

# Umsetzung der ÖSG-Anforderungen an die Primärversorgung in Netzwerken – eine besondere Herausforderung

Mag. Petra Paretta

Österreichischer Primärversorgungskongress 2018

3. OEFOP-Jahrestagung „Netzwerke in der Primärversorgung“

Graz, 20.4.2018

# Gesundheitsreform: Gesundheitsversorgung neu denken

---

Reduktion von  
Systemschwächen

->

Etablierung von  
neuen Versorgungskonzepten

**Anbieterorientierung**

->

**Patientenorientierung**

» Spitalslastigkeit

->

Ambulantisierung

» Ärztelastigkeit

->

Multiprofessionalität

» Offene Zugänglichkeit

->

Versorgungsaufträge (BPOS)

**Fragmentierung** der

» Angebote/Programme

->

**Bündelung** Ressourcen und  
**Versorgungsketten** schließen

» Zuständigkeiten

->

**Gemeinsame** Entscheidungen  
der Systempartner

**„patient lost in system“**

->

**„patient cared by system“**

⇒ Nachhaltiger Behandlungserfolg durch **Teamleistung** („One-Stop-Shop“)

⇒ **Koordination** einzelner Versorgungselemente („Kümmerer“)

⇒ **Qualitätsmanagement** als Standard-Aufgabe

# Anforderungen an Erste Anlaufstelle (PV-Konzept)

---

Erste Anlaufstellen sollen folgende Anforderungen erfüllen:

- a. **gute örtliche Erreichbarkeit:**  
wohnnah, gute verkehrsmäßige Erreichbarkeit und Beachtung der Bestimmungen zur Barrierefreiheit
- b. **gute zeitliche Erreichbarkeit:**  
Öffnungszeiten sind an den **regionalen Bedarf angepasst zwischen den Anbietern in PVE abgestimmt; jedenfalls unter Einschluss der Tagesrandzeiten die Zeit von Montag – Freitag + Wochenende** und an Feiertagen muss definierte Versorgungseinrichtung zugänglich sein.
- c. **Telefon- und Webdienste** sind in das Erreichbarkeitskonzept eingebunden.
- d. **Aufsuchende Dienste bzw. Hausbesuche**

# Anforderungen an Koordinierungsfunktion (PV-Konzept)

---

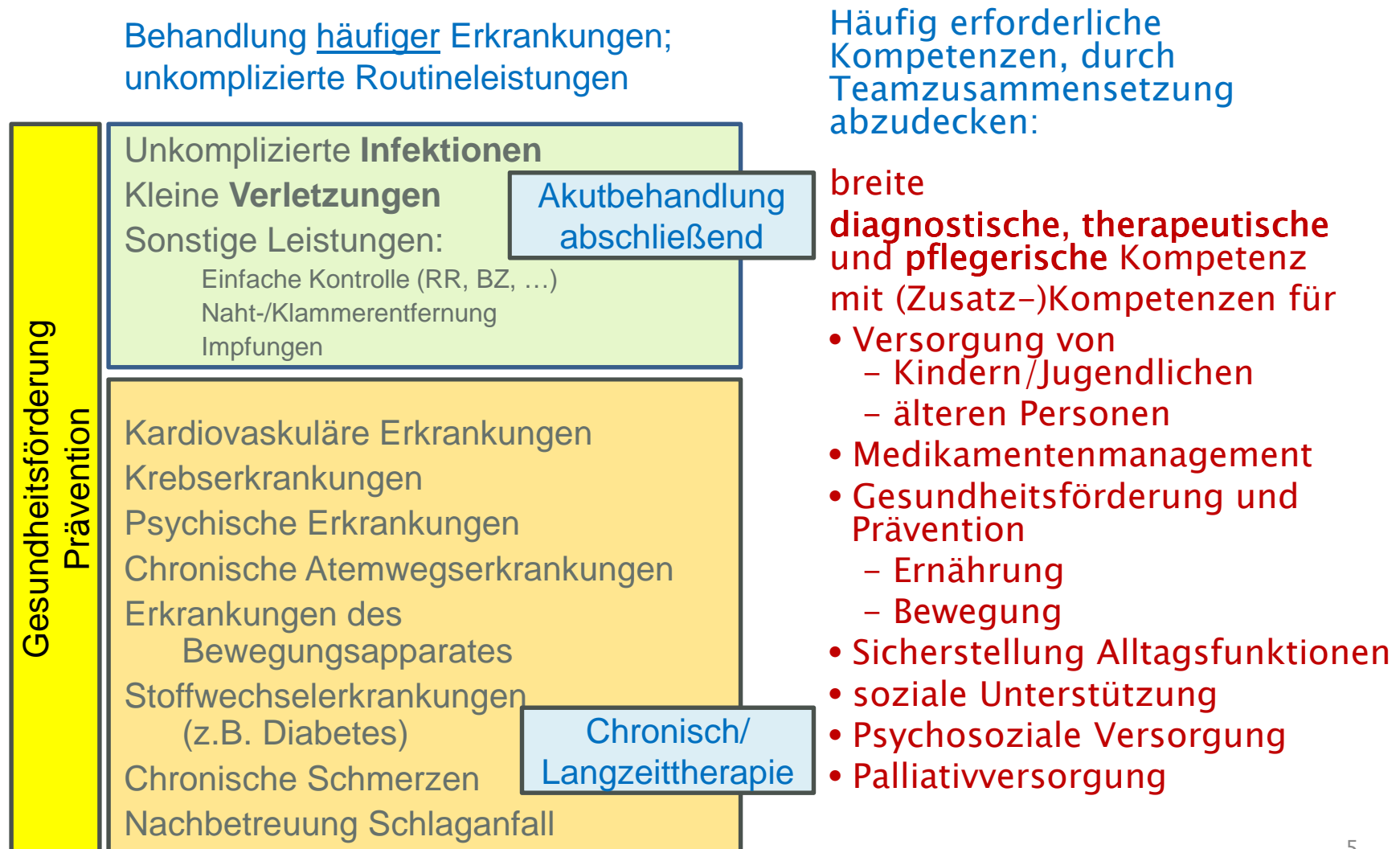
## **Koordinierung nach innen und außen, Informationsorganisation, Lotsenfunktion**

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

Dabei werden am Bedarf ausgerichtet folgende Aufgaben wahrgenommen:

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

# Stärkung der Primärversorgung: breites Leistungsspektrum und breite Kompetenzen:

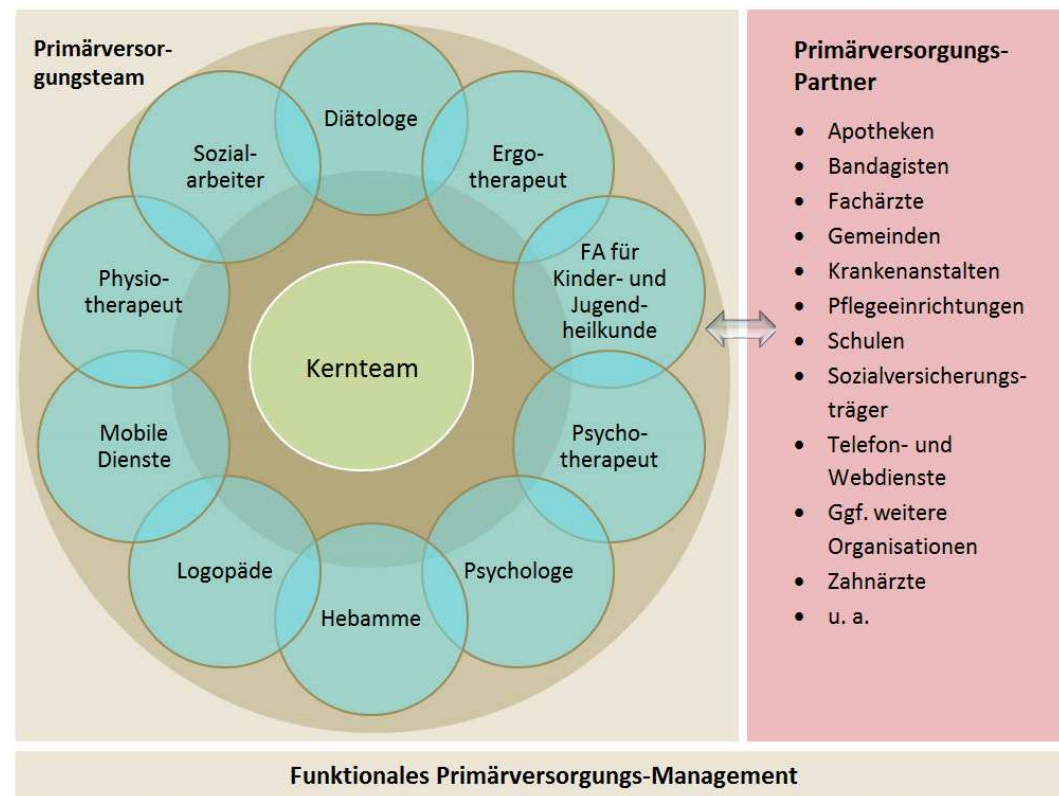


# Konzept zur Stärkung der Primärversorgung

Umfassende Grundversorgung erfolgt durch Allgemeinmediziner/innen

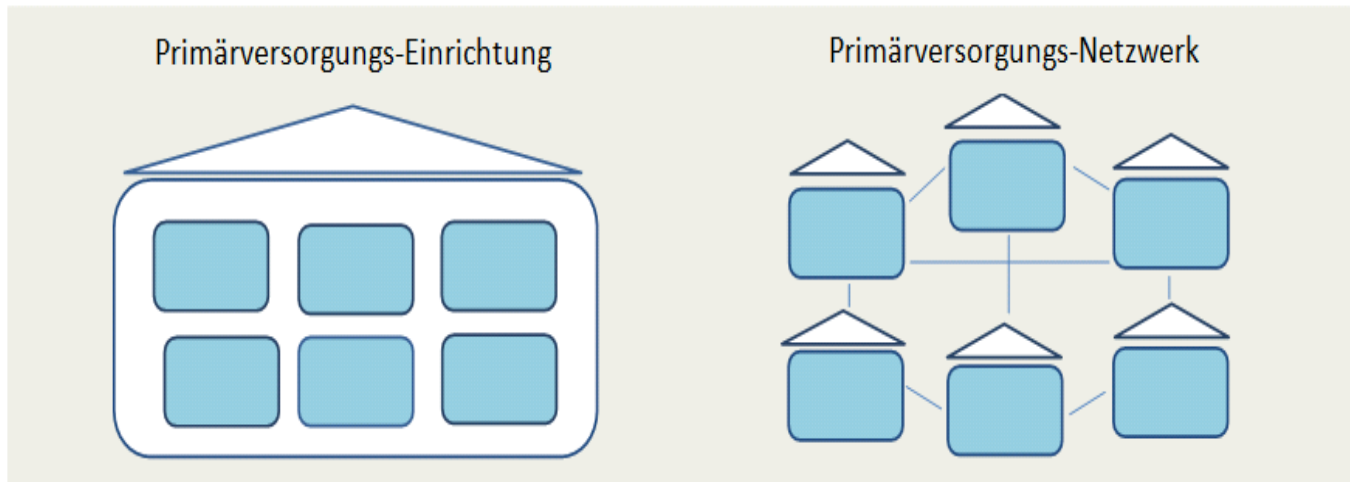
- » in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen
- » in ausreichend zeitlicher Verfügbarkeit
- » und Wohnortnähe für Patientinnen/Patienten

**Kernteam:**  
AllgemeinmedizinerInnen (> 1)  
+ Diplomierte Pflegepersonen  
+ OrdinationsassistentInnen



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

## Aufbauorganisation – Zentral/dezentral



**Zentrales Modell** – PV-Einrichtung  
vorrangig im städtischen Bereich  
PV-Teammitglieder an 1 Standort

**Dezentrales Modell** – PV-Netzwerk  
vorrangig in ländlichen Regionen  
unterschiedliche Standorte von Team-  
(auch Kernteam-) Mitgliedern mit  
verbindlichen Zusammenarbeits-  
verträgen möglich

**Mischformen/Kombinationen** davon sind zulässig,  
grundsätzlich bestehende Strukturen nutzen und vernetzen, keine  
Parallelstrukturen, Aufbau bei Versorgungslücken oder Zusatzbedarf





# Viele Basis-(Versorgungs)aufgaben für PVE

Patienten- gruppen	Akutversorgung (abschließend)					Langzeitversorgung									
	"Behandeln" inkl. Gespräch	Sofortlabor Medikamente	kleine Eingriffe	Hausbesuche	Weiterleiten/ Information/ soziale Unterstützung	"Behandeln" inkl. Gespräch/ Disease- und Case- Management	Medikamente	kleine Eingriffe	Hausbesuche und aufsuchende Dienste	Sicherstellen psychosozialen/ sozialmed. Versorgung.	Weiterleiten/ Information/ soziale Unterstützung	Rehabilitative Therapie	Palliativversorgung	Prävention und Gesundheits- förderung	Familienplanung/ Beratung/-medizin
Grundversorgung															
Komplexe Fälle															
chronisch Erkrankungen/ Multimorbidität															
Psychische Störungen															
Behinderte															
Alte Menschen															
Kinder und Jugendliche															

**Besondere Versorgungsanforderungen**

Patientenversorgung  
mit besonders hohem Zeitbedarf  
=>  
ermöglicht durch Arbeitsteilung im  
Multiprofessionellen Team

# Aufgabenprofil Primärversorgungseinheiten Gesundheit Österreich GmbH

Auszug/  
Beispiel

[https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem/Qualitaetsicherung/Planung\\_und\\_spezielle\\_Versorgungsbereiche/Der\\_Oesterreichische\\_Strukturplan\\_Gesundheit\\_ndash\\_OeSG\\_2017](https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem/Qualitaetsicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Der_Oesterreichische_Strukturplan_Gesundheit_ndash_OeSG_2017)

	Aufgabenbereich	Beschreibung	Konkretisierung	Einbeziehung Teammitglieder
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Basisaufgaben</p>	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Langzeitversorgung chronisch Kranker und multimorbider PatientInnen</p>	<p>Kontinuierliche Begleitung, fortgesetzte Betreuung, Anleitung und Behandlung nach "state of the art" von PatientInnen mit einer oder mehreren <b>chronischen Erkrankung(en)</b> in enger Zusammenarbeit mit dem spezialisierten Fachbereich/ Sonderfach</p>	<p>Multidimensionales (bio-psycho-soziales) <b>"Assessment"</b><sup>2</sup> zum individuellen Versorgungsbedarf</p> <p><b>Diagnostik, Beratung, Therapie</b> (inkl. Medikation, Injektionen, Infusionen, Infiltrationen, Punktionen) und <b>Verlaufskontrolle</b> (inkl. Anpassen des Behandlungsregimes), bei spezialisiertem Versorgungsbedarf Weiterleiten</p> <p><b>Schmerzmanagement</b> einschließlich Schmerztherapie</p> <p>Strukturiertes <b>Medikamentenmanagement</b> (Verringern von Polypharmazie)</p> <p>Versorgung chronischer Wunden</p> <p>Verschreibung und Anpassung von <b>Heilbehelfen und Hilfsmitteln</b> inkl. Anleitung</p> <p>Management <b>besonderer Therapieformen</b> wie z.B.: Inhalationstherapie, zu- und ableitende Kathetersysteme, Sondennahrung, Inkontinenz, Stomaversorgung, Heimdialyse, ...</p> <p><b>Integrierte Versorgungsprogramme</b> (z.B. Mitwirkung DMP)</p> <p><b>Schulung und Anleitung</b> im Rahmen gesundheitsbezogener Problemstellungen (z.B. in Bezug auf Hilfsmittel/Heilbehelfe, Medikamente, Ernährung) <b>im Lebensumfeld</b></p> <p>Anleitung zum selbstbestimmten Umgang mit Erkrankung (<b>Empowerment</b>)</p>	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">PV-Kernteam und weitere PV-Teammitglieder in Abhängigkeit vom Ergebnis des Assessments</p>
		<p><b>Hausbesuche</b> und aufsuchende Dienste</p>	<p>Bei Bedarf Aufsuchen der PatientInnen <b>im Wohnumfeld</b></p> <p>Medizinisch-therapeutische Betreuung von PatientInnen in <b>Pflegeheimen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen</b></p>	
		<p>Sicherstellen der psychosozialen und sozial-medizinischen Versorgung</p>	<p><b>Koordination</b> bedarfsspezifisch erforderlicher Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste</p>	
		<p>Bereitstellen von Information, Anleitung und Beratung für PatientInnen sowie Familien/Angehörige/betreuende Personen von <b>Menschen mit einer chronischen Erkrankung sowie multimorbiden PatientInnen</b>, inkl. Beratung bezüglich Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht</p>		

## Organisatorische Aufgaben des PV-Kernteams (1)

Organisatorische Aufgaben	Konkretisierung
<p><b>Lotsenfunktion für PatientInnen/KlientInnen</b></p>	<p><b>Planung, Koordination und Monitoring des erforderlichen Versorgungsprozesses - indikationsbezogene Fallführung</b></p>
	<p>Organisiertes Weiterleiten an weitere/geeignete Versorgungseinrichtungen (inkl. Zuweisung)</p>
	<p>Mitwirkung am <b>Aufnahme- und Entlassungsmanagement</b> (Nahtstellenmanagement)</p>
	<p><b>Kooperation &amp; Koordination der Gesundheits- und Sozialberufe inkl. Abstimmung der zeitlichen und örtlichen Verfügbarkeit</b></p>
	<p><b>Vernetzung mit anderen Versorgungspartnern</b></p>
	<p><b>Informationsaustausch durch standardisierte Dokumentation und Kommunikation inkl. Team- und Fallbesprechungen</b></p>
	<p>Information über Selbsthilfegruppen und Opferschutzgruppen einschließlich Vermittlung</p> <p>Telefonberatung entsprechend den rechtlichen Rahmenbedingungen</p>
<p><b>Zielgruppenspezifische und populationsbezogene Aufgaben</b></p>	<p><b>Management chronisch Kranker</b></p> <p>Aktives Zugehen auf und Unterstützung im Zugang zur Versorgung für <b>vulnerable Gruppen</b> wie z.B. Personen mit Migrationshintergrund, sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, Risikogruppen</p>

## Organisatorische Aufgaben des PV-Kernteams (2)

Organisatorische Aufgaben	Konkretisierung
<b>Administrative Aufgaben zur Unterstützung der Lotsenfunktion</b>	<b>Verwaltung, Organisation &amp; Wartezeitenmanagement, Führen von Erinnerungssystemen</b>
	Entsprechend der Dringlichkeit und dem Bedarf <b>Terminorganisation bei Weiterleitung an andere Versorgungspartner/-einrichtungen</b>
	Erheben, Nutzen und <b>Bereitstellen von Daten und Informationen für den jeweils erforderlichen Versorgungspartner</b> unter Berücksichtigung des Datenschutzes
	Elektronische, multiprofessionell zu nutzende Patientendokumentation (kompatible IT-Systeme, ELGA) unter Berücksichtigung des Datenschutzes (z.B. Zugangsberechtigungen)

## Organisatorische Aufgaben des PV-Kernteam (3)

Organisatorische Aufgaben	Konkretisierung
<p><b>Qualitätsmanagement als Grundlage für Versorgung „state of the art“ mit Fokus auf Teamarbeit</b></p>	<p>Klären der <b>Rollen- und Aufgabenteilung</b> im Team</p>
	<p><b>Regelung der Kommunikation im Team</b></p>
	<p>Führen eines <b>teambezogenen Qualitäts- und Fehlermanagementsystems</b> einschließlich Bereitschaft zur <b>begleitenden Evaluierung</b></p>
	<p>Möglichkeit zum PatientInnen-Feedback einschließlich <b>Beschwerdemanagement</b></p>
	<p>Teilnahme an/ Organisation von <b>Qualitätszirkeln</b></p>
	<p><b>Regelmäßige Fortbildung</b></p>
	<p>Berücksichtigung evidenzbasierter Leitlinien</p>
	<p>Erfüllen der Kriterien zur Aus- und Weiterbildungstätigkeit (Lehrpraxis und Praktika)</p>
	<p><b>Organisation der Einhaltung rechtlicher Auflagen</b> (z.B. Hygienerichtlinien/-verordnung, Medizinproduktegesetz)</p>
<p>Erheben, Nutzen und Bereitstellen von Daten und Informationen zur <b>Wissensgenerierung als Grundlage zur evidenzbasierten Analyse</b> und Steuerung des Gesundheitssystems</p>	

## Organisationsanforderungen an PV-Einheiten

---

Primärversorgungsteams betreuen die Klientel eines definierten **Einzugsbereichs (Servicepopulation)** und treten gegenüber den Patienten und den Sozialversicherungsträgern **als Einheit** auf (PV-Einheit)

Als Organisationsformen stehen (für Zentren und Netzwerke)

- » Gruppenpraxen (mit 1 oder mehreren Standorten)
- » Vertraglich vernetzte Einzel- oder Gemeinschaftspraxen oder
- » Selbständige Ambulatorien

zur Verfügung

### **Herausforderung für PV-Netzwerke**

ländliche Räumen mit **größerer Fläche (Einzugsbereich)** und **idR mit geringerer Bevölkerungsdichte** (Servicepopulation)

–> Versorgung in geteilter Zuständigkeit und Verantwortung

aber: gemeinsamer Außenauftritt:

–> **PV-Teammitglieder sind Partner statt Konkurrenten!**

## Herausforderungen für PV-Netzwerke

---

Erhöhter v.a. organisatorischer Abstimmungsbedarf  
von an verschiedenen Orten tätigen Kernteam-Mitgliedern in PV-Netzwerken:

Wie kann man sicherstellen:

- » **Gemeinsamer Außenauftritt – zentrale Anlaufstelle für Infos aller Art**  
z.B.: Zentrale Telefonnummer, gemeinsame Website
  
- » **Abstimmung Öffnungszeiten:**  
wohnortnah bessere zeitliche Zugänglichkeit/  
lange Öffnungszeiten für kontinuierliche Patientenversorgung  
– Akzeptanz des Teamgedankens: Einzelpersonen als „Teamspieler“  
(mit Zugang zu Patientendoku) durch PatientInnen;  
– Ausreichende Mobilität der PatientInnen bei Akutfällen
  
- » **Reduktion Wartezeiten:** zentrale (elektronische) Kalenderführung inkl.  
„Dienstplan“, darauf angepasste Terminvergaben und Erinnerungssysteme  
für Patienten (Disease-/Case-Management, Impfplan, etc.)

## Herausforderungen für PV-Netzwerke

---

Erhöhter v.a. organisatorischer Abstimmungsbedarf von an verschiedenen Orten tätigen PV-Kernteammitgliedern:

Wie kann man sicherstellen:

- » **Aufgabenteilung** zwischen Teammitgliedern unterschiedlicher Profession nach persönlichen Kompetenzen und/oder Interessensschwerpunkten;  
-> Einsatz begrenzter Anzahl DGKP?
  
- » **Kontinuierliche Patientenversorgung**  
-> jederzeitige Zugänglichkeit zu gemeinsamer umfassender strukturierter Patientendokumentation elektronisch sicherstellen  
**BRING-Prinzip vor HOL-Prinzip**  
-> gemeinsames Qualitätsmanagement: zB Evaluierung von Patientenzufriedenheit und Behandlungserfolgen inkl. Outcome-Messung für bestimmte Patientengruppen
  
- » **Regelmäßige Fallbesprechungen** komplexer Versorgungsfälle F2F (persönlich): zeitlicher Aufwand für Distanzüberwindung  
=> ggf. längeres Meeting-Intervall: Einsatz von Video/Telefonkonferenzen



Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

# Kontakt

---

Mag. Petra Paretta

Planung und Systementwicklung

Stubenring 6

1010 Vienna, Austria

T: +43 1 515 61-303

E: [petra.paretta@goeg.at](mailto:petra.paretta@goeg.at)

[www.goeg.at](http://www.goeg.at)

