheits- und Sozialberufe in der Region, die sich organisieren und mit attraktiven Kassenverträgen ausgestattet sind, notwendig.

4.8 Innovation, Telemedizin und technische Möglichkeiten

Die Literaturanalyse zeigt, dass PVE als fortlaufend lernende und sich weiterentwickelnde Organisationen betrachtet werden und dort neue Prozessabläufe und Strukturen entwickelt werden sollen. Die PVE wird als dynamische Einrichtung wahrgenommen, die durch kontinuierliche Weiterentwicklung Innovationen hinsichtlich Transparenz und Monitoring vorantreibt. Hierzu zählt eine elektronische und multiprofessionelle Patientendokumentation der Leistungen und Diagnosen unter Beachtung des Datenschutzes, welche bereits im Gesamtvertrag verankert ist.

Die befragten PVE-Patientinnen und -Patienten nahmen die Veränderungen hin zu einem Mehr an „unkomplizierten“ telemedizinischen Angeboten positiv wahr. Für sie zählten hierzu die Möglichkeit einer Onlineterminvereinbarung sowie telemedizinische Konsultationen und Symptomabfragen, Krankmeldungen, Rezeptausstellungen und ein Erinnerungssystem für bevorstehende Termine. Telemedizinische Angebote wurden von PVE-Hausärztinnen und -ärzten weniger angesprochen. Der Vorteil der gemeinsamen Patientendokumentation durch mehrere Ärztinnen und Ärzte gewährleistete die Informationskontinuität bei Abwesenheit der Vertrauensärztin / des Vertrauensarztes, und man sei dadurch bei der Patientenkonsultation auf dem aktuellen Informationsstand.

Für Hausärztinnen und -ärzte in Einzelordination ist eine Umstellung auf eine Terminordination denkbar. Aufgrund der höheren Kosten für das Personal zur Koordination sowie für die zusätzlichen Module der Ordinationssoftware wäre zu diesem Zwecke aus ihrer Sicht eine finanzielle Abgeltung für die Ordination notwendig. Die Überlegung zur Zusammenlegung der Software mehrerer Ordinationen beispielsweise in der Region oder im Sprengel zur gemeinsamen Dokumentation lehnten die Fokusgruppenhausärztinnen und -ärzte aus Einzelordinationen ab. Dies sei auch ein großes Hindernis bei der Gründung von Primärversorgungsnetzwerken. Die Schaffung einer Schnittstelle, welche das partielle Freigeben von Informationen über die Einzelordination hinaus ermögliche, wird als Möglichkeit für einen Informationserhalt vor Urlaubsvertretungen o. Ä. gesehen. ELGA wurde als eine Struktur für einen kontinuierlichen Informationserhalt vorgeschlagen. Die Hausärztinnen und -ärzte aus Einzelordinationen beschrieben, dass die ELGA aktuell wenig verwendet werde, da für sie relevante Informationen wie beispielsweise Entlassungsbriefe nach Krankenhausaufenthalten oder Facharztbefunde dort nicht enthalten seien. Die Weiterentwicklung von ELGA sei dringend notwendig.

4.9 Bedrohung des Hausarztmodells

Organisatorischer Aufwand, Machtverlust und Konfliktpotenzial

Zu den negativen Erwartungen zählt laut der durchgeführten Literaturanalyse die Bedrohung des Hausarztmodells durch die Einführung von PVE. Studien zur Berufsmotivation zeigen, dass die Selbstständigkeit in Einzelpraxen, vor allem um uneingeschränkt selbst Entscheidungen treffen zu können, ein hohes Gut für Ärztinnen und Ärzte darstellt. Auch Erwartungen hinsichtlich einer zunehmenden Inflexibilität, eines größeren organisatorischen Aufwands sowie eines steigenden Konfliktpotenzials werden beschrieben und zum Teil bestätigt (Franczukowska et al. 2020). Es wird zudem bezweifelt, dass PVE ohne Subventionen finanziell tragfähig sind.

Für die befragten PVE-Hausärztinnen und -ärzte ist der empfundene „Machtverlust“ durch die geringere Entscheidungsfreiheit in einer PVE im Vergleich zu der zuvor geführten hausärztlichen Einzel- oder Gruppenordination parallel zu den in der Literatur beschriebenen Erwartungen negativ spürbar. Auch der höhere organisatorische Aufwand wurde als negativ beschrieben, da ein größerer Bedarf an strukturierter Kommunikation innerhalb des PVE-Teams und dementsprechend mehr zeitliche Ressourcen benötigt würden. Das größere Team bringe zudem Herausforderungen im Umgang mit fachlichen Differenzen mit sich. PVE-Hausärztinnen und -ärzte beklagen zudem spürbare Kritik und Gegenwind von manchen niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen aus der Umgebung sowie der Ärztekammer. Dies habe insbesondere zu Beginn zu zusätzlichen Belastungen geführt und die Zusammenarbeit erschwert.

Beziehungsebene zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten

Gemäß weiteren Dokumenten wird befürchtet, dass in PVE aufgrund der Größe des Teams der persönliche Bezug zu Patientinnen und Patienten verloren gehen könnte. Auch die befragten Hausärztinnen und -ärzte in Einzelordinationen nahmen an, dass die persönliche Beziehung zwischen Hausärztinnen/-ärzten und Patientinnen/Patienten innerhalb einer PVE weniger persönlich und intensiv sei als in einer hausärztlichen Einzelordination und sahen dies als Nachteil in der Versorgung. Konträr dazu beschreiben Konzepte, die in die Literaturanalyse einbezogen wurden, die Relevanz der Kontinuität in der Versorgung.

Die PVE-Hausärztinnen und -ärzte bestätigten, dass auch in PVE das Vertrauensarztmodell beibehalten werde. Laut ihnen werde darauf geachtet, dass insbesondere chronisch kranke sowie ältere Personen ihre Vertrauensärztin bzw. ihren Vertrauensarzt und somit eine kontinuierliche Betreuung beibehalten können. Insbesondere für jüngere Patientinnen und Patienten sind die erweiterten Öffnungszeiten und die damit einhergehende Vereinbarkeit mit dem Alltag von besonderer Wichtigkeit. Eine kontinuierlichere Betreuung durch die gleiche Ärztin bzw. den gleichen Arzt sei für sie tendenziell zweitrangig. Aus ärztlicher Sicht habe die Behandlung durch unterschiedliche PVE-Hausärztinnen und -ärzte keinen negativen Effekt, da man sich durch das gemeinsame Dokumentationssystem rasch auf den aktuellen Wissensstand bringen könne. Die Versorgung innerhalb der eigenen Organisation würde zudem die Kontinuität unterstützen.

Die PVE-Patientinnen und -Patienten bestätigten, dass sie auch in der PVE eine Vertrauensärztin oder einen Vertrauensarzt hätten und sich die Beziehung zu ihrer Hausärztin bzw. zu ihrem Hausarzt nicht grundlegend verändert habe, was die Ergebnisse aus den gesichteten Evaluationsberichten bestätigt. Die Möglichkeit des Betreuerwechsels wird durch die befragten PVE-Patientinnen und -Patienten der Fokusgruppe nur selten in Anspruch genommen. Der Beziehungsaufbau dauere bei einem größeren Team zwar länger, die zeitliche Flexibilität der Versorgung bei Abwesenheit der eigenen Vertrauensärztin oder des eigenen Vertrauensarztes wurde jedoch in den Vordergrund gestellt. Bei unkomplizierten Konsultationen wie einer Rezeptausstellung oder Krankenschreibung sei es zudem nicht zwingend notwendig, auf einen Termin bei der Vertrauensärztin / dem Vertrauensarzt zu warten, da in solchen Fällen das Vertrauensverhältnis eine unwesentlichere Rolle spiele.

Lediglich im Rahmen der Fokusgruppe mit PVE-Patientinnen und -Patienten äußerte eine Person negative Erfahrungen in Hinblick auf die höhere Fluktuation von Personal im PVE-Team, revidierte

dies jedoch später. Die Patientinnen und Patienten ordneten den Personalwechsel als förderlich für die Reflexion im Team und damit für die Qualität der Versorgung ein. Dieses Thema kam in keiner weiteren Erhebung auf.

4.10 Regulatorien

Erleichterungen für Hausapotheken

Das Thema der Hausapotheken wurde lediglich in der Fokusgruppe mit Hausärztinnen und -ärzten aus Einzelordinationen aufgebracht. Die Teilnehmer:innen meinten, dass Hausapotheken in die Versorgungsstruktur im Rahmen der Primärversorgung integriert werden sollten. Die aktuell bestehende Einschränkung, dass man als PV-Netzwerk keine Hausapotheke betreiben dürfe, wurde negativ bewertet. Richtigzustellen ist hier, dass dies eine regionale Klausel ist, die im österreichweiten Gesamtvertrag nicht enthalten ist.

PrimVG auch für hausärztliche Einzelordinationen

Die gesetzliche Grundlage für PVE wurde ausschließlich im Rahmen der Fokusgruppe mit Hausärztinnen und -ärzten aus Einzelordinationen diskutiert, die kritisierten, dass das entsprechende Gesetz zwar Primärversorgung im Namen trage, sich jedoch nur auf PVE beziehe. Es wurde der Wunsch geäußert, dass auch die hausärztlichen Einzelordinationen in der gesetzlichen Grundlage, dem PrimVG, mitgedacht werden sollten.

4.11 Stärken und Limitationen

Dieses Projekt war in aufeinander aufbauende Phasen strukturiert, was die Nutzung von Wissen und Erfahrungen aus der jeweils vorangegangenen Erhebung für die anschließende möglich machte. Dieser Aufbau sowie die Methodentriangulation (Döring/Bortz 2015) von Literaturanalyse sowie Fokusgruppen zur Erhebung von Erwartungen an sowie Erfahrungen aus PVE und ihre Nutzung zur Ableitung von Handlungsoptionen kann als Stärke des Projekts erachtet werden.

Bei Betrachtung der Literatursammlung und -analyse ist die nichtsystematische Herangehensweise als Limitation zu werten. Die Erhebung durch Expertinnen und Experten der Gesundheit Österreich GmbH sowie der Sozialversicherung und die Suchabfrage in PubMed könnte Manuskripte aus Österreich ausgeschlossen haben, die den befragten Expertinnen und Experten nicht bekannt bzw. über die wissenschaftliche Datenbank nicht zugänglich waren. Das Ziel der Kombination einerseits der Erhebung von Dokumenten durch die Gesundheit Österreich GmbH, die unterschiedlichen Sozialversicherungsträger sowie den Dachverband, welche zu den relevantesten Stakeholdern im österreichischen Gesundheitswesen zählen, unter dem Dach des Steering Committee und andererseits der fokussierten wissenschaftlichen Suche war es, einen möglichst breiten Informationsstand über die bestehenden relevanten Dokumente abzudecken. Darüber hinaus war die Fragestellung sehr breit gefasst, wodurch eine Vielzahl an Dokumenten eingeschlossen wurde, die Erwartungen

an PVE beschreiben. Die Situation, dass wenige Evaluationen und Studien zu bestehenden PVE bestehen, diese nur eingeschränkt zugänglich sowie schwer vergleichbar sind und ein Evaluationsbericht erst zu Ende des Projekts veröffentlicht wurde, brachte die Schwäche mit sich, dass wenige klare Erfahrungen zur Patientenversorgung und zu Arbeitsbedingungen für die Zusammenschau mit den Ergebnissen aus den Fokusgruppen zur Verfügung standen. Zukünftige Studien könnten sich bei umfassenderer Verfügbarkeit von Evaluationsergebnissen mit ebendiesen beschäftigen.

Die Methode zur Erhebung erlebter Erfahrungen im Rahmen von Fokusgruppen wird als zweckdienlich für die Fragestellungen erachtet. Dieses Erhebungsformat ermöglichte einen gegenseitigen Austausch gleicher, anderer sowie konträrer Erfahrungen durch die Teilnehmer:innen und eine gleichzeitige Reflexion dieser Erfahrungen. Es kann angenommen werden, dass durch die Interaktion eine Vertiefung individueller Überlegungen und eine gegenseitige Befruchtung in Hinblick auf Vorstellungen stattfand, wodurch die Ergebnisse besonders reich an berichteten Erfahrungen wurden. Durch diese Methode war es jedoch nicht möglich, individuelle Wahrnehmungen in die Tiefe zu explorieren. [Baur/Blasius (2019), Citizens Advice (2015), Tausch/Menold (2015)]

Die Rekrutierung der Fokusgruppenteilnehmer:innen war vom Bestreben gekennzeichnet, eine bestmögliche Vielfalt an Charakteristika zu versammeln, die zudem jeweils am Beginn des Ergebniskapitels transparent beschrieben wurden. Insbesondere die Charakteristika der Teilnehmer:innen an der PVE-Patienten-Fokusgruppe zeigen jedoch deutlich, dass eine eher gut erreichbare Gruppe von Personen zur Teilnahme an der Fokusgruppe motiviert werden konnte. Keine:r der Teilnehmer:innen gab an, an einer chronischen Erkrankung zu leiden oder eine andere Erstsprache als Deutsch erlernt zu haben. Es konnten zudem keine sichtbaren Anzeichen für sozioökonomische Belastungen festgestellt werden. Dies stellt eine Limitation dieser Studie dar, weil somit die Veränderungen durch einen Wechsel von einer hausärztlichen Ordination hin zu einer PVE nicht unter dem Gesichtspunkt der Versorgung chronischer Erkrankungen, des Migrationshintergrunds oder sozioökonomischer Herausforderungen beleuchtet werden konnten. Als weitere Limitation kann angeführt werden, dass es sich bei den interviewten Patientinnen und Patienten um Menschen handelte, welche der PVE als neuem Versorgungskonzept tendenziell zugeneigt waren und diese daher für ihre Basisversorgung wählten. Diese Fakten sind Hinweise für das Vorliegen eines „participation bias“ (Döring/Bortz 2015) sowie eines „Bildungsbias“ (Baur/Blasius 2019). Entsprechend Letzterem waren also Personen aus höheren Bildungsgruppen überrepräsentiert. Auch bei den Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten ist davon auszugehen, dass sich eher motivierte und engagierte Personen zur Teilnahme bereiterklärt haben.

Abschließend ist als Stärke die Kombination durch die Literaturanalyse bereits vorhandenen Wissens mit neuen Informationen aus der realen Primärversorgung hervorzuheben. Darüber hinaus wurden gleichermaßen Erfahrungen von Patientinnen und Patienten aus PVE sowie Hausärztinnen und -ärzten aus PVE und aus Einzelordinationen strukturiert erhoben und in die Auswertung einbezogen. So wurden beide Perspektiven der Primärversorgung – jene der „Kundinnen/Kunden“ sowie jene der „Leistungserbringer:innen“ – einbezogen, um Ergebnisse zu erlangen, welche die Realität möglichst valide wiedergeben. Aufbauend auf der explorativen Erhebung durch qualitative Fokusgruppen könnte eine weiterführende Erhebung inklusive Quantifizierung mit größeren Stichproben mehr Aufschlüsse sowie ein generalisierbareres Bild für die Situation in Österreich liefern.

5 Teil 3: Ableitung von Handlungsoptionen

Die Ergebnisse betreffend die Erwartungen an und die Erfahrungen aus PVE aus den Fokusgruppen mit Hausärztinnen und -ärzten sowie Patientinnen und Patienten aus PVE sowie die Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit den Hausärztinnen und -ärzten aus Einzelordinationen wurden im Rahmen eines Workshops mit dem Steering Committee herangezogen, um Handlungsoptionen aus der Perspektive der Sozialversicherung zur Stärkung hausärztlicher Einzelordinationen abzuleiten.

5.1 Methode

In der Vorbereitung wurden dafür die in den Fokusgruppen thematisierten Veränderungen und Erwartungen im Online-Whiteboard „Miro“ auf virtuellen Post-its notiert. Anschließend erfolgte eine Clusterung der Ergebnisse aus den Fokusgruppen, die wiederum in Themenbereiche gruppiert wurden.

Im Rahmen des Workshops erfolgte je Cluster eine Beschreibung der Ergebnisse, wobei auch deren Herkunft aus der jeweiligen Fokusgruppe dargestellt wurde. Im Zuge der gemeinsamen Diskussion der Zusammenschau der Ergebnisse aus den drei Fokusgruppen formulierte das Steering Committee mögliche Handlungsoptionen, die dem geäußerten Bedarf begegnen könnten und darüber hinaus die hausärztliche Versorgung in der Einzelordination potenziell stärken. Die formulierten Handlungsoptionen liefern Möglichkeiten, wie den geäußerten Bedarfen begegnet werden könnte, bieten jedoch keine Grundlage für eine Finanzierung durch die Sozialversicherung. Da das Steering Committee Mitarbeiter:innen des Dachverbands der Sozialversicherungsträger, der ÖGK, der BVAEB, der SVS sowie der GÖG umfasste, wurde Expertise sowohl unterschiedlicher Bereiche der Sozialversicherung als auch der GÖG eingebracht.

5.2 Handlungsoptionen

Im Rahmen des Workshops zur Ableitung von Handlungsoptionen aus der Perspektive der Sozialversicherung formulierte das Steering Committee insgesamt 13 von ihm als sinnvoll erachtete Handlungsoptionen. Diese wurden vom Steering Committee als sinnvoll erachtet, bieten jedoch keine Grundlage für eine Finanzierung durch die Sozialversicherung. Im Folgenden werden die Ergebniscluster und die daraus formulierten Handlungsoptionen dargestellt.

5.2.1 Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz

Tabelle 5.1:

Ergebniscluster zielgruppenspezifische Angebote (teilweise aufsuchend) der Gesundheitsförderung

Zielgruppenspezifische Angebote (teilweise aufsuchend) der Gesundheitsförderung	
Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit Hausärztinnen/-ärzten aus Einzelordinationen	Gesundheits- und Sozialberufe notwendig für Angebote der Gesundheitsförderung
	„Annäherung“ Hausärztinnen/-ärzte aus Einzelordinationen und PVE im Sinne einer „Bereitstellung“ des Angebots durch erweiterte Berufsgruppen sinnvoll
Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit Patientinnen/Patienten aus PVE	breites Versorgungsspektrum, „alles unter einem Dach“ , dadurch kurze Wege, direkte Zuweisung, Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe tauschen sich direkt aus
	Patientenedukation und Unterstützung gesundheitsfördernden Verhaltens durch das erweiterte Team
Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit Hausärztinnen/-ärzten aus PVE	Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz durch die Ressourcen im erweiterten Team der PVE möglich
	z. B. Raucherentwöhnung, Ernährungsschulung bei Diätologie, Bewegungsgruppen bei Physiotherapie, Gruppe „Fit im Alter“ bei Ergotherapie, Demenzschulung Angehöriger durch Soziale Arbeit etc.
	Gesundheitsförderung bei Kindern im schulischen Umfeld (KiG, S) durch erweitertes Team der PVE, aber auch die Rolle als Schulärztin/-arzt
	besondere Vorteile durch Erweiterung Soziale Arbeit / Diätologie in PVE
	niederschwellige Betreuung von Personen mit sozialen Bedarfen insbesondere durch Social Prescribing oder Psychotherapie in der PVE
umfassende Versorgung durch multiprofessionelles Team der PVE bei biopsychosozial belasteten / chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten	

Quelle: GÖG

Bezüglich Angeboten der Gesundheitsförderung wurde in den beiden Fokusgruppen mit Hausärztinnen und -ärzten sowie Patientinnen und Patienten aus PVE deutlich, dass vor allem die Vertreter:innen der weiteren Gesundheits- und Sozialberufe neben Ärztinnen und Ärzten gesundheitsfördernd tätig sind. Hausärztinnen und -ärzte aus Einzelordinationen haben aufgrund ihrer Organisationsstruktur nicht die Möglichkeit, in ihrer Ordination auf ein solches Team zugreifen zu können, der Wunsch nach Kooperation mit Angehörigen weiterer Gesundheits- und Sozialprofessionen besteht ihrerseits jedoch. Dem ressourcenintensiven Aufbau der Zusammenarbeit und der Koordination begegneten die Hausärztinnen und -ärzte aus Einzelordinationen in der Fokusgruppe jedoch mit Skepsis. Auch den Patientenzugang zu niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten erachteten sie in zeitlicher und finanzieller Hinsicht sowie in Hinblick auf Gesundheitsförderung als nicht ausreichend flexibel und wenig patientenfreundlich. Für das Angebot der Sozialen Arbeit bestünde jedoch hoher Bedarf. Deren Ansiedelung in Ämtern wie beispielsweise Bezirkshauptmannschaften sei jedoch sowohl für Patientinnen und Patienten als auch Gesundheitsdienstleister:innen zu hochschwierig, so das Ergebnis aus der Fokusgruppe.

Das Steering Committee verständigte sich auf folgende Handlungsoption zur Stärkung zielgruppenspezifischer Angebote der Gesundheitsförderung, die unter anderem aufsuchend erbracht werden können:

**Handlungsoption 1:
Langfristige Finanzierung von Gesundheitsförderung durch Kooperationsprojekte**

Tabelle 5.2:
Ergebniscluster Wissen um Angebote in der Region

Wissen um Angebote in der Region	
Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit Patientinnen und Patienten aus PVE	PVE-Ärztinnen/-Ärzte sind besser vernetzt, können informiert im System weiterverweisen
Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit Hausärztinnen/-ärzten aus PVE	Lotsenfunktion im System durch Soziale Arbeit und Pflege in PVE
Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit Hausärztinnen/-ärzten aus Einzelordinationen	einheitliche Zuweisungsstrukturen in Österreich (Zuweisung an Logopädie/ Ergotherapie/... durch Hausärztinnen/-ärzte in Einzelordinationen in manchen Bundesländern nicht möglich)
	umliegende Hausärztinnen/-ärzte in Einzelordinationen sollen zum Angebot der PVE zuweisen dürfen

Quelle: GÖG

Das Wissen um Kompetenzen der unterschiedlichen Gesundheits- und Sozialberufe sei untereinander mangelhaft – insbesondere bei Ärztinnen und Ärzten, was zudem die Lotsenfunktion von Hausärztinnen und -ärzten in der Region behindern würde. Um das Wissen um diverse Angebote des Gesundheits- und Sozialbereichs in der Region zu bündeln, umfassend zugänglich zu machen und das Finden bzw. die Vermittlung des passenden Angebots zu unterstützen, formulierte das Steering Committee zwei Handlungsoptionen für die hausärztliche Versorgung, die zum einen die Koordination bzw. Lotsenfunktion in der Versorgungslandschaft in der Region und zum anderen die Kompetenzen zukünftiger Allgemeinmediziner:innen adressieren:

Handlungsoption 2:

Einrichtung regionaler Koordinierungs- und Beratungsstellen zu sozialen und gesundheitsfördernden Angeboten, die gleichzeitig als Vernetzungsstellen für regionale Versorgungsanbieter:innen (inkl. Ärztinnen und Ärzten) dienen, in strukturdiversen Bezirken unterschiedlicher Bundesländer (Vorschlag zur Umsetzung als Pilotprojekte im Rahmen der jeweiligen Landeszielsteuerung)

Handlungsoption 3:

Wissen um Kompetenzen und Aufgabenfelder der weiteren Gesundheits- und Sozialberufe an (zukünftige) Allgemeinmediziner:innen vermitteln. Dabei ist es wichtig, möglichst früh in der Ausbildung anzusetzen – im Idealfall erfolgt dies bereits im Studium.

Tabelle 5.3:

Ergebniscluster Regionaler Versorgungsauftrag

Regionaler Versorgungsauftrag	
Struktur	
Ergebnisse der Fokusgruppe mit Hausärztinnen/-ärzten aus Einzelordinationen	strukturierte Projekte in der Region – kleinteilige Projekte im Dorf sollen vermieden werden (z. B. CN)
	zentrale Koordinierungsstelle für soziale Belange/Unterstützungsleistungen in der Region / im Sprengel – man kann Patientinnen und Patienten dorthin verweisen – dort bekommen sie alle Informationen
	Unterstützung bei Management von Ordinationen in der Region / im Sprengel (ähnlich PVE-Management)
	Erweiterte Öffnungszeiten können durch Ärztinnen und Ärzte im Sprengel abgedeckt werden. Sprengel als Versorgungsnetzwerk andenken
	Nicht zwingend ärztliche Tätigkeiten vor-/auslagern (Rezeptgebührenbefreiung, Pflegegeld, Kindergartenuntersuchung, Führerscheinuntersuchung ...)
	Beispiel: Gründung eines Sozialvereins in dörflicher Struktur, welcher koordinative Aufgaben hinsichtlich Pflege übernimmt
Apotheken	
Ergebnisse der Fokusgruppe mit Hausärztinnen/-ärzten aus Einzelordinationen	Hausapotheke vor allem in Ein-Arzt-Gemeinden und entlegenen Regionen, insb. in der Nacht und am Wochenende
	Zugang zu Hausapotheken im ländlichen Bereich für Hausärztinnen/-ärzte vereinfachen (in Primärversorgungsnetzwerk nicht möglich)

Quelle: GÖG

Zum Versorgungsauftrag in der Region stammen die Ergebnisse rein aus der Fokusgruppe mit Hausärztinnen und -ärzten aus Einzelordinationen und beziehen sich zum einen auf die Struktur der Aufgaben in der Region und zum anderen auf die Umsetzung von Hausapotheken. In Hinblick auf die Struktur der Versorgung in der Region präferierten die Hausärztinnen und -ärzte aus Einzelordinationen das Verweisen auf extern organisierte Angebote. Das Steering Committee merkte die fehlende Zuständigkeit von Hausärztinnen und -ärzten für die niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten in der Region als Hindernis für eine verbindlichere Zusammenarbeit an, da jede Anbieterin und jeder Anbieter selbstständig tätig sei und die Versorgungsaufträge variieren würden. Aus der Perspektive der Sozialversicherung sei zusätzlich das zentrale Zusammenführen von Informationen aus hausärztlichen Ordinationen eine Herausforderung.

Das Steering Committee formulierte drei Handlungsoptionen auf Basis der Ergebnisse der Hausärztinnen und -ärzte aus Einzelordinationen. Den Versorgungsauftrag auf eine regionale Ebene zu heben wurde vom Steering Committee als mögliche sinnvolle Handlungsoption beschrieben. Vor dem Hintergrund der Selbstständigkeit der Versorgungsanbieter:innen sei jedoch eine klare Definition der Zuständigkeiten notwendig, um den Versorgungsauftrag gemeinsam erfüllen zu können. Bezüglich des Basisaufgabenpakets im Versorgungsauftrag für hausärztliche Einzelordinationen ortete das Steering Committee weiteren Bedarf zur Konkretisierung wie z. B. hinsichtlich der Sicherstellung der fachlichen Expertise von Hausärztinnen und -ärzten für außerordentliche Leistungen wie Ultraschall oder betreffend die Steuerung des Einsatzes von Leistungen in Bezug auf den medizinisch gerechtfertigten Bedarf.

Handlungsoption 4:

Versorgungsaufträge auf regionaler Ebene festlegen und Rollen sowie zugehörige Zuständigkeiten der in der Region tätigen Versorgungsanbieter:innen für die Erfüllung der Versorgungsaufträge klar definieren

Handlungsoption 5:

Versorgungsanbieter:innen der öffentlichen Gesundheitsversorgung/Sachleistungsversorgung nutzerfreundlich und österreichweit darstellen

Handlungsoption 6:

Empfehlungen für ein österreichweit einheitliches Basisaufgabenpaket für hausärztliche Einzelordinationen in Hinblick auf die Fachärztin / den Facharzt für Allgemein- und Familienmedizin

Tabelle 5.4:

Ergebniscluster Zugang zu unterschiedlichen Gesundheits- und Sozialberufen innerhalb des öffentlichen Gesundheitssystems

Zugang zu unterschiedlichen Gesundheits- und Sozialberufen innerhalb des öffentlichen Gesundheitssystems	
Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit Hausärztinnen/-ärzten aus Einzelordinationen	besondere Vorteile durch Erweiterung Soziale Arbeit / Diätologie in PVE
	niederschwellige Betreuung von Personen, die mit soziale Bedarfe aufweisen, insbesondere durch Social Prescribing oder Psychotherapie in der PVE
Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit Hausärztinnen/-ärzten aus PVE	umfassende Versorgung durch multiprofessionelles Team der PVE bei biopsychosozial belasteten (chronisch erkrankten) Patientinnen und Patienten
	z. B. Raucherentwöhnung, Ernährungsschulung bei Diätologie, Bewegungsgruppen bei Physiotherapie, Gruppe „Fit im Alter“ bei Ergotherapie, Demenzschulung Angehöriger durch Soziale Arbeit etc.
	Erweiterung der kostenlosen Angebote in der Region – Physiotherapie, Ergotherapie, Diätologie , Logopädie, Pflege, Soziale Arbeit, Psychotherapie etc. notwendig
	strukturiertes Zentrum/ Netzwerk in der Region mit erweiterten Gesundheits- und Sozialberufen
	Aktualisierung der Kassenverträge Angehöriger der Gesundheits- und Sozialberufe , damit Kassenstellen finanziell attraktiver werden und angenommen werden
	in Netzwerken für eine Region / einen Sprengel geplant und mit Ressourcen ausgestattet – dieses „ Netzwerk “ ist für die Patientinnen/Patienten in diesem Bereich zuständig , mit adäquaten Kassenstellen und einem attraktiven Kassenvertrag ausgestattet. Hausärztinnen/-ärzte in Einzelordinationen können dorthin überweisen, mit geringen Wartezeiten für die Patientinnen/Patienten verbunden

Quelle: GÖG

Der Zugang zu den unterschiedlichen Gesundheits- und Sozialberufen innerhalb des öffentlichen Gesundheitssystems wurde bereits in den Ergebnisclustern vorab besprochen und in den entsprechenden Handlungsoptionen thematisiert.

5.2.2 Organisation der Versorgungspraxis

Technische Rahmenbedingungen

Tabelle 5.5:

Ergebniscluster Organisation als Terminordination und erweiterte Öffnungszeiten

Organisation als Terminordination und erweiterte Öffnungszeiten	
Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit Patientinnen/Patienten aus PVE	Erweiterte Öffnungszeiten, kurze Wartezeiten, Flexibilität in Terminkoordination durch Terminordination sind positive Faktoren für Patientinnen/Patienten .
	Erweiterte Öffnungszeiten und vereinfachte Strukturen wie Terminordination werden geschätzt.
	durch Terminordination angenehme Atmosphäre in der Ordination, weniger gefüllte Warteräume, mehr „kognitive Ressourcen“ für ärztliches Gespräch
Ergebnisse aus Fokusgruppe mit Hausärztinnen/-ärzten aus PVE	strukturelle EDV-/IT-Unterstützung für Hausärztinnen/-ärzte in Einzelordinationen sinnvoll, z. B. für Terminmanagementprogramme u. Ä.
	Erweiterte Öffnungszeiten können durch die Ärztinnen/Ärzte im Sprengel abgedeckt werden. Sprengel als Versorgungsnetzwerk andenken

Quelle: GÖG

Die Vorteile einer Terminordination wurden insbesondere von Patientinnen und Patienten aus PVE geäußert. Hausärztinnen und -ärzte aus Einzelordinationen thematisierten die Kosten für entsprechende Module in der Ordinationssoftware. Das Steering Committee ortete mit Blick auf die Versorgungsregion Synergien zwischen der Organisation der Terminordination sowie erweiterten Öffnungszeiten und formulierte folgende Handlungsoption:

Handlungsoption 7:

Erweiterte Öffnungszeiten in der Region gewährleisten: Pilotregionen incentivieren, indem die Etablierung von Terminmodulen in Ordinationen finanziell unterstützt wird

Tabelle 5.6:

Ergebniscluster Kommunikation

Kommunikation	
Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit Hausärztinnen/-ärzten aus Einzelordinationen	kollegialer Austausch mit Ärztinnen/Ärzten und Angehörigen weiterer Gesundheits- und Sozialberufe innerhalb der PVE als positive Veränderung
	auch bei Betreuungswechsel: Beibehalten einer kontinuierlichen Betreuung durch gemeinsame Dokumentation im Team der PVE
Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit Hausärztinnen/-ärzten aus PVE	veraltete Kommunikationsstrukturen mit regionalen Partnern (Apotheke, Pflegeheim, GSB) modernisieren
	Optimierung der nachgeschalteten Strukturen (z. B. Kommunikation mit PWH zeitaufwendig, weil per Fax oder postalisch)
	Wunsch nach einfacherem Austausch von Befunden / verbesserte Schnittstelle schaffen (auch für Vertretung)
	Das Zusammenlegen der Dokumentationssysteme wird abgelehnt, die Implementierung einer Schnittstelle in der Dokumentation mit Kolleginnen/Kollegen aus der Region / im Sprengel wäre sinnvoll .
	Idee zur Verbesserung der Kommunikation: verschlüsseltes Kommunikations-tool/Chat-Tool (nicht für Patientinnen und Patienten)
Weiterentwicklung ELGA notwendig (fachärztliche Befunde, Radiologie, KH ...)	

In Bezug auf die Kommunikation hoben die Hausärztinnen und -ärzte aus PVE den Vorteil des Austauschs mit den Angehörigen der weiteren Gesundheits- und Sozialberufe innerhalb der Organisation hervor, desgleichen die Informationskontinuität durch das gemeinsame Dokumentationssystem, insbesondere bei Abwesenheit der Vertrauensärztin / des Vertrauensarztes. Die Hausärztinnen und -ärzte aus Einzelordinationen sprachen sich vor allem für eine Optimierung der Kommunikationsstrukturen (Schnittstellen, Tools, ELGA) mit externen Partnerinnen und Partnern wie Pflegeheimen, Apotheken, niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten sowie Fachärztinnen und -ärzten aus, um Informationen ohne Mehraufwand (z. B. durch die doppelte Dokumentation mit Pflegeheim) austauschen zu können. Auch die Weiterentwicklung von ELGA wurde in diesem Zusammenhang genannt. Die Anwendung einer verschlüsselten Kommunikationsmöglichkeit wurde von den Hausärztinnen und -ärzten aus Einzelordinationen als positiv erachtet, wobei eine Chatfunktion mit Patientinnen und Patienten bewusst abgelehnt wurde. Zur Verbesserung des Austauschs mit Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten in der Region nannten die Hausärztinnen und -ärzte aus Einzelordinationen multiprofessionelle Qualitätszirkel sowie deren Incentivierung.

Das Steering Committee formulierte zwei Handlungsoptionen, die den Herausforderungen der Kommunikation mit weiteren Versorgungspartnerinnen und -partnern begegnen könnten:

Handlungsoption 8:

Erweiterung von ELGA um z. B. ein Patient-Summary, Ausdehnung der Inhalte, eine Suchfunktion, die Dokumentation in Pflegeheimen und Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen etc.

Handlungsoption 9:

Umsetzung von und Teilnahme an Qualitätszirkeln incentivieren (z. B. DFP, finanzielle Unterstützung)

Tabelle 5.7:
Tabellencluster Digitale Angebote

Digitale Angebote	
Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit Patientinnen und Patienten aus PVE	telemedizinisches Angebot (Symptomabfrage, telemedizinische Konsultation, Krankmeldung, Terminerinnerung ...) ist eine positive Veränderung

Vor allem Patientinnen und Patienten aus PVE erachteten digitale Angebote in PVE wie telemedizinische Konsultationen, Terminerinnerungen und die digitale Symptomabfrage als positive Veränderungen. Bereits im Cluster davor wurden digitale Kommunikationslösungen mit Versorgungspartnerinnen und -partnern behandelt. In Bezug auf die Interaktion mit Patientinnen und Patienten leitete das Steering Committee folgende Handlungsoption für die Verbesserung der digitalen Zugänglichkeit, Koordination und Kontinuität ab:

**Handlungsoption 10:
Warteschleife, Rückrufoption/-liste, Terminerinnerung, Terminvereinbarungssystem in
Ordinationen gewährleisten**

Tabelle 5.8:
Ergebniscluster Anstellung von (Vertretungs-)Ärztinnen und (Vertretungs-)Ärzten

Anstellung von (Vertretungs-)Ärztinnen und (Vertretungs-)Ärzten	
Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit Hausärztinnen/-ärzten aus Einzelordinationen	weniger Bürokratie bei Anstellung von Vertretungsärztinnen/-ärzten
	Scheinselbstständigkeit bei regelmäßigen Vertretungsärztinnen/-ärzten problematisch
	Scheingrenzen müssen fallen, um eine Anstellung wirtschaftlich interessant zu machen.
	Es ist notwendig, Strukturen zu schaffen, welche eine Zusammenarbeit von Ärztinnen/Ärzten verschiedenen Alters erleichtern (aktuell wirtschaftliche Hürden), z. B. Pensionsantritt/Berufseinstieg.
Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit Patientinnen/Patienten aus PVE	erlebte Kompetenzsteigerung und Steigerung der Versorgungsqualität durch generationenübergreifende und interprofessionelle Teamarbeit
Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit Hausärztinnen/-ärzten aus PVE	PVE attraktive Möglichkeit für Berufseinstieg in die Allgemeinmedizin, da Verantwortung im Vergleich zu EP-Hausärztinnen und -ärzten geteilt

Quelle: GÖG

Personelle Situation

Die Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten unterschiedlicher Erfahrungsniveaus wurde in allen Fokusgruppen als positiv hervorgehoben. In der Fokusgruppe mit Hausärztinnen und -ärzten aus PVE wurden PVE als attraktive Möglichkeit für junge Allgemeinmediziner:innen, als Hausärztinnen und -ärzte tätig zu werden, beschrieben, da die Verantwortung im Team geteilt werde. Hausärztinnen und -ärzte aus Einzelordinationen kritisierten insbesondere die Regulatorien (bürokratischer Aufwand, Wartezeit zur Genehmigung, Scheingrenzen als Hindernis für wirtschaftliche Sinnhaftigkeit) in Bezug auf die Anstellung von Ärztinnen und Ärzten. Im Rahmen des Projekts wurden diesbezüglich keine Handlungsoptionen eruiert.

Tabelle 5.9:
Ergebniscluster Unterstützung durch DGKP und Ordinationsassistentinnen/-assistenten

Unterstützung durch DGKP und Ordinationsassistentinnen/-assistenten	
Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit Hausärztinnen/-ärzten aus PVE	Veränderung der Arbeitsbelastung durch effizientere/ effektivere Versorgungsprozesse in der PVE
	mehr Zeit für Ärztinnen und Ärzte, weil Aufgaben an das (erweiterte) Team delegiert werden können
	Mehr Zeit für Versorgung entsprechend den ärztlichen Kernkompetenzen steigert die Zufriedenheit.
Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit Hausärztinnen/-ärzten aus Einzelordinationen	Entlastung durch qualifiziertes Personal (Ordinationsassistentinnen/-assistenten, DGKP) – aktuell Konkurrenzsituation mit Krankenhaus
	finanzielle Unterstützung für hausärztliche Einzelordinationen, um qualifiziertes Personal interessieren zu können

Sowohl Hausärztinnen und -ärzte aus PVE als auch solche aus Einzelordinationen unterstrichen die Vorteile der Entlastung und der Möglichkeit der Konzentration auf ärztliche Kernkompetenzen durch die Delegation von Tätigkeiten an Angehörige weiterer Gesundheits- und Sozialberufe, insbesondere der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Ordinationsassistenten – die erste Gruppe als Erfahrung, die zweite als Wunsch. Hausärztinnen und -ärzte aus Einzelordinationen beschrieben ihre Organisation als Konkurrenz zum Arbeitsplatz in Krankenhäusern, jedoch mit geringeren finanziellen Ressourcen. Im Vergleich zu PVE äußerten auch sie Bedarf an finanzieller Unterstützung für die Anstellung Angehöriger weiterer Gesundheits- und Sozialberufe, um attraktive Bedingungen für qualifiziertes Personal bieten zu können.

Tabelle 5.10:
Ergebniscluster Effekte durch Teamarbeit

Effekte durch Teamarbeit	
Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit Hausärztinnen/-ärzte aus PVE	mehr Zeit für Ärztinnen/Ärzte, weil Aufgaben an das (erweiterte) Team delegiert werden können
	Mehr Zeit für Versorgung entsprechend den ärztlichen Kernkompetenzen steigert die Zufriedenheit.
	kollegialer Austausch mit Ärztinnen/Ärzten und weiteren GSB als positive Veränderung
	Beziehungen innerhalb des PVE-Teams benötigen strukturierte Kommunikation und zeitliche Ressourcen .
	Herausforderung im Umgang mit fachlichen Differenzen im Team
Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit Patientinnen/Patienten aus PVE	erlebte Kompetenzsteigerung und Steigerung der Versorgungsqualität durch generationenübergreifende und interprofessionelle Teamarbeit
Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit Hausärztinnen/-ärzten aus Einzelordinationen	Wunsch, sich auf ärztliche Kerntätigkeiten fokussieren zu können – Entlastung bei nichtärztlichen Tätigkeiten notwendig
	nicht zwingend ärztliche Tätigkeiten vor-/auslagern (z. B. Rezeptgebührenbefreiung, Pflegegeld, Kindergartenuntersuchung, Führerscheinuntersuchung)

In allen Fokusgruppen wurden die Effekte durch die Zusammenarbeit im Team bzw. mit Angehörigen unterschiedlicher Gesundheits- und Sozialberufe beschrieben, die vorrangig positiv bewertet wurden. PVE-Hausärztinnen und -ärzte strichen die Notwendigkeit zeitlicher Ressourcen und strukturierter Kommunikation für vertrauensvolle und effektive Zusammenarbeit im PVE-Team heraus. Eine Vergrößerung und Diversifizierung des Teams brächte auch fachliche Differenzen als Herausforderung mit sich. Auch die Hausärztinnen und -ärzte aus Einzelordinationen äußerten den Wunsch, sich mehr auf die ärztlichen Kerntätigkeiten fokussieren zu können und Tätigkeiten, die nicht zwingend durch Ärztinnen und Ärzte zu erbringen sind, vor- bzw. auszulagern wie beispielsweise Aufgaben im Rahmen von Anträgen auf Pflegegeld und Rezeptgebührenbefreiung sowie spezielle Untersuchungen.

Aufgrund ihrer inhaltlichen Nähe leitete das Steering Committee für die beiden letzten Ergebniscluster eine gemeinsame Handlungsoption ab.

Handlungsoption 11:
Niederschwellig zugängliche Beratungsleistungen, z. B. Anträge auf Pflegegeld und Rezeptgebührenbefreiung, österreichweit etablieren (z. B. via Case-Management, Community Nurses)

5.2.3 Professionalisierung der Versorgung und Regulatorien

Tabelle 5.11:
 Ergebniscluster Health-Professional-Patient-Beziehung

Health-Professional-Patient-Beziehung	
Kontinuität der Betreuung	
Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit Hausärztinnen/-ärzten aus PVE	<p>meist Beibehalten einer Vertrauensärztin / eines Vertrauensarztes, insbesondere bei älteren und chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten</p> <p>Flexibilität in der Betreuung durch gesellschaftlichen Wandel, insbesondere jüngere Patientinnen/Patienten nutzen die erweiterten Öffnungszeiten aus und legen teilweise weniger Wert auf eine kontinuierliche Betreuung durch dieselbe Person</p> <p>Patientinnen/Patienten entscheiden selbstständig, ob sie ggf. auf einen Termin mit „ihrer“ Hausärztin / „ihrem“ Hausarzt warten wollen oder einen flexiblen Termin mit einer anderen Person in Anspruch nehmen.</p>
Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit Patientinnen/Patienten aus PVE	<p>einfacher Betreuungswechsel möglich, wird nur bei Routinetätigkeiten genutzt, z. B. bei Krankmeldung, Rezeptausstellung, sonst gerne „eigene“ Hausärztin / „eigener“ Hausarzt</p> <p>Der Beziehungsaufbau dauert aufgrund der Teamgröße etwas länger als in hausärztlicher Einzelordination</p>
Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit Hausärztinnen/-ärzten aus Einzelordinationen	Annahme, dass in PVE keine kontinuierliche Betreuung stattfindet
Patientenzentrierung	
Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit Patientinnen/Patienten aus PVE	<p>angenehme Atmosphäre in der Ordination, weniger gefüllte Warteräume, mehr „kognitive Ressourcen“ für ärztliches Gespräch</p> <p>Ärztinnen und Ärzte haben mehr zeitliche Ressourcen für das Patientengespräch</p> <p>Patientinnen und Patienten fühlen sich „abgeholt“ durch gute Koordination im Team und Informationsweitergabe.</p> <p>Patientinnen und Patienten fühlen sich gut betreut, ausgiebig untersucht und nicht „nur“ weiterüberwiesen.</p>
Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit Hausärztinnen/-ärzten aus PVE	Mehr Zeit für Versorgung entsprechend den ärztlichen Kernkompetenzen steigert die Zufriedenheit.

Quelle: GÖG

Zur Beziehung zwischen den Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe im Team der PVE – insbesondere den Hausärztinnen und -ärzten – sowie den Patientinnen und Patienten hoben Letztere und PVE-Hausärztinnen und -ärzte die Flexibilität für Patientinnen und Patienten dahingehend, ob diese in der jeweiligen Situation eine Konsultation bei ihrer Vertrauensärztin oder ihrem Vertrauensarzt möchten bzw. benötigen, positiv hervor. Der Beziehungsaufbau dauere in der PVE zwar länger, Patientinnen und Patienten hätten trotzdem auch im größeren Team einer PVE eine Vertrauensärztin bzw. einen Vertrauensarzt. Dies widerspricht der Annahme der Hausärztinnen

und -ärzte aus Einzelordinationen, dass in PVE aufgrund der fehlenden Vertrauensärztin / des fehlenden Vertrauensarztes keine kontinuierliche Betreuung stattfindet.

Insbesondere die Patientinnen und Patienten berichteten davon, dass sie eine angenehmere und stressfreiere Atmosphäre im Wartebereich sowie beim ärztlichen Gespräch wahrnahmen, dass mehr Zeit für eine individuelle Patientenversorgung vorhanden sei und sie sich gut aufgehoben fühlen würden. Dies führten sie auf die Vorteile der Terminordination, gut organisierte Prozesse und das Team zurück. Auch die PVE-Hausärztinnen und -ärzte leiteten von den ausgiebigeren Ressourcen für ärztliche Tätigkeiten eine höhere Zufriedenheit ab.

Da die Kontinuität in der Betreuung und die Patientenzentrierung sekundäre Veränderungen durch veränderte Rahmenbedingungen in PVE darstellen, konnte hier durch das Steering Committee keine Handlungsoption abgeleitet werden.

Tabelle 5.12:

Ergebniscluster Erwartungen an Veränderung auf Systemebene

Erwartungen an Veränderung auf Systemebene	
Honorierung von Leistungsbündeln für Zielgruppen	
Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit Hausärztinnen/-ärzten aus Einzelordinationen	Stärkung der Gesprächsmedizin weg von der „Frequenzmedizin“, eventuell durch teilweisen Ausbau der pauschalisierten Grundleistungen
	Ausbau von Disease-Management-Programmen (ähnlich „Therapie Aktiv“)
Honorierung der Gesprächsleistung in der Allgemeinmedizin/Primärversorgung	
Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit Hausärztinnen/-ärzten aus Einzelordinationen	Modernisierung des Honorierungskatalogs der Hausärztinnen/-ärzte / Gleichstellung der Honorierung von PVE und hausärztlichen Einzelordinationen
Harmonisierung und Gleichstellung zwischen Bundesländern	
Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit Hausärztinnen/-ärzten aus Einzelordinationen	Eine Anpassung des Honorarkatalogs zwischen Bundesländern ist notwendig.
PrimVG als Regulatorium für gesamte Primärversorgung	
Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit Hausärztinnen/-ärzten aus Einzelordinationen	Allgemein sollten im PrimVG PVE und andere Organisationsformen der Primärversorgung geregelt sein – Wunsch nach Gleichstellung und weniger Fokus auf die Unterscheide

Quelle: GÖG

Die Hausärztinnen und -ärzte aus Einzelordinationen äußerten weitere Bedarfe, die Rahmenbedingungen auf der Systemebene betreffen, indem sie zum einen die Modernisierung des Honorarkatalogs, zum anderen die Anpassung des Primärversorgungsgesetzes adressieren. Die Honorierung hausärztlicher Einzelordinationen solle an jene der PVE angepasst werden sowie vermehrt Gesprächsleistungen beinhalten, um die zentrale kommunikative Komponente der hausärztlichen Versorgung zu stärken. Die pauschalierte Honorierung im Rahmen des Disease-Management-Programms (DMP) „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ wurde hier als Vorbild geäußert. Des Weiteren wird eine Harmonisierung der Honorierung über alle österreichischen Bundesländer gewünscht. Die Gleichstellung von PVE und weiteren Organisationsformen in der Primärversorgung wie hausärztlichen Einzelordinationen solle sich zudem im Primärversorgungsgesetz abbilden, das aktuell nur PVE in den Blick nimmt.

Das Steering Committee leitete zu den weiteren von Hausärztinnen und -ärzten aus Einzelordinationen angesprochenen Themen folgende zwei Handlungsoptionen ab:

Handlungsoption 11:

Ausbau der Disease-Management-Programme zur Förderung der Gesprächsmedizin

Handlungsoption 12:

PrimVG umbenennen in Gesetz für PVE

Anhang

Anhang 1: Eingeschlossene Dokumente der Literaturanalyse

Anhang 2: Kategoriensystem Erwartungen

Anhang 3: Einverständniserklärungen und Informationsblatt

Anhang 1: Eingeschlossene Dokumente der Literaturanalyse

Tabelle A1
Eingeschlossene Dokumente der Literaturanalyse

Titel	Jahr	herausgebende Organisation / Journal	Autor:in bzw. Autorinnen/Autoren	abrufbar unter:	Dokumenttyp
Ärztegesetz	1998 (i. d. g. F. 01/2023)	BMF		https://www.ris.bka.gv.at/Gelten-deFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138	Regulatorium (Gesetz, Vertrag, Vereinbarung)
Monitoring political decision-making and its impact in Austria	2005	Health Economics	Adolf Stepan, Margit Sommersguter-Reichmann	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16161199	Artikel
Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Versorgungskosten – Konsequenzen für Finanzierung und Steuerung des österreichischen Gesundheitswesens	2008	Medizinische Universität Graz	Heide Said	https://me001.ned.edis.at/publichealth/archiv/Mastersarbeiten/Arbeiten02/Mastersarbeit_Said.pdf	Abschlussarbeit
Wahlärzte sichern Gesundheitsversorgung	2008	Consilium, Ärztekammer Niederösterreich	Michael Dihlmann		Artikel
Wie gut ist Ihr Hausarzt?	2010	Profil	Bert Ehgartner	https://www.profil.at/home/wie-ihr-hausarzt-272937	Artikel
Reformoptionen	2011	Schaffer Verlag	Florian Stigler		Artikel
Health Professionals der Zukunft	2012	Hauptverband der ö. SVT	Monika Riedel, Thomas Cypionka	https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/3146/1/hsw12_1d.pdf	Artikel
Regionale Versorgung im ambulanten Bereich: Internationale Perspektiven	2012	Soziale Sicherheit	Thomas Cypionka, Gerlinde Titelbach, Anita Klambauer	https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/3143/1/hsw12_4d.pdf	Artikel

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A1, Seite 2 von 13

Titel	Jahr	herausgebende Organisation / Journal	Autor:in bzw. Autorinnen/Autoren	abrufbar unter:	Dokumenttyp
Allgemeinmedizin – spezialisiert auf den ganzen Menschen	2012	DEGAM	Heinz-Harald Abholz, Attila Altiner, Ottomar Bahrs, Erika Baum, Martin Beyer, Jean-François Chenot, Norbert Donner-Banzhoff, Günther Egidi, Peter Engeser, Antje Erler, Ferdinand Gerlach, Andreas Klement, Manfred Lohnstein, Armin Mainz, Hans-Michael Mühlenfeld, Wilhelm Niebling, Uwe Popert, Martin Scherer, Anne Simmenroth-Nayda, Guido Schmiemann, Antonius Schneider, Jost Steinhäuser, Armin Wieseemann, Stefan Wilm	https://www.degam.de/files/inhalt/pdf/positionspapiere_stellungnahmen/positionspapiere-altes-verzeichnis/2012_degam_zukunftspositionen.pdf	Bericht
Arzt der Zukunft – Zukunft des Arztes – Buchbeschreibung	2012	Österreichische Ärztezeitung	Günther Wawrowsky, Gert Wiegele, Jörg Pruckner	-	Artikel
Access points to the different levels of health care and demographic predictors in a country without a gatekeeping system. Results of a cross-sectional study from Austria	2013	European Journal of Public Health	Kathryn Hoffmann, K. Viktoria Stein, Manfred Maier, Anita Rieder, Thomas E. Dorner	https://academic.oup.com/eurpub/article/23/6/933/436739	Artikel
Ärztmangel ist (auch) Führungsmangel	2013	Tilak Unternehmen Gesundheit	Gerit Mayer, Alexandra Kofler	http://www.medizin-management.at/fileadmin/Vortragsunterlagen/M_M2013/Kofler_Mayer_F%C3%BChrung_und_%C3%84rztmangel_ohne_Auswertung.pdf	Präsentation
Assessing primary care in Austria: room for improvement	2013	Family Practice	Florian L. Stigler, Barbara Starfield, Martin Sprenger, Helmut J. F. Salzer, Stephen M. Campbell	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23148121	Artikel

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A1, Seite 3 von 13

Titel	Jahr	herausgebende Organisation / Journal	Autor:in bzw. Autorinnen/Autoren	abrufbar unter:	Dokumenttyp
„Das Team rund um den Hausarzt“ – Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich	2014	BMGSPK	Clemens Martin Auer	https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:a9e378a1-0c36-4e0e-85f3-fff4703481cf/PV-Konzept_30062014_final.pdf	Bericht
Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014	2014	Kassenärztliche Bundesvereinigung	Rüdiger Jacob, Johannes Kopp, Sina Schultz	https://www.kbv.de/media/sp/2015-04-08_Berufsmonitoring_2014_web.pdf	Bericht
Motive für die Fachgebietswahl ehemaliger PJ-Studierender im Fach Allgemeinmedizin: Ergebnisse einer Querschnittsbefragung der JG 2007-2012	2014	Zeitschrift für Medizinische Ausbildung	Jens Abendroth, Ute Schnell, Thomas Lichte, Matthias Oemler, Andreas Klement	https://www.egms.de/static/de/journals/zma/2014-31/zma000903.shtml	Bericht
Gutachten zur Gestaltung nicht-monetärer Anreize für Ärztinnen und Ärzte	2014	HCM Institute for Healthcare Management GmbH	Katharina Janus	https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714832&version=1422262703	Bericht
Erwartungen an die Primärversorgung – die PatientInnenperspektive	2014	Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung	Tom Schmid, Manuela Krivda, Pascal Laun, Andreas Neidl, Katharina Auer, Sabine Sommer	https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714757&version=1425625232	Bericht
Primärversorgung aus Sicht von JungmedizinerInnen	2014	Sensor Marktforschung	Sensor Marktforschung	https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714825&version=1414058399	Präsentation
Primärversorgung	2014	IHS	Thomas Czypionka, Susanna Ulinski	https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.715456&version=1477896840	Bericht

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A1, Seite 4 von 13

Titel	Jahr	herausgebende Organisation / Journal	Autor:in bzw. Autorinnen/Autoren	abrufbar unter:	Dokumenttyp
Allgemeinmedizin in der Steiermark: Netzwerke niedergelassener Hausärzte	2014	Medizinische Universität Graz	Stefan Korsatko	https://www.grin.com/document/299358	Abschlussarbeit
Fördernde und hemmende Motivatoren von niedergelassenen MedizinerInnen in der beruflichen Praxis	2015	Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik	Agnes Kaiser, Anna Maria Dieplinger und Ariane Serghuber	https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714762&version=1452587563	Bericht
Physicians' exodus: why medical graduates leave Austria or do not work in clinical practice	2015	Wiener klinische Wochenschrift	Sebastian Scharer, Andreas Freitag	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25931135	Artikel
Ärztemangel oder Nachbesetzungsprobleme bei Ärzten: Nur ein semantischer Unterschied	2015	Soziale Sicherheit	Manuel Kerzner, Edith Maria Rehberger	https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714309&version=1432891787	Artikel
Ärzte-Ausbildung 2015	2015	Österreichische Ärztezeitung	Österreichische Ärztekammer	https://www.aek-ktn.at/documents/a49c00c6-be87-11e9-8b8b-5254009ad2fe/aeao_2015_broschuere.pdf	Artikel
Primary health care teams put to the test a cross-sectional study from Austria within the QUALICOPC project	2015	BMC Family Practice	Kathryn Hoffmann, Aaron George, Thomas Ernst Dörner, Katharina Süß, Wille-mijn L. A. Schäfer, Manfred Maier	https://bmcpimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-015-0384-9	Artikel
Ärztenschwemme versus Ärztemängel in Österreich	2015	Soziale Sicherheit	Edith Maria Rehberger, Manuel Kerzner	https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714308&version=1432891786	Artikel

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A1, Seite 5 von 13

Titel	Jahr	herausgebende Organisation / Journal	Autor:in bzw. Autorinnen/Autoren	abrufbar unter:	Dokumenttyp
Nichtärztliche Gesundheitsberufe	2015	IHS	Monika Riedel, Gerald Röhrling, Karin Schönplflug	https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714992&version=1466574851	Bericht
Tätigkeiten von Pflegefachkräften in der Hausarztpraxis	2015	Medizinische Universität Graz	Andrea Siebenhofer-Kroitzsch, Muna Abuzahra, Karl Horvath, Klaus Jeitler, Nicole Posch, Thomas Semlitsch, Christa Lohrmann, Gerhilde Schüttengruber	https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714973&version=1464598270	Bericht
Stressed and overworked? A cross sectional study of the working situation of urban and rural general practitioners in Austria in the framework of the QUALICOPC project	2015	Croatian Medical Journal	Kathryn Hoffmann, Silvia Wojczewski, Aaron George, Willemijn L. A. Schäfer, Manfred Maier	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26321030	Artikel
Bezahlungssysteme in der Primärversorgung	2015	Institut für Höhere Studien Wien	Thomas Czypionka, Markus Kraus, Frank Kronemann	https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714756&version=1425625231	Bericht
Innovative Primärversorgungsmodelle in der Steiermark: Identifikation und Analyse	2016	Medizinische Universität Graz	Muna Abuzahra, Andreas Domke, Klaus Jeitler, Stefan Korsatko, Nicole Posch, Thomas Semlitsch, Ulrike Spary-Kainz	https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/frontend/user_upload/OEs/institute/allgemeinmedizin/pdf/berichte/2016/IAMEV_InPrimo-Stmk_final.pdf	Bericht
Arbeits- und Lebenssituation 2016	2016	Consilium, ÄK für Niederösterreich			Artikel
Child Health Care Services in Austria	2016	The Journal of pediatrics	Reinhold Kerbl, Georg Ziniel, Petra Winkler, Claudia Habl, Rudolf Püspök, Franz Waldhauser	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27666272	Artikel

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A1, Seite 6 von 13

Titel	Jahr	herausgebende Organisation / Journal	Autor:in bzw. Autorinnen/Autoren	abrufbar unter:	Dokumenttyp
Primary Health Care in Österreich - Tu Felix Austria nube - Konzept der Vernetzung in der primären Gesundheitsversorgung von Oberösterreich	2016	WMW	Johannes Kriegel, Erwin Rebhandl, Wolfgang Hockl, Anna-Maria Stöbich	https://www.research-gate.net/publication/310744764_Primary_Health_Care_in_Osterreich_-_Tu_Felix_Austria_nube_-_Konzept_der_Vernetzung_in_der_primären_Gesundheitsversorgung_von_Oberosterreich	Artikel
Interdisziplinäre Zusammenarbeit von Hausärztinnen und Hausärzten in Österreich	2016	Med. Uni Wien	Katharina Süß	https://oegam.at/system/files/dokumente/publikationen/suess_2014-interdisziplinarietaet_in_der_allgemeinmedizin.pdf	Abschlussarbeit
Herausforderungen und Lösungsansätze zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung in Tirol	2016	Ärzttekammer für Tirol	Ärzttekammer für Tirol	http://www.landaerzte.tirol/wp-content/uploads/2016/09/20160831-Herausforderungen-und-L%C3%B6sungsans%C3%A4tze-zur-Sicherstellung-der-ambulanten-%C3%A4rztlichen-Versorgung-in-Tirol.pdf	Presseinformation
Pay-for-Performance im Gesundheitswesen	2016	DVSV	Aline Dragosits	https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.715003&version=1479885394	Bericht
Improving quality of care in general practices by self-audit, benchmarking and quality circles	2016	Wiener Klinische Wochenschrift	Angelika Mahlknecht, Muna E. Abuzahra, Giuliano Piccoliori, Nina Enthaler, Adolf Engl, Andreas Sönnichsen	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5052301	Artikel
Primärversorgung: Chancen und Grenzen einer multiprofessionellen und interdisziplinären PatientInnenversorgung	2016	FH Burgenland	Simone Jagschitz	https://fhburgenland.contentdm.oclc.org/digital/collection/p15425dc/id/28274	Abschlussarbeit

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A1, Seite 7 von 13

Titel	Jahr	herausgebende Organisation / Journal	Autor:in bzw. Autorinnen/Autoren	abrufbar unter:	Dokumenttyp
Stellschrauben in der Hausarztversorgung - Identifizierung strategischer Erfolgsfaktoren für eine verbesserte hausärztliche Versorgung in Oberösterreich	2016	Das Gesundheitswesen	Johannes Kriegel, Erwin Rebhandl, Nanni Reckwitz, Wolfgang Hockl	https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0041-110521?casa_token=3tdNzlo-hijQAAAA:NT5S57cvhp_Rq50kidm9XVohYc_OI3OSC5jO8BIRS8i_W7v_1Q8pq9GsFBPzR_zZ-EWNTp3tMfa-TivGP	Artikel
Evaluation des Projekts PHC - Primärversorgungszentrum Medizin Mariahilf	2017	GÖG	Barbara Fröschl, Katja Antony	https://www.medizinmariahilf.at/wp-content/uploads/2017/06/kurzbericht_evaluierung_phc_mm_1_zb.pdf	Bericht
Prävention eines allgemeinmedizinischen Landärztemangels	2017	Medizinische Universität Graz	Florian Stigler, Klaus Jeitler, Julia Schirgi, Thomas Semlitsch, Andrea Siebenhofer-Kroitzsch, Carolin Zipp	https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/frontend/user_upload/OEs/institute/allgemeinmedizin/pdf/berichte/2017/IAMEV_Praevention-AM-Landaerztemangel_final.pdf	Bericht
KPJ Umfrage 2017 - Die Ergebnisse	2017	ÖH Medizin Innsbruck	Natascha Brigo, Luca Gallastroni, Sebastian Salla-berger, Christine Schmidt, Filipp Sokolovski	https://docplayer.org/58230155-Abwanderung-allgemeinmedizin-auf-wandsentschaedigung-kpj-umfrage-2017-die-ergebnisse.html	Bericht
Erhebung der Berufsmotivation zur Allgemeinmedizin von Studierenden und jungen Ärzten in Österreich und Deutschland	2017	Medizinische Universität Graz	Stephanie Poggenburg, Alexander Avian, Andrea Siebenhofer-Kroitzsch, Andrea Berghold, Klaus Jeitler	https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/frontend/user_upload/OEs/institute/allgemeinmedizin/pdf/berichte/2017/IAMEV_BMotiv-AM_final.pdf	Bericht

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A1, Seite 8 von 13

Titel	Jahr	herausgebende Organisation / Journal	Autor:in bzw. Autorinnen/Autoren	abrufbar unter:	Dokumenttyp
Primärversorgungsgesetz	2017/2018	BMF		https://www.ris.bka.gv.at/Gelten-deFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009948	Sonstiges
Vertragsärztinnen und -ärzte in Österreich: Bestandsaufnahme und Analyse	2017	DVSV	DVSV	https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714994&version=1490770055	Bericht
Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis	2017	GÖG	Charlotte Klein Daniela Pertl Daniela Rojatz Peter Nowak	https://jasmin.goeg.at/id/eprint/280/1/Bericht_Endfassung%20GF%20im%20Setting%20Hausarztpraxis_20170914.pdf	Bericht
Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene	2017	BMSGPK	BMSGPK		Regulatorium (Gesetz, Vertrag, Vereinbarung)
Innovative Konzepte und ihre Grundlagen für eine moderne gesundheitliche Versorgung auf dem Lande	2018	dostal & partner management-beratung gmbh	Adrian W. T. Dostal Gabriele Dostal	https://www.dostal-partner.de/wp-content/uploads/2018/01/Leseprobe-Versorgungsstudie.pdf	Bericht
Motive für die Inanspruchnahme wahlärztlicher Versorgung	2018	Universität Wien	Franz Kolland, Anna Fassl, Thomas Mayer, Karoline Bohrn	https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.712914&version=1553158907	Bericht
ÄrztInneneinkünfte in Österreich	2018	IHS	Thomas Czypionka, Markus Pock, Miriam Reiss, unter Mitarbeit von Eva Six	https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714999&version=1545303515	Bericht
Befragung angehender AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde in Wien	2018	Euro Centre Publication, Wiener Gesundheitsfonds	Christian Böhler, Katharine Schulmann, Kai Leichsenring	https://www.euro-centre.org/publications/detail/3316	Bericht
Überlegungen zur zukünftigen Honorierung von Primärversorgungseinheiten	2018	DVSV	Sozialversicherung, JAMÖ	https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.712929&version=1551779135	Bericht

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A1, Seite 9 von 13

Titel	Jahr	herausgebende Organisation / Journal	Autor:in bzw. Autorinnen/Autoren	abrufbar unter:	Dokumenttyp
Primärversorgung Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz	2018	GÖG	Daniela Rojatz, Peter Nowak, Stephanie Rath, Beate Atzler, Martin Sprenger, Florian Stigler, Stefan Spitzbart	https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/Eckpunkte%20Idealmodell_0.pdf	Bericht
Das österreichische Gesundheitssystem	2018	European Observatory on Health Systems and Policies / GÖG	Florian Bachner, Julia Bobek, Katharina Habimana, Joy Ladurner, Lena Lepuschütz, Herwig Ostermann, Lukas Rainer, Andrea E. Schmidt, Martin Zuba, Wilm Quentin, Juliane Winkelmann	https://jas-min.goeg.at/434/13/Das%20%C3%B6sterreichische%20Gesundheits-system_2019.pdf	Bericht
Masterplan Allgemeinmedizin	2018	ÖGAM	Susanne Rabady, Stephanie Poggenburg, Maria Wendler, Sebastian Huter, Christoph Fürthauer	https://oegam.at/system/files/images/4_kurzversionenmaster_basisdok_v1.01.pdf	Bericht
Die Stärkung der Primärversorgung in Österreich - ein erster Zwischenstand	2018	Dachverband der Sozialversicherungsträger, Soziale Sicherheit	Timo Fischer, Matthias Schauppenlehner	https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714441&version=1518433009	Artikel
Reform der Primärversorgung in Österreich	2018	Wiener Medizinische Wochenschrift	Herbert Johann Bachler, Raphael Bertsch	https://link.springer.com/article/10.1007/s10354-017-0613-z	Artikel
Evaluation des Projekts PHC - Primärversorgungszentrum Mariahilf	2018	GÖG	Katja Antony, Sarah Ivansits, Barbara Fröschl	https://www.medizinmariahilf.at/wp-content/uploads/2018/09/zwischenbericht-2_evaluierung_phc.pdf	Bericht
Health Systems in Transition	2018	WHO	Florian Bachner, Julia Bobek, Katharina Habimana, Joy Ladurner, Lena Lepuschütz, Herwig Ostermann, Lukas Rainer, Andrea E. Schmidt, Martin Zuba, Wilm Quentin, Juliane Winkelmann	https://jas-min.goeg.at/434/1/HiT%20-%20Austria%20-%20final_web_version_Oktober18.pdf	Bericht

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A1, Seite 10 von 13

Titel	Jahr	herausgebende Organisation / Journal	Autor:in bzw. Autorinnen/Autoren	abrufbar unter:	Dokumenttyp
The ecology of medical care: access points to health care systems in Austria and other developed countries	2019	Scandinavian Journal of PHC	Kathryn Hoffmann, Robin Ristl, Aaron George, Manfred Maier, Otto Pichlhöfer	https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02813432.2019.1663593	Artikel
Diabetesversorgung in England und Österreich	2019	London School of Hygiene & Tropical Medicine	Florian Stigler	https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/Pr%C3%A4sentation%20Diabetes_GOEG_169.pdf	Präsentation
Primärversorgung – Berufsgruppen und Kompetenzprofile. Kompetenzprofile Kernteam	2019	BMASGK	Silvia Türk, Meinhild Hausreither, Rudolf Hochsteiger, Daniela Klein, Bettina Maringer, Notburga Erlacher, Karin Pesl-Ulm, Paul Resetars, Andreas Schneider, Peter Scholz, Christina Dietscher, Monika Gebetsberger, Stefan Spitzbart, Ingrid Rottenhofer, Regina Aistleithner, Eva Pilz, Doris Pfabigan, Marlene Sator, Friederike Stewig, Heike Holzer	https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:62893974-04d9-477b-836f-eb06cf1fca2c/Zielsteuerung_Pr%C3%A4rversorgung_BG_Kompetenzpr_NEU.pdf	Bericht
Gesamtvertrag PVE	2019	Österreichische Ärztekammer	Österreichische Ärztekammer, DVSV	https://www.aek-wien.at/documents/263869/421502/Gesamtvertrag+%C3%BCr+Prim%C3%A4rversorgungseinheiten+%28Prim%C3%A4rversorgung-Gesamtvertrag%29.pdf/bc9e2564-d4f9-4b71-42e7-ab48e08a8744	Regulatorium (Gesetz, Vertrag, Vereinbarung)
Re-examing access points to the different levels of health care: a cross-sectional series in Austria	2019	The European Journal of Public Health	Kathryn Hoffmann, Aaron George, Elena Jirovsky, Thomas E. Dorner	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30938408/	Artikel

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A1, Seite 11 von 13

Titel	Jahr	herausgebende Organisation / Journal	Autor:in bzw. Autorinnen/Autoren	abrufbar unter:	Dokumenttyp
Gesamtvertragliche Vereinbarung gemäß § 342b Abs 4 und 5 ASVG „Regionaler Primärversorgungsvertrag Wien“	2019	Ärztchamber für Wien	Ärztchamber für Wien	https://www.aek-wien.at/documents/263869/421502/Gesamtvertragliche+Vereinbarung+Regionaler+Prim%C3%A4rversorgungsvertrag+Wien.pdf/3d192966-2bda-196e-7ba4-30960aa71886	Regulatorium (Gesetz, Vertrag, Vereinbarung)
The influence of general practitioners on access points to health care in a system without gatekeeping – a cross-sectional study in the context of the QUALI-COPC project in Austria	2019	Croat. Med. J	Kathryn Hoffmann, Aaron George, Tessa Van Loenen, Jan De Maeseneer, Manfred Maier	https://pdfs.semanticscholar.org/07f4/8a92d7ccb27546df09693df1abb24f353234.pdf?ga=2.189591979.1298616415.1674223799-643360233.1674026792	Artikel
Inefficiencies in a healthcare system with a regulatory split of power: a spatial panel data analysis of avoidable hospitalisations in Austria	2020	Eur J Health Econ	Anna-Theresa Renner	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7058618	Artikel
Die Primärversorgungsvereinbarung in Salzburg als Instrument der Steuerung von Arzt- und Patientenverhalten	2020	Dachverband der Sozialversicherungsträger, Soziale Sicherheit	Markus Kletter	—	Artikel
Levers for integrating social work into primary healthcare networks in Austria	2020	Health Policy	Johannes Kriegel, Clemens Rissbacher, Alois Polzl, Linda Tuttle-Weidinger, Nanni Reckwitz	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016885101930257X	Artikel
Implementierung von Primärversorgungseinheiten (PVE) in Oberösterreich – eine Erfolgsgeschichte?!	2020	Dachverband der Sozialversicherungsträger, Soziale Sicherheit	Franz Kiesl, Karina Lichtenberger-Burgstaller	https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.735249&version=1588152482	Artikel

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A1, Seite 12 von 13

Titel	Jahr	herausgebende Organisation / Journal	Autor:in bzw. Autorinnen/Autoren	abrufbar unter:	Dokumenttyp
Lehrpraxis Allgemeinmedizin: Eine qualitative Studie	2020	Institut für Soziologie, Universität Wien	Franz Kolland, Karoline Bohrn, Thomas Mayer	https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.741988&version=1610961274	Bericht
Primärversorgung gesundheitsorientiert gedacht	2020	Dachverband der Sozialversicherungsträger, Soziale Sicherheit	Daniela Rojatz, Beate Atzler	https://www.ifgp.at/cdscontent/load?contentid=10008.735410&version=1588761478	Artikel
Primärversorgung in Österreich – Quo vadis	2020	Deutscher Ärzteverlag	Arleta Franczukowska, Eva Krczal, Alexander Braun	https://www.online-zfa.de/fileadmin/user_upload/Heftarchiv/ZFA/article/2020/11/E62437342B21431C920B94A3C2E1DBBC_franczukowska_primaerversorgung_in_oesterreich_mmk.pdf	Artikel
Community-Oriented Primary Care in Austria: Status Quo and Prospects for the Future	2020	Medizinische Universität Graz	Sebastian Huter	https://oegam.at/system/files/dokumente/publikationen/huter_2020_copc_in_austria_the-sis.pdf	Abschlussarbeit
Gesamtvertragliche Honorarvereinbarung gemäß § 342b Abs. 4 ASVG für PVE in Vorarlberg	2021	Ärztékammer für Vorarlberg	Ärztékammer für Vorarlberg	https://www.arztinvorarlberg.at/aek/dist/att-11974.pdf	Regulatorium (Gesetz, Vertrag, Vereinbarung)
Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in Primärversorgungseinheiten – Infomappe PVE	2021	DVSV, FGÖ, GÖG, IfGP	Daniela Rojatz, Leonie Holzweber, Peter Nowak, Stephanie Rath, Beate Atzler, Stefan Spitzbart	https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.746765&version=1619434739	Sonstiges
Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich	2021	Rechnungshof Österreich	Rechnungshof Österreich	https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/004.840_A_rztliche_Versorgung.pdf	Bericht

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A1, Seite 13 von 13

Titel	Jahr	Herausgebende Organisation / Journal	Autor:in/ Autorinnen/Autoren	Abrufbar unter:	Dokumenttyp
Ärzteausbildung	2021	Rechnungshof Österreich	Rechnungshof Österreich	https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/A-rzteausbildung.pdf	Bericht
Social Prescribing in Österreich	2021	GÖG	Daniela Rojatz, Jennifer Antosik, Jakob Weitzer, Sandra Ecker, Sabine Haas	https://jas-min.goeg.at/2217/1/Social%20Prescribing_Policy%20Brief_bf.pdf	Bericht
Facilitators and barriers affecting general practitioners' choice to work in primary care units in Austria: a qualitative study	2021	Gesundheitswesen	Sarah Burgmann, Sebastian Huter, Hannes Mayerl, Muna E. Abuzahra, Andrea Siebenhofer	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10181885/	Artikel
State of Health in the EU - Country Health Profile 2021	2021	OECD / European Observatory		https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/osterreich-landerprofil-gesundheit-2021_bdde3767-de;jsessionid=rwBDRdQxeEfbBY2O4LncwbrnYYiqdr32DYwp-pYS.ip-10-240-5-25	Bericht
Gesamtvertragliche Honorarvereinbarung für Primärversorgungseinheit in NÖ	2022	Ärztammer für Niederösterreich	Ärztammer für Niederösterreich	https://www.arztnoe.at/fileadmin/Data/Documents/pdfs/PVE/PV-Gesamtvertrag_regionale_Honorarvereinbarung_Dachverband_2020_0011_01.pdf	Regulatorium (Gesetz, Vertrag, Vereinbarung)
Gesundheitszentren/ Primärversorgungseinheiten in der Steiermark	2022	EPIG	EPIG	https://epig.at/sites/default/files/2022-06/Eval-PVE-Endbericht_20220525.pdf	Bericht
Gründungshandbuch	2023	BMSGPK		https://primaerversorgung.gv.at/sites/default/files/2022-09/20220912_Gr%C3%BCndungshandbuch_Version%20f%C3%BCr%20PPV_0.pdf	Sonstiges

Quelle: GÖG

Es wurden weitere Dokumente in die Dokumentenanalyse eingeschlossen, die jedoch nicht veröffentlicht waren.

Anhang 2: Kategoriensystem Erwartungen

Tabelle A2:
Kategoriensystem Erwartungen

Nr.	Kategorie/ Subkategorie	Beschreibung der Erwartung
1	Steigerung der Qualität	
1.1	PVE bietet ein umfassenderes Angebot	PVE bieten ein umfassenderes Angebot. Neben den kurativen Belangen umfasst das Leistungsspektrum einer PVE v. a. auch Maßnahmen zu Gesundheitsförderung und Prävention sowie zur Stärkung der Gesundheitskompetenz. Durch ein umfassendes Gesundheitsverständnis wird auch speziell auf psychische und soziale Gesundheit geachtet.
1.2	Personenzentrierung, Bevölkerungsorientierung und Einbindung	Angebote werden auf die jeweiligen Zielgruppen zugeschnitten (Orientierung an den Nutzergruppen). Personen und Gruppen werden dabei aktiv einbezogen . Dies bezieht sich sowohl auf die Entwicklung von Angeboten als auch die Behandlung und Beratung (Stichwort Ko-Produktion von Gesundheit). Es wird erwartet, dass durch die PVE die Individuumszentrierung der PV um eine Bevölkerungsorientierung erweitert wird.
1.3	Zugänglichkeit wird verbessert	PVE sind für die Bevölkerung besser erreichbar , d. h. sie liegen räumlich nahe, haben längere Öffnungszeiten, bieten Informationen leicht zugänglich an, sind leistungstransparent, reduzieren die Wartezeiten . (Anmerkungen: Hier wurden Erwartungen zugeordnet, die sich an die Verbesserung der Zugänglichkeit für die Bevölkerung im <i>Allgemeinen</i> richten.)
1.4	richtige Antwort auf epidemiologischen/demografischen Wandel	PVE bieten adäquatere Dienstleistungen für spezielle Zielgruppen wie etwa chronisch Kranke, ältere Bevölkerungsgruppen und stellen damit die richtige Antwort auf den epidemiologischen und demografischen Wandel dar.
1.5	Stärkung der Gesundheit	Die PV wird durch die PVE gestärkt werden. Es wird erwartet, dass dadurch die Gesundheit der Bevölkerung gestärkt und verbessert wird (Ausweitung der gesunden Lebensjahre, steigende Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung).
2	attraktives Arbeitsmodell	
2.1	Zusammenarbeit	Ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Team sowie neue Konzepte der Zusammenarbeit und „shared leadership“ führen zu Teamgeist und Zusammenhalt und steigern die Attraktivität des Arbeitsplatzes.
2.2	Work-Life-Balance	Die PVE erhöht die Flexibilität der Arbeitszeiten und führt zu einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie zu einer besseren Work-Life-Balance.
2.3	Entlastung	Die Ordinationsassistenz sowie die kooperative Teamarbeit mit Angehörigen verschiedener Gesundheitsberufe führt zu einer Entlastung der Ärztinnen und Ärzte.
2.4	Alternative zur Einzelordination	Die PVE stellt für große Teile der jüngeren Generation von Ärztinnen und Ärzten eine interessante Alternative zur Einzelordination dar. Sie erweitert die Arbeitsmodelle, in denen Allgemeinmediziner:innen tätig sein können.
2.5	zunehmender Bekanntheitsgrad steigert die Attraktivität	Je stärker die Umsetzung der PVE voranschreitet, desto attraktiver wird das Modell (derzeit teilweise noch zu unbekannt).
2.6	Gesundes Arbeitsumfeld	Die PVE stellen gesunde Arbeitsbedingungen für Mitarbeiter:innen bereit.

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A2, Seite 2 von 2

Nr.	Kategorie/Subkategorie	Beschreibung der Erwartung
3	Steigerung der Effizienz	
3.1	Kostenreduktion: Entlastung stationärer Bereich	Die PVE werden den sekundären (spitalsambulant) und den tertiären Bereich (KA stationär) entlasten, indem sie eine abschließende Behandlung auf PV-Ebene anbieten und die Zuweisung zu anderen Bereichen koordinieren („gatekeeping“)
3.2	bessere Abstimmung der Stakeholder:innen	Die PVE führen zu einer besseren Abstimmung mit verschiedenen Stakeholderinnen/ Stakeholdern („integrierte Versorgung“, z. B. Abstimmung mit Sozialer Arbeit) und auch zu einer besseren Koordination der Gesundheitsdienstleistung, z. B. mit fachärztlichem Bereich (Lotsenfunktion, Behandlungskontinuität).
3.3	effizientere Nutzung der Kernkompetenzen der Ärztinnen und Ärzte	Durch verbesserte Arbeitsteilung mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe werden die Ärztinnen und Ärzte entlastet und finanzielle Ressourcen besser eingesetzt . (→ bessere Nutzung der jeweiligen Kernkompetenzen der Gesundheitsberufe)
4	Innovation/Transparenz	
4.1	Steigerung der Transparenz	Durch verbesserte Leistungs- und Kostendokumentation soll die Transparenz verbessert und die Planung erleichtert werden.
5	negative Erwartungen	
5.1	Bedrohung des Hausarztmodells	Es wird erwartet (befürchtet), dass die PVE in Konkurrenz zum Hausarztmodell steht.
5.2	erhöhte Kosten	Es wird erwartet, dass durch die PVE die Kosten in der Gesundheitsversorgung gesteigert werden; sie könnte überhaupt nur durch Subventionen finanziert werden.
5.3	erhöhtes unternehmerisches Risiko für Ärztinnen und Ärzte und mehr Aufwände	Es wird erwartet, dass die PVE das unternehmerische Risiko für Ärztinnen und Ärzte erhöht, obwohl diese ohnehin schon mit der Leitung und Administration der Einzelordination sehr stark gefordert seien. Die PVE würde noch mehr unternehmerische Kompetenzen erfordern.
6	Beitrag zur Chancengerechtigkeit	
6.1.	vulnerable Gruppen	Die PVE richtet einen besonderen Fokus auf benachteiligte Bevölkerungsgruppen und erhöht damit die gesundheitliche Chancengerechtigkeit (proaktives Zugehen auf benachteiligte Gruppen).

Quelle: GÖG

Anhang 3: Einverständniserklärungen und Informationsblatt

Gesundheit Österreich
GmbH 

Einverständniserklärung zur Erhebung von Daten im Rahmen des Projekts „Handlungsoptionen zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung in Österreich“

Im Rahmen der Primärversorgungsreform wurden Primärversorgungseinheiten (PVE) etabliert, von deren Erfahrungen auch hausärztliche Einzelordinationen, die den größten Teil der Primärversorgung in Österreich erbringen, profitieren könnten. Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) wurde vom Dachverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger beauftragt, auf Basis bestehender Literatur sowie Perspektiven von Hausarzt:innen in PVE und Einzelordinationen sowie Patient:innen von PVE, Handlungsoptionen zu entwickeln, um die hausärztliche Versorgung in allgemeinmedizinischen Einzelordinationen zu stärken.

Im Rahmen dieses Prozesses wird eine Fokusgruppe mit Ärztinnen/Ärzten von PVE online über Zoom durchgeführt, um Veränderungen in PVE (verglichen mit hausärztlichen Einzelordinationen) zu erheben.

Datenschutz und Zweck der Datenspeicherung

Die Fokusgruppen werden digital aufgezeichnet/ und zur weiteren Verarbeitung (z.B. Erstellung anonymisierter Ergebnisprotokolle – ggf. inkl. Zitaten) transkribiert. Noch vor der Analyse wird das Transkript soweit möglich anonymisiert (z.B. durch die Ersetzung der Namen von ev. Im Gespräch genannten Personen, Organisationen usw. durch allgemeine Bezeichnungen – z.B. eine PVE), wobei ein Teil der Informationen vor allem zur Darstellung von Kooperationen und Prozessen auch ohne Kategorisierung weiter verwendet werden wird. Die Teilnahme an den Fokusgruppen ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden.

Folgende Datenkategorien werden von der GÖG bereits vorab in einem Telefonat mit einer/einem GÖG-Mitarbeiter:in erhoben und verarbeitet: Vorname und Nachname, Name der PVE, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Geschlecht, Alterskategorie. Die Gesundheit Österreich nutzt die Kontaktdaten (Telefonnummer, E-Mailadresse) zur Vor- sowie Nachbereitung (Ergebnisprotokoll, Nachfrage zu Ergänzungen) der Fokusgruppe.

Zugang zu Ihren nicht verschlüsselten personenbezogenen Daten (dies betrifft die unterschriebenen Einverständniserklärungen, die digitalen Aufzeichnungen und das

Transkript) haben nur die Projektmitarbeiter:innen der Gesundheit Österreich GmbH oder von Ihnen beauftragte Personen, die einer Verschwiegenheitspflicht unterliegen. Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff geschützt und werden spätestens zehn Jahre nach Projektende gelöscht.

Sämtliche Personen, die Zugang zu Ihren personenbezogenen Daten erhalten, unterliegen im Umgang mit den Daten der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie den österreichischen Anpassungsvorschriften in der jeweils gültigen Fassung.

Die GÖG verpflichtet sich zum sorgfältigen, im Einklang mit der jeweiligen Rechtslage stehenden Umgang mit den Daten. Insbesondere werden keine Inhalte der Fokusgruppen an Dritte, auch nicht an den Auftraggeber, übermittelt. Ausschließlich der Auftraggeber erhält die Namen der Teilnehmer:innen der Fokusgruppe sowie die Bezeichnung der Ordination, in der sie tätig sind. Als Endergebnis erhält der Auftraggeber von der GÖG jedoch keine Informationen darüber, welche PVE-Ärzte und Ärztinnen bestimmte Aussagen getätigt haben, sondern ausschließlich Daten in aggregierter Form (Auswertungen und/oder Ergebnisberichte). Keinesfalls werden Ergebnisse personenbezogen dargestellt. Auf Grund der Anzahl der Akteure in diesem Tätigkeitsbereich, ist jedoch darauf hinzuweisen, dass evtl. Rückschlüsse auf Ihre Person nicht zur Gänze ausgeschlossen werden können.

Information

Nach der DSGVO stehen Ihnen grundsätzlich die Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch zu, soweit dies die Ziele der Fokusgruppen nicht unmöglich macht oder ernsthaft beeinträchtigt und soweit dem nicht andere gesetzliche Vorschriften widersprechen. Wenden Sie sich in diesem Fall bitte an die Projektleitung (siehe Kontaktdaten unten). Sie haben auch das Recht, bei der österreichischen Datenschutzbehörde eine Beschwerde über den Umgang mit Ihren Daten einzubringen (www.dsb.gv.at). Wenn Sie damit einverstanden sind, bitten wir Sie nachfolgend Ihre Zustimmung zu geben:

Einverständniserklärung

Ich, _____, wurde über die geplante Datenverarbeitung ausreichend informiert und erkläre mich mit der Teilnahme an der Fokusgruppe des oben genannten Projekts ausdrücklich einverstanden. Weiters stimme ich zu, dass die Gesundheit Österreich GmbH diese Fokusgruppe aufzeichnet und meine personenbezogenen Daten, sowie von mir in der Fokusgruppe getätigte Aussagen im Rahmen des Projektes verarbeitet. Diese Einverständniserklärung kann

jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Im Falle eines Widerrufs sind sämtliche personenbezogene Daten umgehend zu löschen.

(Ort, Datum und Unterschrift)

Kontakt:

Dr. scient. med. Sarah Burgmann, BSc MA (Projektleitung)

Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien

Tel.: 01 676 848 191-260

E-Mail: sarah.burgmann@goeg.at

Sehr geehrte:r Patient:in!

Vielen Dank, dass Sie sich daran interessiert sind, an einer Gruppendiskussion zur Versorgung in einer Primärversorgungseinheit teilzunehmen!

Diese Gruppendiskussion findet im Rahmen des Projekts „Handlungsempfehlungen zur Attraktivierung der hausärztlichen Versorgung in Österreich“ statt. Es wird von der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Dachverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger durchgeführt.

Ziel des Projekts ist es, Veränderung der **Patient:innen-Versorgung** und der Arbeitsbedingungen der Hausärzt:innen in **Primärversorgungseinheiten** zu erkennen. Auf Basis dieser Ergebnisse möchten wir herausfinden, wie diese Faktoren genutzt werden können, um die hausärztlichen Einzelordinationen zu stärken.

Thema der Gruppendiskussion

Zu dieser Gruppendiskussion werden **Patient:innen von Primärversorgungseinheiten** in Wien und Niederösterreich eingeladen. In diesem moderierten Gespräch soll ein Austausch zwischen Ihnen und anderen Patient:innen von Primärversorgungseinheiten ermöglicht werden. Dabei geht es vor allem darum, **wie sich Ihre Versorgung verändert hat, seit sie in einer Primärversorgungseinheit betreut werden und einen Vergleich zur hausärztlichen Einzelordination zu machen**. Es geht nicht darum, Ihre Hausärztin/ Ihren Hausarzt und das Team aus Gesundheits- und Sozialberufen zu beurteilen. Vielmehr möchten wir Ihre Eindrücke zur Versorgung in einer Primärversorgungseinheit als neue Versorgungsform erfahren.

Ort, Zeit und weitere Informationen zur Veranstaltung

Die Gruppendiskussion wird an der Gesundheit Österreich GmbH, Biberstraße 20, 1010 Wien, stattfinden und 3 Stunden inkl. Pause mit Verpflegung dauern. Wir übernehmen für Sie die Kosten für Ihre An- und Abreise. Für die Teilnahme erhalten Sie einen REWE Gutschein als Dankeschön im Wert von €25,-.

Vor- und Nachname:

Telefonnummer:

E-Mailadresse:

Ich, (Vor- & Nachname) erkläre mich damit einverstanden, dass die Ordination (siehe Stempel) das Formular mit meinen Kontaktdaten an die Gesundheit Österreich GmbH zum Zweck der Kontaktaufnahme für die Fokusgruppe mit Patient:innen von Primärversorgungseinheiten weiterleitet.

Unterschrift der Patientin/des Patienten:

Für Fragen stehen wir gerne zur Verfügung!

Dr. Sarah Burgmann
Gesundheit Österreich GmbH
Stubenring 6, 1010 Wien
T: +43 1 515 61-515
M: +43 676 848 191 260
sarah.burgmann@goeg.at

Stand: April 2023



Stempel der Primärversorgungseinheit

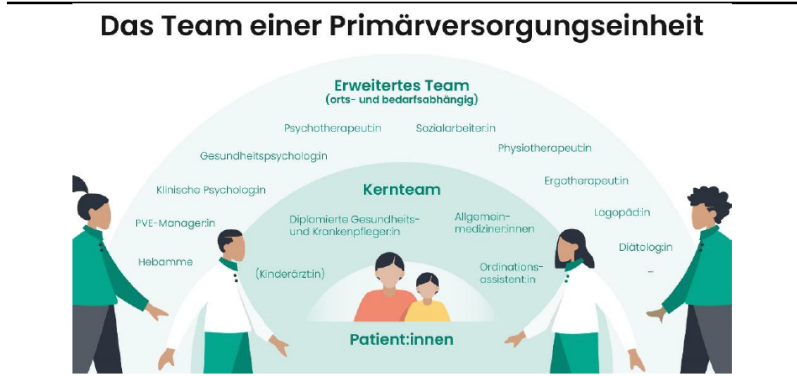
Seite 1 von 2

Primärversorgungseinheit

Eine Primärversorgungseinheit (PVE) leistet durch verbindliche Zusammenarbeit in einem Team aus Angehörigen mehrerer Gesundheits- und Sozialberufe eine an Gesundheit orientierte Grundversorgung für die Bevölkerung in der jeweiligen Region.

In einem Primärversorgungsteam sind Personen aus verschiedenen Berufsgruppen tätig. Die Allgemeinmediziner:innen und die Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bilden zusammen mit der Ordinationsassistenz das sogenannte Kernteam, das bei Bedarf um Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendheilkunde ergänzt wird. Je nach Region und Leistungsangebot können im erweiterten Team zum Beispiel Personen aus den Bereichen Ergotherapie, Diätologie, Psychologie oder Sozialarbeit in einer PVE mitwirken, um das Versorgungsangebot zu erweitern. Wie viele Teammitglieder in einer PVE zusammenarbeiten, hängt von den Anforderungen im Zusammenhang mit dem Leistungsspektrum ab. Auch der regionale Bedarf spielt hierbei eine Rolle.

Das Team einer Primärversorgungseinheit



Quelle: GÖG (<https://primaerversorgung.gv.at/haeufige-fragen-antworten>)

Angebote und Aufgaben einer PVE

Primärversorgungseinheiten sind eine weitere Organisationsform zu hausärztlichen Einzelordinationen und Gruppenpraxen. Sie stellen ebenfalls die erste Anlaufstelle für alle gesundheitlichen Bedarfe dar. Dadurch ergeben sich sowohl für die Bevölkerung als auch für Personen aus Gesundheits- oder Sozialberufen neue Möglichkeiten: Die Zusammenarbeit von unterschiedlichen Gesundheits- und Sozialberufen ermöglicht eine ganzheitliche Versorgung und kontinuierliche Koordination der einzelnen Leistungen. Sie bieten zudem verlängerte Öffnungszeiten.

Die wesentlichen Merkmale einer Primärversorgungseinheit

- **wohnnah:** Die PVE ist erste Anlaufstelle für alle Menschen mit gesundheitsbezogenen Anliegen.
- **integrativ:** Die PVE bietet ein umfassendes Versorgungsangebot, das Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und qualitativ hochwertige und effiziente Krankenbehandlung vereint.
- **multiprofessionell:** Das integrative Versorgungskonzept gelingt durch die enge und interprofessionelle Zusammenarbeit verschiedener Gesundheits- und Sozialberufe.

**Einverständniserklärung zur Erhebung von Daten im Rahmen des Projekts
„Handlungsoptionen zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung in Österreich“**

Im Rahmen der Primärversorgungsreform wurden Primärversorgungseinheiten (PVE) etabliert, von deren Erfahrungen auch hausärztliche Einzelordinationen, die den größten Teil der Primärversorgung in Österreich erbringen, profitieren könnten. Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) wurde vom Dachverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger beauftragt, auf Basis bestehender Literatur sowie Perspektiven von Hausärzt:innen in PVE und Einzelordinationen sowie Patient:innen von PVE, Handlungsoptionen zu entwickeln, um die hausärztliche Versorgung in allgemeinmedizinischen Einzelordinationen zu stärken.

Im Rahmen dieses Prozesses wird eine Fokusgruppe mit Patient:innen von PVE vor Ort an der Gesundheit Österreich GmbH durchgeführt, um Veränderungen in PVE (verglichen mit hausärztlichen Einzelordinationen) zu erheben.

Datenschutz und Zweck der Datenspeicherung

Die Fokusgruppen werden auditiv aufgezeichnet und zur weiteren Verarbeitung (z.B. Erstellung anonymisierter Ergebnisprotokolle – ggf. inkl. Zitaten) transkribiert. Noch vor der Analyse wird das Transkript soweit möglich anonymisiert (z.B. durch die Ersetzung der Namen von ev. Im Gespräch genannten Personen, Organisationen usw. durch allgemeine Bezeichnungen – z.B. eine PVE), wobei ein Teil der Informationen vor allem zur Darstellung von Beziehungen und Prozessen auch ohne Kategorisierung weiter verwendet werden wird. Die Teilnahme an den Fokusgruppen ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden.

Folgende Datenkategorien werden von der GÖG bereits vorab mittels Kontaktformular und Fragebogen erhoben und verarbeitet: Geschlecht, Vorname, Nachname, Muttersprache, Geburtsjahr, Lebenssituation, Kinder + optional die Anzahl, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Wohnort (PLZ und Ort), höchste abgeschlossene Ausbildung, Name der PVE, in der die:der Patient:in in Behandlung ist, Behandlungszeitraum in der PVE und Bestehen von chronischen Erkrankungen. Die Gesundheit Österreich nutzt die Kontaktdaten (Telefonnummer, E-Mailadresse) zur

Vor- sowie Nachbereitung (Ergebnisprotokoll, Nachfrage zu Ergänzungen) der Fokusgruppe.

Zugang zu Ihren nicht verschlüsselten personenbezogenen Daten (dies betrifft die unterschriebenen Einverständniserklärungen und Kontaktformulare, die Fragebögen, die auditiven Aufzeichnungen und das Transkript) haben nur die Projektmitarbeiter:innen der Gesundheit Österreich GmbH oder von Ihnen beauftragte Personen, die einer Verschwiegenheitspflicht unterliegen. Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff geschützt und werden spätestens zehn Jahre nach Projektende gelöscht.

Sämtliche Personen, die Zugang zu Ihren personenbezogenen Daten erhalten, unterliegen im Umgang mit den Daten der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie den österreichischen Anpassungsvorschriften in der jeweils gültigen Fassung.

Die GÖG verpflichtet sich zum sorgfältigen, im Einklang mit der jeweiligen Rechtslage stehenden Umgang mit den Daten. Insbesondere werden keine Inhalte der Fokusgruppen an Dritte, auch nicht an den Auftraggeber, übermittelt. Ausschließlich der Auftraggeber erhält die Bezeichnung der Ordination, in der die Patient:innen in Behandlung sind. Als Endergebnis erhält der Auftraggeber von der GÖG jedoch keine Informationen darüber, welche PVE-Patient:innen bestimmte Aussagen getätigt haben, sondern ausschließlich Daten in aggregierter Form (Auswertungen und/oder Ergebnisberichte). Keinesfalls werden Ergebnisse personenbezogen dargestellt. Auf Grund der Anzahl der PVE, ist jedoch darauf hinzuweisen, dass evtl. Rückschlüsse auf die PVE, in der die:der Patient:in behandelt wird, nicht zur Gänze ausgeschlossen werden können.

Information

Nach der DSGVO stehen Ihnen grundsätzlich die Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch zu, soweit dies die Ziele der Fokusgruppen nicht unmöglich macht oder ernsthaft beeinträchtigt und soweit dem nicht andere gesetzliche Vorschriften widersprechen. Wenden Sie sich in diesem Fall bitte an die Projektleitung (siehe Kontaktdaten unten). Sie haben auch das Recht, bei der österreichischen Datenschutzbehörde eine Beschwerde über den Umgang mit Ihren Daten einzubringen (www.dsb.gv.at). Wenn Sie damit einverstanden sind, bitten wir Sie nachfolgend Ihre Zustimmung zu geben:

Einverständniserklärung

Ich, _____, wurde über die geplante Datenverarbeitung ausreichend informiert und erkläre mich mit der Teilnahme an der Fokusgruppe des oben genannten Projekts ausdrücklich einverstanden. Weiters stimme ich zu, dass die Gesundheit Österreich GmbH diese Fokusgruppe aufzeichnet und meine personenbezogenen Daten, sowie von mir in der Fokusgruppe getätigte Aussagen im Rahmen des Projektes verarbeitet. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Im Falle eines Widerrufs sind sämtliche personenbezogene Daten umgehend zu löschen.

(Ort, Datum und Unterschrift)

Kontakt:

Dr. scient. med. Sarah Burgmann, BSc MA (Projektleitung)
Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien
Tel.: 01 676 848 191-260
E-Mail: sarah.burgmann@goeg.at

**Einverständniserklärung zur Erhebung von Daten im Rahmen des Projekts
„Handlungsoptionen zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung in Österreich“**

Im Rahmen der Primärversorgungsreform wurden Primärversorgungseinheiten (PVE) etabliert, von deren Erfahrungen auch hausärztliche Einzelordinationen, die den größten Teil der Primärversorgung in Österreich erbringen, profitieren könnten. Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) wurde vom Dachverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger beauftragt, auf Basis bestehender Literatur sowie Perspektiven von Hausärzt:innen in PVE und Einzelordinationen sowie Patient:innen von PVE, Handlungsoptionen zu entwickeln, um die hausärztliche Versorgung in allgemeinmedizinischen Einzelordinationen zu stärken.

Im Rahmen dieses Prozesses wird eine Fokusgruppe mit Ärztinnen/Ärzten aus hausärztlichen Einzelordinationen, online über Zoom durchgeführt, um das Umlegen von Learnings aus PVE auf hausärztliche Einzelordinationen bezüglich Sinnhaftigkeit, Relevanz und Umsetzbarkeit zu erheben.

Datenschutz und Zweck der Datenspeicherung

Die Fokusgruppen werden digital aufgezeichnet/ und zur weiteren Verarbeitung (z.B. Erstellung anonymisierter Ergebnisprotokolle – ggf. inkl. Zitaten) transkribiert. Noch vor der Analyse wird das Transkript soweit möglich anonymisiert (z.B. durch die Ersetzung der Namen von ev. im Gespräch genannten Personen, Organisationen usw. durch allgemeine Bezeichnungen), wobei ein Teil der Informationen vor allem zur Darstellung von Kooperationen und Prozessen auch ohne Kategorisierung weiter verwendet werden wird. Die Teilnahme an den Fokusgruppen ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden.

Folgende Datenkategorien werden von der GÖG bereits vorab in einem Telefonat bzw. per Mail mit einer/einem GÖG-Mitarbeiter:in erhoben und verarbeitet: Vorname und Nachname, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Geschlecht, Alterskategorie. Die Gesundheit Österreich nutzt die Kontaktdaten (Telefonnummer, E-Mailadresse) zur Vor- sowie Nachbereitung (Ergebnisprotokoll, Nachfrage zu Ergänzungen) der Fokusgruppe.

Zugang zu Ihren nicht verschlüsselten personenbezogenen Daten (dies betrifft die unterschriebenen Einverständniserklärungen, die digitalen Aufzeichnungen und das Transkript) haben nur die Projektmitarbeiter:innen der Gesundheit Österreich GmbH oder von Ihnen beauftragte Personen, die einer Verschwiegenheitspflicht unterliegen. Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff geschützt und werden spätestens zehn Jahre nach Projektende gelöscht.

Sämtliche Personen, die Zugang zu Ihren personenbezogenen Daten erhalten, unterliegen im Umgang mit den Daten der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie den österreichischen Anpassungsvorschriften in der jeweils gültigen Fassung.

Die GÖG verpflichtet sich zum sorgfältigen, im Einklang mit der jeweiligen Rechtslage stehenden Umgang mit den Daten. Insbesondere werden keine Inhalte der Fokusgruppen an Dritte, auch nicht an den Auftraggeber, übermittelt. Ausschließlich der Auftraggeber erhält die Namen der Teilnehmer:innen der Fokusgruppe sowie die Bezeichnung der Ordination, in der sie tätig sind. Als Endergebnis erhält der Auftraggeber von der GÖG jedoch keine Informationen darüber, welche Ärzte und Ärztinnen bestimmte Aussagen getätigt haben, sondern ausschließlich Daten in aggregierter Form (Auswertungen und/oder Ergebnisberichte). Keinesfalls werden Ergebnisse personenbezogen dargestellt. Auf Grund der Anzahl der Akteure in diesem Tätigkeitsbereich, ist jedoch darauf hinzuweisen, dass evtl. Rückschlüsse auf Ihre Person nicht zur Gänze ausgeschlossen werden können.

Information

Nach der DSGVO stehen Ihnen grundsätzlich die Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch zu, soweit dies die Ziele der Fokusgruppen nicht unmöglich macht oder ernsthaft beeinträchtigt und soweit dem nicht andere gesetzliche Vorschriften widersprechen. Wenden Sie sich in diesem Fall bitte an die Projektleitung (siehe Kontaktdaten unten). Sie haben auch das Recht, bei der österreichischen Datenschutzbehörde eine Beschwerde über den Umgang mit Ihren Daten einzubringen (www.dsb.gv.at). Wenn Sie damit einverstanden sind, bitten wir Sie nachfolgend Ihre Zustimmung zu geben:

Einverständniserklärung

Ich, _____, wurde über die geplante Datenverarbeitung ausreichend informiert und erkläre mich mit der Teilnahme an der Fokusgruppe des oben genannten Projekts ausdrücklich einverstanden. Weiters stimme ich zu, dass die Gesundheit Österreich GmbH diese Fokusgruppe aufzeichnet

und meine personenbezogenen Daten, sowie von mir in der Fokusgruppe getätigte Aussagen im Rahmen des Projektes verarbeitet. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Im Falle eines Widerrufs sind sämtliche personenbezogene Daten umgehend zu löschen.

(Ort, Datum und Unterschrift)

Kontakt:

Dr. scient. med. Sarah Burgmann, BSc MA (Projektleitung)

Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien

Tel.: +43 676 848 191-260

E-Mail: sarah.burgmann@goeg.at

Literatur

- Antony, Katja; Ivansits, Sarah; Fröschl, Barbara (2018): Evaluation des Projekts PHC – Primärversorgungszentrum Medizin Mariahilf. Zweiter Zwischenbericht. Gesundheit Österreich im Auftrag der Wiener Landeszielsteuerungskommission, Wien
- Bachner, Florian; Bobek, Julia; Habimana, Katharina ; Ladurner, Joy; Lepuschütz, Lena ; Ostermann, Herwig ; Rainer, Lukas; Schmidt, Andrea E. ; Zuba, Martin; Quentin, Wilm ; Winkelmann, Juliane (2019): Das österreichische Gesundheitssystem: Akteure, Daten, Analysen. World Health Organization, Copenhagen
- Baur, Nina; Blasius, Jörg (2019): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Springer VS, Wiesbaden
- BMG (2014): Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Das Team rund um den Hausarzt. Hg. v. Gesundheit, Bundesministerin für. , Wien
- BMGF (2017): Attraktivierung der Allgemeinmedizin. Zwischenbericht der Projektgruppe. Hg. v. Frauen, Bundesministerium für Gesundheit und. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, unveröffentlicht
- BMSGPK Der Österreichische Strukturplan Gesundheit – ÖSG 2017 [online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Der-%C3%96sterreichische-Strukturplan-Gesundheit-%E2%80%93-%C3%96SG-2017.html>
[Zugriff am 08.03.2021]
- BMSGPK (2021): Umsetzung der Maßnahmen zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Aufl. nicht veröffentlicht. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- BMSGPK (2022a): Attraktivierung Allgemeinmedizin. Teil A. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, unveröffentlicht
- BMSGPK (2022b): Sachleistungsversorgung. Teil B. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, unveröffentlicht
- BMSGPK (2022c): Stärkung der Sachleistungsversorgung unter besonderer Berücksichtigung der Attraktivierung der Allgemeinmedizin. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, unveröffentlicht
- Böhler, Christian; Schulmann, Katharine; Leichsenring, Kai (2018): Befragung angehender AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde in Wien. European Centre, Wien

- Bundesministerin für Gesundheit und Frauen (2017): Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene. Zielsteuerung–Gesundheit abgeschlossen zwischen dem Bund, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Bundesländern für die Jahre 2017 bis 2021
- Bundesministerin für Gesundheit und Frauen (2022): Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene. Zielsteuerung–Gesundheit abgeschlossen zwischen dem Bund, dem Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Bundesländern für die Jahre 2017 bis 2021 für die Jahre 2022 und 2023
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), (2019): Gesundheitsreform – Zielsteuerung Gesundheit. Gesundheitswesen [online]. BMSGPK. Wien [Zugriff am 10.08.2023]
- Burgmann, Sarah; Huter, Sebastian; Mayerl, Hannes; Paier–Abuzahra, Muna; Siebenhofer, Andrea (2021): Facilitators and barriers in general practitioners' choice to work in primary care units in Austria: a qualitative study. In: Gesundheitswesen 85/5:e32–e41
- Citizens Advice (2015): How to run focus groups. hg. v. Bureaux., The National Association of Citizens Advice.)
- Czypionka, Thomas; Ulinski, Susanna (2014): Primärversorgung. Institut für Höhere Studien, Wien
- DEGAM (2012): Allgemeinmedizin — spezialisiert auf den ganzen Menschen. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Berlin
- Döring, Nicola; Bortz, Jürgen (2015): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Springer Berlin Heidelberg,
- Dragosits, Aline (2016): Pay for Performance im Gesundheitswesen. Wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien
- EPIG (2022): Gesundheitszentren/ Primärversorgungseinheiten in der Steiermark – Evaluation. Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit, Graz
- Etikan, Ilker (2016): Comparison of Convenience Sampling and Purposive Sampling. In: American Journal of Theoretical and Applied Statistics 5/:1–4, doi: 10.11648/j.ajtas.20160501.20160511
- Fischer, Timo; Schuppenlehner, Matthias (2018): Die Stärkung der Primärversorgung in Österreich – ein erster Zwischenstand. In: Soziale Sicherheit 2018/1:22–32
- Franczukowska, Arleta; Krczal, Eva; Braun, Alexander (2020): Primärversorgung in Österreich – quo vadis? In: ZFA Zeitschrift für Allgemeinmedizin 96/11:467–471
- Fröschl, Barbara; Antony, Katja (2017): Evaluation des Projekts PHC – Primärversorgungszentrum Medizin Mariahilf. Kurzbericht zum 1. Evaluierungsjahr. Gesundheit Österreich im Auftrag der Wiener Landeszielsteuerungskommission, Wien

- Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) (2024): PVE-Landkarte. Plattform Primärversorgung [online]. GÖG. Wien [Zugriff am 09.04.2024]
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2019): Primärversorgungs-Gesamtvertrag (Stammfassung), 1. Primärversorgungs-Gesamtvertrag (Stammfassung)
- Hoffmann, Kathryn; Stein, K. Viktoria; Maier, Manfred; Rieder, Anita; Dorner, Thomas E. (2013): Access points to the different levels of health care and demographic predictors in a country without a gatekeeping system. Results of a cross-sectional study from Austria. In: Eur J Public Health 23/6:933-939
- Huter, Sebastian; (2020): Community-Oriented Primary Care in Austria: Status Quo and Prospects for the Future. Master of Public Health (MPH). Medizinische Universität Graz, Wien
- Jagschitz, Simone (2016): Primärversorgung: Chancen und Grenzen einer multiprofessionellen und interdisziplinären PatientInnenversorgung. Fachhochschule Burgenland, Krensdorf
- Janus, Katharina (2014): Gutachten zur Gestaltung nicht-monetärer Anreize für Ärztinnen und Ärzte. HCM Institute for Healthcare Management GmbH, Hamburg
- Kiesl, Franz; Lichtenberger-Burgstaller, Karina (2020): Implementierung von Primärversorgungseinheiten (PVE) in Oberösterreich – eine Erfolgsgeschichte. In: Soziale Sicherheit 2020/3:101-107
- Kletter, Markus (2020): Die Primärversorgungsvereinbarung in Salzburg als Instrument der Steuerung von Arzt- und Patientenverhalten. In: Soziale Sicherheit 2020/4:162-169
- Kriegel, Johannes; Rebhandl, Erwin; Hockl, Wolfgang; Stöbich, Anna-Maria (2017): Primary Health Care in Österreich – Tu Felix Austria nube – Konzept der Vernetzung in der primären Gesundheitsversorgung von Oberösterreich. In: Wiener Medizinische Wochenschrift 167/13:293-305
- Kriegel, Johannes; Rissbacher, Clemens; Pölzl, Alois; Tuttle-Weidinger, Linda; Reckwitz, Nanni (2020): Levers for integrating social work into primary healthcare networks in Austria. In: Health Policy 124/1:75-82
- OECD (2021): State of Health in the EU Austria: Country Health Profile 2021. OECD Publishing,
- Österreichischen Ärztekammer (2017): Traumberuf Arzt für Allgemeinmedizin? – Aktuelle große Studie der Medizinuniversität Graz. Unterlagen zur Pressekonferenz. Ärztekammer, Österreichischen, Wien
- Österreichischen Ärztekammer (2021): Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer 2021.
- Paretta, Petra; Aistleithner, Regina; Eglau, Karin; Mathis-Edenhofer, Stefan; Stoppacher, Andreas (2013): Stärkung der Primärversorgung in Österreich. Modellentwicklung und Abstimmungsprozess. Aufl. nicht veröffentlicht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

- Pope, Catherine; Mays, Nicholas (2020): Qualitative research in health care. Wiley Blackwell, Oxford
- Pope, Catherine; Ziebland, Sue; Mays, Nicholas (2006): Analysing qualitative data qualitative research in health care. In: BMJ 320/7227:114–116
- Primärversorgungsgesetz – PrimVG: Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten, BGBl. I Nr. 131/2017 in der geltenden Fassung
- Primärversorgungsgesetz – PrimVG (2023): Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten, BGBl. I Nr. 81/2023, Novelle 2023
- PrimVG, Primärversorgungsgesetz – (2023): Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz – PrimVG), BGBl. I Nr. 100/2018, in der geltenden Fassung
- Rabady, Susanne; Poggenburg, Stephanie; Wendler, Maria; Huter, Sebastian; Fürthauer, Christoph (2018): Masterplan Allgemeinmedizin. Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, Wien
- RH Österreich (2021a): Ärzteausbildung. Rechnungshof Österreich, Wien
- RH Österreich (2021b): Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich. Rechnungshof Österreich, Wien
- Rojatz, Daniela; Antosik, Jennifer; Weitzer, Jakob; Ecker, Sandra; Haas, Sabine (2021a): Social Prescribing in Österreich. Empfehlungen für nächste Schritte zur nachhaltigen Implementierung. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Rojatz, Daniela; Atzler, Beate (2020): Primärversorgung gesundheitsorientiert gedacht. In: Primärversorgung: Re-Orientierung und neue Lösungsansätze 3/2020:108–112
- Rojatz, Daniela; Nowak, Peter; Rath, Stephanie; Atzler, Beate (2018): Primärversorgung: Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Rojatz, Daniela; Rath, Stephanie; Holzweber, Leonie; Atzler, Beate; Nowak, Peter (2021b): Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in der Primärversorgungseinheit. Info-Mappe. Version 2.0 März 2021. Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen und Fonds Gesundes Österreich, Wien
- Schmid, Tom; Krivda, Manuela; Laun, Pascal; Neidl, Andreas; Auer, Katharina; Sommer, Sabine (2014): Erwartungen an die Primärversorgung – Die Patient*innenperspektive. Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung, St. Pölten
- Siebenhofer-Kroitzsch, Andrea; Abuzahra, Muna E.; Horvath, Karl; Jeitler, Klaus; Posch, Nicole; Semlitsch, Thomas; Lohrmann, Christa; Schüttengruber, Gerhilde (2016): Tätigkeiten von Pflegefachkräften in der Hausarztpraxis: Internationale Tätigkeitsprofile und

Evidenzlage. Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Graz

Simek, Monika; Edelmann, Franz (2023): Evaluierung der Primärversorgungseinrichtungen in Niederösterreich. BDO Health Care Consultancy GmbH, Wien

Stigler, Florian (2011): Reformoptionen: In der Primärversorgung ist Österreich meilenweit davon entfernt, das "weltweit beste System" zu haben. In: Das österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ 52/4:16–18

Stigler, Florian (2018): Diabetes care in Austria and England: what can Austria learn from England's experience? Faculty of Public Health and Policy, London: London School of Hygiene and Tropical Medicine

Stigler, Florian; Jeitler, Klaus; Schirgi, Julia; Semlitsch, Thomas; Siebenhofer-Kroitzsch, Andrea; Zipp, Carolin (2017): Prävention eines allgemeinmedizinischen Landärztemangels. Medizinische Universität Graz, Graz

Stigler, Florian L.; Starfield, Barbara; Sprenger, Martin; Salzer, Helmut JF; Campbell, Stephen M. (2013): Assessing primary care in Austria: room for improvement. In: Family Practice 30/2:185–189

Süß, Katharina (2014): Interdisziplinäre Zusammenarbeit von Hausärztinnen und Hausärzten in Österreich. Doktorin der gesamten Heilkunde (Dr. med. univ.). Medizinische Universität Wien, Wien: Medizinische Universität Wien

Tausch, Anja; Menold, Natalja (2015): Methodische Aspekte der Durchführung von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung. Welche Anforderungen ergeben sich aufgrund der besonderen Zielgruppen und Fragestellungen? In: GESIS Papers 12/: