



Projektbericht

Innovative (hausarztzentrierte) Primärversorgungsmodelle in der Steiermark: Identifikation und Analyse

In Primo

Projektteam

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch

Institutsdirektorin des Instituts für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Medizinische Universität Graz

Stellvertretende Institutsdirektorin und Leiterin des Arbeitsbereichs „Chronische Krankheit und Versorgungsforschung“ am Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main

Muna Abuzahra, BSc, MA (Projektleitung)

Dr. Andreas Domke

Dr. Klaus Jeitler

PD Dr. med. Stefan Korsatko

Dr.ⁱⁿ Nicole Posch

Mag. Thomas Semlitsch

Dr.ⁱⁿ Ulrike Spary-Kainz

Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Medizinische Universität Graz

Im folgenden Text wurde bei der Angabe von Personenbezeichnungen jeweils die männliche Form angewandt. Es sind damit auch weibliche Personen gemeint. Dies erfolgte ausschließlich zur Verbesserung der Lesbarkeit.

Das Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV) der Medizinischen Universität Graz ist fachlich unabhängig und vermeidet jegliche externe Parteinahme und Beeinflussung. In seiner Arbeit legt das IAMEV höchsten Wert auf Wissenschaftlichkeit, Objektivität und Transparenz.

Inhalt

Zusammenfassung	6
1. Hintergrund und Ziele	8
1.1. Primary-Health-Care als starkes Fundament	8
1.2. Primary-Health-Care in der Steiermark	9
1.3. Zielsetzung	9
2. Methoden	11
2.1. Vorbereitung	11
2.1.1. Allgemeine Begriffsbestimmungen	11
2.1.2. Ausarbeitung von Primary-Health-Care-Merkmalen	12
2.2. Leitfaden und Pilotinterviews	14
2.3. Identifikation innovativer (hausarztzentrierter) Primärversorgungsmodelle mittels Schneeballverfahren	15
2.3.1. Vorgehensweise	15
2.3.2. Datenschutz und ethische Überlegungen	17
2.4. Leitfadengestütztes Interview	18
2.5. Analyse der Interviews	18
3. Ergebnisse	19
3.1. Ergebnisse aus der Pilotierungsphase	19
3.1.1. Die Primary-Health-Care-Merkmale	19
3.1.2. Definition eines innovativen (hausarztzentrierten) Primärversorgungsmodells	22
3.2. Ergebnisse aus der Identifizierungsphase	22
3.2.1. Das Schneeballverfahren	22
3.2.2. Das Auswahlverfahren	24
3.3. Interviews	27
3.3.1. Allgemeine Ergebnisse	27
3.3.2. Innovative (hausarztzentrierte) Primärversorgungsmodelle (Katalog)	29

3.3.3. Analyse erfüllter Primary-Health-Care-Merkmale der In Primos	42
3.3.4. Styriamed.net	47
4. Diskussion.....	48
5. Schlussfolgerungen	51
Referenzen.....	52
Anhang 1: Interviewleitfaden.....	54
Anhang 2: Anschreiben und Rückmeldeformular.....	57
Anhang 3: Einverständniserklärung	61
Anhang 4: Modifizierter Interviewleitfaden für Styriamed.net	62

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Projektablauf	11
Abbildung 2: Vorgehensweise	17
Abbildung 3: Ergebnisse aus dem Schneeballverfahren	23
Abbildung 4: Auswahlverfahren	25

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: 19 Primary-Health-Care-Merkmale	20
Tabelle 2: Bewertung der PHC-Merkmale in den Pilotinterviews	22
Tabelle 3: Interviewdauer und Einschluss/Ausschluss potenzieller In Primos.....	27
Tabelle 4: Innovative (hausarztzentrierte) Primärversorgungsmodelle	28
Tabelle 5: Analyse der Primary-Health-Care-Merkmale der In Primos	46

Abkürzungen

DaMe	Datennetz der Medizin
DGKP, DGKS	Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger, Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester
GKK	Gebietskrankenkasse
IAMEV	Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung
KFA	Kassenvertrag mit Krankenfürsorgeanstalt der Beamten der Städte Graz und Wien
NGO	Non Profit Organization
OAK	Orale Antikoagulation
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft

Zusammenfassung

Hintergrund: In dem 2013 abgeschlossenen Bundes-Zielsteuerungsvertrag wurden die Konzipierung einer multiprofessionellen, interdisziplinären Primärversorgung (Primary-Health-Care, PHC) und deren Umsetzung auf Landesebene als Ziel festgesetzt. Die Tatsache, dass Leistungen in der österreichischen allgemeinmedizinischen Primärversorgung klassischerweise durch Einzelpraxen erbracht werden, zeigt, dass bisher umgesetzte Primary-Health-Care-Ansätze in der allgemeinmedizinischen Versorgung eine Innovation darstellen. Bis dato wurde noch nicht erhoben, ob und in welcher Form derzeit innovative Primärversorgungsmodelle mit Primary-Health-Care-Ansätzen im niedergelassenen Bereich vorhanden sind und ob sich gegebenenfalls aus solchen vorhandenen innovativen (hausarztzentrierten) Primärversorgungsmodellen (In Primos) Rückschlüsse für die geplanten Primary-Health-Care-Modelle ziehen lassen.

Ziel des Projektes war daher die steiermarkweite Bestandsaufnahme und Charakterisierung innovativer (hausarztzentrierter) Primärversorgungsmodelle mit Primary-Health-Care-Ansätzen.

Methoden: Es wurden dazu Primary-Health-Care-Merkmale entwickelt, die an das Konzept „Das Team rund um den Hausarzt“ angelehnt wurden. Es wurden Merkmale zu folgenden fünf Kategorien ausgearbeitet: 1. Team, 2. Zugang, 3. Umfassende, niederschwellige Versorgung, 4. Koordinierte, kontinuierliche Versorgung, 5. Weitere Merkmale.

Anhand von zwei Pilotinterviews wurden diese Primary-Health-Care-Merkmale und ein dazugehöriger Interviewleitfaden zur Erfassung dieser Merkmale getestet und eine Differenzierung zwischen „Standard-Praxis“ und In Primo vorgenommen.

Die Identifikation potenzieller In Primos in der Steiermark erfolgte über ein Schneeballverfahren, welches durch eine fokussierte Internetrecherche ergänzt wurde. Um nähere Informationen über die gefundenen potenziellen In Primos zu erhalten, wurden leitfadengestützte Interviews geführt. Anschließend erfolgte die Analyse zu den Primary-Health-Care-Merkmalen.

Ergebnisse: Es wurden 19 ausgearbeitete Primary-Health-Care-Merkmale definiert, wovon zur Einstufung einer Einrichtung als innovatives (hausarztzentriertes) Primärversorgungsmodell mindestens 10 PHC-Merkmale erfüllt sein müssen.

Durch das Schneeballverfahren und die Internetrecherche konnten insgesamt 87 Einrichtungen mit mindestens einer Nennung identifiziert werden. Auf Basis von eingeholten

Vorinformationen wurde bei 17 potenziellen In Primos um ein Interview gefragt und mit 14 tatsächlich ein Interview geführt. Die Gründe für die drei Ausschlüsse waren: keinen Termin gefunden, keine Rückmeldung erhalten und Teilnahme abgelehnt. Durch die Analyse der Primary-Health-Care-Merkmale wurden elf In Primos identifiziert. Im Durchschnitt erfüllten diese zwölf Primary-Health-Care-Merkmale. Drei potenzielle In Primos wurden nach den Interviews ausgeschlossen, weil sie weniger als zehn PHC-Merkmale erfüllten.

Unter den identifizierten In Primos waren überwiegend Einzelarztpraxen für Allgemeinmedizin, aber auch eine allgemeinmedizinische Gruppenpraxis, ein Ärztezentrum und ein allgemeinmedizinisches Ambulatorium. Häufig bestehen sie aus multiprofessionellen Teams, haben auch am Tagesrand geöffnet und bieten Webdienste (z.B. Online-Rezeptbestellung) an. Auch führen sie Hausbesuche durch, bieten in der Regel Impf- und Lifestyle-Beratung an, führen ein Disease Management Programm durch und haben sich zusätzlich auf zumindest eine weitere Zielgruppe (z.B. ältere Menschen) spezialisiert. Auffällig ist, dass wenig identifizierte In Primos mehr als 25 Stunden/Woche geöffnet haben und dem Anspruch der transkulturellen Kompetenz gerecht werden. Standardisierte Prozesse für Terminorganisation, Aufnahme- und Entlassungsmanagement und Förderung des Selbstmanagements gelingen ebenfalls nicht immer. Beinahe alle sind zertifizierte Lehrpraxen.

Diskussion: Insgesamt wirft das Projekt die Frage auf, ob alle Elemente aus dem Konzept „Das Team rund um den Hausarzt“ erfüllt werden müssen, damit man von dessen Umsetzung sprechen kann oder ob es bestimmte Grundelemente gibt, die als „Mindeststandard“ (z.B. das Kernteam und Öffnungszeiten) gelten.

Der regionale Ärzteverbund Styriamed.net wurde häufig im Rahmen des Projektes in den Rückmeldungen genannt, fällt aber als eine Vernetzungsplattform nicht in die Definition eines Primärversorgers. Dennoch kann Styriamed.net als Wegbereiter für die Umsetzung von Primary-Health-Care-Aspekten nützlich sein.

Schlussfolgerungen: Die vorliegende Studie zeigt, dass es bereits innovative Primärversorgungsansätze in der Steiermark gibt. Diese können als Ideengeber für die Entwicklung steirischer Primary-Health-Care-Pilotprojekte dienen.

1. Hintergrund und Ziele

1.1. Primary-Health-Care als starkes Fundament

Dass „Primary-Health-Care“ (PHC) die Basis eines gut funktionierenden Gesundheitssystems bildet, wurde bereits früh erkannt. Deshalb hat sich die Staatengemeinschaft auf der WHO-Konferenz von Alma-Ata ⁽¹⁾ bereits im Jahre 1978 zur Stärkung der Primärversorgung entschlossen.

Bei PHC handelt es sich um die erste Ebene eines Gesundheitswesens, in der ein Großteil der Arzt-Patienten-Kontakte stattfindet. PHC wurde dabei im Dokument von Alma-Ata, den meisten professionellen Organisationen und Kommissionen ⁽²⁾ sowie im aktuellen Konzept der österreichischen Bundesgesundheitsagentur ⁽³⁾ mit folgenden vier Funktionen definiert: Zugang, kontinuierliche, umfangreiche und koordinierte Versorgung. Dabei konnte immer wieder gezeigt werden, dass Gesundheitssysteme, die diese vier PHC-Funktionen besser erfüllen, eine bessere Gesundheit in der Bevölkerung bei geringeren Krankenversorgungskosten erzielen konnten ⁽⁴⁾.

Eine aktuelle, im Auftrag der Europäischen Union durchgeführte Vergleichsstudie hat gezeigt, dass Österreich als Land mit einer schwach ausgeprägten Primärversorgung einzuschätzen ist ⁽⁵⁾.

In dem 2013 zwischen Bund, Ländern und Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger abgeschlossenen Bundes-Zielsteuerungsvertrag wurden daher unter Absatz 6.1.2. die Konzipierung einer multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung („Primary-Health-Care“) und deren Umsetzung auf Landesebene als operatives Ziel festgesetzt. ⁽⁶⁾ Das vom Gesundheitsministerium im Jahr 2014 erstellte Konzept „Das Team rund um den Hausarzt“ sieht dabei eine Primärversorgung in einem multiprofessionellen, interdisziplinären Team im Sinne einer leicht zugänglichen ersten Kontaktstelle vor, die eine ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung gewährleistet und koordiniert. Die Bestrebungen der aktuellen Gesundheitsreform zielen so auf „die Stärkung der Primärversorgung nach internationalem Vorbild“ ⁽³⁾ ab, auch wenn in diesem Reformkonzept „Referenzen auf bestehende Modelle in anderen Ländern und internationale Standards“ sowie „die sorgfältige Analyse des Ist-Zustandes“ ⁽⁷⁾ noch nicht vorhanden sind.

1.2. Primary-Health-Care in der Steiermark

Ausgehend von der im Bundes-Zielsteuerungsvertrag vorgesehenen Umsetzung von Primärversorgungsmodellen auf Landesebene, ist in der Steiermark geplant, zwei Primary-Health-Care-Pilotprojekte zu initiieren sowie weitere Primary-Health-Care-Zentren oder Primary-Health-Care-Netze kontinuierlich zu entwickeln. Dafür sollen wesentliche Grundlagen erarbeitet werden. Die Tatsache, dass Leistungen in der österreichischen allgemeinmedizinischen Primärversorgung klassischerweise durch sogenannte Einzelpraxen (also ein Arzt mit einem kleinen Team von Ordinationsgehilfen, Sekretären oder vereinzelt auch Pflegepersonal) erbracht werden ⁽⁸⁾, zeigt, dass bisher umgesetzte Primary-Health-Care-Ansätze in der allgemeinmedizinischen Versorgung eine Innovation darstellen.

Bis dato wurde noch nicht erhoben, ob und in welcher Form derzeit innovative Primärversorgungsmodelle mit multiprofessionellen, interdisziplinären Ansätzen im niedergelassenen Bereich vorhanden sind und ob sich gegebenenfalls von solchen Best-Practice-Beispielen Rückschlüsse für die geplanten Primary-Health-Care-Modelle ziehen lassen.

1.3. Zielsetzung

Ziel des Projektes war die steiermarkweite Bestandsaufnahme und Charakterisierung innovativer (hausarztzentrierter) Primärversorgungsmodelle mit Primary-Health-Care-Ansätzen. Als Ergebnis des Projektes wurde ein Katalog mit bereits umgesetzten, innovativen, steirischen Versorgungsmodellen im niedergelassenen Bereich als Best-Practice-Beispiele erstellt. Dadurch wird der aktuelle IST-Zustand in der Steiermark zur Primary Health Care-Versorgung abgebildet.

Nicht-Ziel des Projektes war die Bewertung der Versorgungsqualität steirischer Primärversorgungseinrichtungen. Der Katalog identifizierter Best-Practice-Beispiele gibt daher keine Auskunft, welche Einrichtungen Patienten aus medizinischer Sicht besser als andere versorgen.

Einerseits soll der Pool an identifizierten Versorgungskonzepten als Anregung für die Entwicklung der steirischen Primary-Health-Care-Pilotprojekte dienen. Künftige Primary-Health-Care-Projekte können sich an den umgesetzten (Teil-)Konzepten orientieren. Der Vorteil dieses Vorgehens ist die Weiterentwicklung des Primärversorgungssystems aus der

routinemäßigen und bereits bestehenden Versorgungspraxis heraus. Das Erfahrungswissen von niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen (und gegebenenfalls anderen Berufsgruppen) wird für die Weiterentwicklung der Primärversorgungssysteme genutzt. Dadurch soll die Akzeptanz neuer Primary-Health-Care-Modelle bei den in der Praxis tätigen Berufsgruppen und bei den Patienten steigen. Eine erfolgreiche Umsetzung in die Praxis soll dadurch erleichtert werden. Andererseits soll bewertet werden, inwieweit die identifizierten innovativen Modelle Primary-Health-Care-Merkmale aufweisen.

2. Methoden

Das Projekt wurde in mehrere Arbeitsschritte gegliedert:

1. Vorbereitung: Definition von Begriffen, Ausarbeitung von Primary-Health-Care-Merkmalen und eines Leitfadens zur Interviewführung
2. Pilotierung: Durchführung zweier Pilotinterviews und Testung der in der Vorbereitungsphase ausgearbeiteten Primary-Health-Care-Merkmale und des Leitfadens, Adaption der Merkmale und des Leitfadens, Definition eines „Innovativen (hausarztzentrierten) Primäerversorgungsmodells“ anhand der Primary-Health-Care-Merkmale
3. Identifikation potenzieller innovativer (hausarztzentrierter) Primäerversorgungsmodelle (In Primos): Durchführung eines Schneeballverfahrens und einer Internetrecherche zur Identifikation potenzieller In Primos in der Steiermark
4. Interviews: Durchführung der Interviews mit potenziellen In Primos
5. Analyse: Anwendung der in der Pilotierungsphase ausgearbeiteten Instrumente zur Analyse der In Primos

Abbildung 1: Projektablauf



2.1. Vorbereitung

2.1.1. Allgemeine Begriffsbestimmungen

Primäerversorgung

Der Begriff Primäerversorgung wurde im Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz 2013 § 3 Z 7 wie folgt definiert:

„ ‚Primäerversorgung (Primary-Health-Care)‘: Die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleisten

ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.“⁽⁹⁾

Dementsprechend werden die Begriffe „Primärversorgung“ und „Primary-Health-Care“ (PHC) im vorliegenden Bericht synonym verwendet.

Innovation

Gemäß der Definition von J. A. Schumpeter wird unter Innovation verstanden: „the doing of new things or the doing of things that are already done, in a new way“⁽¹⁰⁾. Folgende Merkmale von Innovation wurden daher festgelegt⁽¹¹⁾:

(1) *Neuheit oder (Er-)Neuerung eines Objekts* oder einer sozialen Handlungsweise, mind. für das betrachtete System („es ist anders“) und

(2) *Veränderung bzw. Wechsel durch die Innovation* in und durch die Unternehmung, d.h. Innovation muss entdeckt bzw. erfunden, eingeführt, genutzt, angewandt und institutionalisiert werden („es ist umgesetzt“).

2.1.2. Ausarbeitung von Primary-Health-Care-Merkmalen

Die Ausarbeitung von Primary-Health-Care-Merkmalen erfolgte durch drei Personen aus dem Projektteam, bestehend aus einer praktisch tätigen Allgemeinmedizinerin (USK) und zwei wissenschaftlichen Mitarbeitern mit Erfahrung in der Entwicklung von Indikatoren für die Allgemeinmedizin (TS, MA).

Die Primary-Health-Care-Merkmale wurden an das Konzept „Das Team rund um den Hausarzt“⁽³⁾ angelehnt. Dies ist damit begründet, dass mithilfe des Projekts auch konkrete Maßnahmen für die aktuelle Gesundheitsreform in der Steiermark abgeleitet werden sollen.

Insgesamt wurden Merkmale zu folgenden fünf Kategorien (vier PHC-Funktionen⁽⁵⁾ und eine Kategorie „weitere Merkmale“) ausgearbeitet:

1. Team

Das Primary-Health-Care-Team besteht aus dem Hausarzt, dem diplomierten Krankenpfleger und einer Ordinationsassistentin (Kernteam) und einem erweiterten Team (z.B. Psychologen, Diätologen, Physiotherapeuten).

2. Zugang (Öffnungszeiten und Webdienste)

Die Allgemeinmedizin stellt „den ersten medizinischen Kontaktpunkt im Gesundheitssystem dar und gewährleistet einen offenen und unbegrenzten Zugang für alle Nutzer und für alle Gesundheitsprobleme, unabhängig von Alter, Geschlecht oder anderen Merkmalen der betroffenen Person“⁽¹²⁾.

3. Umfassende, niederschwellige Versorgung

„Unterschiedliche Gesundheitsbedürfnisse und Herausforderungen, mit denen Menschen konfrontiert werden, passen nicht in enge, abgegrenzte diagnostische Kategorien der fördernden, präventiven, kurativen oder rehabilitativen Versorgung eines Lehrbuchs. Sie bedürfen der Mobilisation eines umfassenden Ressourcenspektrums, das Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen sowie Diagnose und Behandlung oder Überweisung, chronische oder Langzeitversorgung und, in manchen Modellen, soziale Maßnahmen einschließt.“ (freie Übersetzung nach⁽¹³⁾)

4. Koordinierte, kontinuierliche Versorgung

Die Allgemeinmedizin nutzt „die Ressourcen des Gesundheitssystems auf effiziente Weise durch Koordinierung der Betreuung, Zusammenarbeit mit anderen im Bereich der Primärversorgung tätigen Berufen, und durch das Management der Schnittstelle zu anderen Spezialgebieten, wobei sie nötigenfalls die Rolle als Interessenvertreterin von Patientenangelegenheiten übernimmt“⁽¹²⁾.

„Menschen verstehen und den Kontext, in dem sie leben, ist nicht nur wichtig um eine umfassende, personenzentrierte Antwort zu geben, es bedingt auch die Kontinuität der Versorgung. (...) Jedoch sollte die Versorgung weder auf einen Moment der Konsultation noch auf die vier Wände des Behandlungsraums begrenzt sein. (...) Kontinuität der Versorgung ist eine wichtige Determinante von Effektivität, ob für chronisches Krankheitsmanagement, reproduktive Gesundheit, mentale Gesundheit oder für das Sicherstellen, dass Kinder gesund aufwachsen.“ (freie Übersetzung nach⁽¹³⁾)

5. Weitere Merkmale

Diese fünfte Kategorie umfasst zwei weitere Merkmale, welche eine umfassende EDV-Nutzung und eine Zertifizierung als Lehrpraxis bzw. Ausbildungsstätte für andere Berufe beinhalten.

Nach Ausarbeitung von zu den Kategorien zugehörigen Primary-Health-Care-Merkmalen wurden diese anhand von drei dem Team bekannten Hausarztpraxen und im Rahmen von zwei Pilotinterviews (gemeinsam mit dem Interviewleitfaden) in der Anwendung getestet und adaptiert.

Anhand der Pilotinterviews wurde die Mindestanzahl an zu erfüllenden Merkmalen für innovative (hausarztzentrierte) Primärversorgungsmodelle (In Primos) festgelegt, sodass eine Unterscheidung zwischen „Standard-Praxis“ und In Primo möglich wurde (siehe 3.1.2. Definition eines „innovativen (hausarztzentrierten) Primärversorgungsmodells“).

Die Umsetzung des innovativen Primärversorgungsansatzes konnte durch einen Hausarzt oder eine andere im Konzept zur interdisziplinären, multiprofessionellen Primärversorgung genannte Berufsgruppe oder Disziplin ⁽³⁾ erbracht werden, sofern dem Primärversorgungsauftrag (siehe 2.1. Allgemeine Begriffsbestimmungen) nachgekommen wurde. Es wurden Versorgungsmodelle mit und ohne Kassenvertrag berücksichtigt. Ausgeschlossen wurden Ambulanzen und Ambulatorien, die an Krankenhäuser und Krankenkassen angegliedert sind und/oder einem spezialisierten Versorgungsauftrag nachkommen.

2.2. Leitfaden und Pilotinterviews

Auf Basis der ausgearbeiteten, vorläufigen Primary-Health-Care-Merkmale wurde ein Interviewleitfaden für die Interviewer entwickelt und in zwei Pilotinterviews im August 2015 (03.08.2015, 10.08.2015) getestet. Die zwei Pilotinterviews wurden von zwei Mitarbeitern geführt (MA, SK).

Es wurden dafür Hausärzte ausgewählt, welche nach eigenen Angaben eine „Standard-Praxis“ führen. Mit den Pilotinterviews wurden drei Ziele verfolgt:

1. Differenzierung zwischen „Standard-Praxis“ und In Primo (siehe 3.1.2. Definition eines innovativen (hausarztzentrierten) Primärversorgungsmodells)
2. Testen des Interviewleitfadens auf Anwendbarkeit und Verständlichkeit und gegebenenfalls anschließende Adaptierung
3. Testen der Primary-Health-Care-Merkmale auf Anwendbarkeit und Verständlichkeit und gegebenenfalls anschließende Adaptierung

Nach der Adaptierung lag der endgültige Interviewleitfaden (Anhang 1) vor.

Der Auftraggeber wurde über die fertig ausgearbeiteten PHC-Merkmale, den Interviewleitfaden und die Definition eines innovativen (hausarztzentrierten) Primärversorgungsmodells in Kenntnis gesetzt.

2.3. Identifikation innovativer (hausarztzentrierter) Primärversorgungsmodelle mittels Schneeballverfahren

2.3.1. Vorgehensweise

Die Identifikation innovativer Primärversorgungsmodelle in der Steiermark erfolgte über die aktive Anfrage bei Experten mittels Schneeballverfahren: Das Schneeballprinzip dient zur Erfassung bisher unbekannter Netzwerke und bedient sich der Beziehungen, die im Feld vorhanden sind. Indem alle Informanten nach weiteren, möglichen Informanten gefragt werden, wird der Kreis der Befragten kontinuierlich erweitert⁽¹⁴⁾. Auf Inserate in (regionalen) Allgemeinmedizin- und Pflegezeitingen und ein direktes Anschreiben aller steirischen Hausärzte wurde bewusst verzichtet, da dies möglicherweise zu vielen, unselektierten Rückmeldungen geführt hätte.

Das Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung hat folgende Institutionen als erste Informanten für innovative, primärversorgungsrelevante Modelle im niedergelassenen Bereich ausgewählt:

1. Gesundheitsfonds Steiermark
2. Steiermärkische Gebietskrankenkasse
3. Vorstand der Steirischen Akademie für Allgemeinmedizin (STAFAM)
4. Kurie – niedergelassene Ärzte, Ärztekammer Steiermark
5. Bezirksärztevertreter der Ärztekammer Steiermark
6. Obmänner/-frauen der Styriamed-Bezirksvertretungen
7. Österreichischer Gesundheits- und Pflegeverband (ÖGKV)
8. Universitätslehrgang Public Health, Medizinische Universität Graz
9. Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz

Diese neun Institutionen wurden im September 2015 per Mail um eine oder mehrere Nennungen potenzieller, innovativer (hausarztzentrierter) Primärversorgungsmodelle und/oder weiterer Kontaktpersonen gebeten (Anschreiben und Rückmeldung, siehe Anhang 2). Institutionen oder Personen, von denen keine Emailadresse verfügbar war, wurden mit

dem gleichen Anschreiben und Rückmeldebogen per Post kontaktiert. Der Rückmeldebogen konnte elektronisch oder am Papier ausgefüllt werden. Im Fall von Hausärzten war nicht nur die Meldung anderer Einrichtungen, sondern auch eine Selbstnennung möglich. Sofern nicht innerhalb von zwei Wochen eine Rückmeldung einging, wurde mit allen Personen ergänzend telefonisch oder per Mail Kontakt aufgenommen, um offene Fragen oder Bedenken zu klären.

Nach der Nennung potenzieller (hausarztzentrierter) Primärversorgungsmodelle wurden diese je nach verfügbaren Kontaktdaten ebenfalls per Mail, per Post oder telefonisch kontaktiert. Wurde das identifizierte Modell als potenzielles innovatives (hausarztzentriertes) Primärversorgungsmodell (siehe 2.1.2.) auf Basis eines Vorgesprächs oder schriftlicher Vorinformationen eingestuft, so erfolgte eine Einladung zu einem leitfadengestützten Interview. Die Vorgehensweise ist in Abbildung 2 abgebildet. Es wurden alle Nennungen berücksichtigt, die bis zum 10. November 2015 eingingen.

Das Schneeballverfahren wurde durch eine fokussierte Internetrecherche (30.09.2015, 12.10.2015) in Google ergänzt. Folgende Suchabfragen wurden dabei vorgenommen:

- Ordinationsgemeinschaft
- Primärversorgung Steiermark
- Landarzt Steiermark
- Praxis Allgemeinmedizin Steiermark
- Hausarzt Steiermark
- Innovativ Hausarzt Steiermark
- Gemeindegewerke Steiermark
- Gruppenpraxis Steiermark

Berücksichtigt wurden jene Treffer, die sich auf die Steiermark bezogen sowie Auskunft über die Strukturen und Arbeitsweise der Einrichtung gaben, sodass zumindest eine grobe Einschätzung hinsichtlich der Primary-Health-Care-Merkmale möglich war und das Vorliegen eines innovativen Konzeptes vermutet werden konnte.

2.4. Leitfadengestütztes Interview

Um nähere Informationen über die einzelnen Primärversorgungsmodelle zu erhalten, wurden leitfadengestützte Interviews geführt.

Insgesamt gab es drei Interviewer (MA, KJ, USK). Die Interviewer wurden von der Projektleitung für die Durchführung der Interviews im Rahmen eines vorbereitenden Gesprächs geschult und hörten sich vorbereitend die Pilotinterviews an. Alle interviewten Personen unterzeichneten vor dem Interview die Einverständniserklärung (Anhang 4).

Die Interviewpartner wurden im Hinblick auf die Primary-Health-Care-Merkmale befragt, jedoch wurden nicht die ausformulierten Kriterien genannt, woran gemessen wird, ob diese erfüllt werden. Das Nicht-Bekanntmachen der Kriterien hatte den Zweck, dass die Beantwortung der Fragen nicht der Erwünschtheit angepasst wurde.

Die Interviews wurden im Zeitraum zwischen 11. November 2015 und 4. Dezember 2015 geführt und audiotecnisch aufgezeichnet. Auf eine Transkription wurde verzichtet, da keine inhaltsanalytische Auswertung notwendig war.

2.5. Analyse der Interviews

Die Auswertung der Interviews bestand aus einer allgemeinen, tabellarischen Darstellung des Versorgungsmodells und der Bewertung der Primary-Health-Care-Merkmale.

Die Interviewer bewerteten die Erfüllung der Primary-Health-Care-Merkmale. Bei Bedarf wurde auf die audiotecnische Aufzeichnung für die Auswertung zurückgegriffen. Wenn vorhanden, wurden zusätzlich Informationen der Homepage und aus Broschüren der Einrichtung berücksichtigt. Wenn Unsicherheiten bei der Bewertung auftraten, wurden diese mit der Projektleitung geklärt oder die Bewertung in einer Besprechung des Projektteams in einem Konsensusprozess gemeinsam vorgenommen.

3. Ergebnisse

3.1. Ergebnisse aus der Pilotierungsphase

3.1.1. Die Primary-Health-Care-Merkmale

19 Primary-Health-Care-Merkmale wurden nach der Durchführung der Pilotinterviews definiert (Tabelle 1). Zu der Kategorie „Team“ finden sich vier Merkmale. Die Kategorie „Zugang“ enthält vier Merkmale, die sich auf die Öffnungszeiten und die Webdienste beziehen. Zur umfassenden, niederschweligen Versorgung wurden fünf Merkmale entwickelt, welche Hausbesuche (oder aufsuchende Dienste), das Leistungsspektrum des Versorgungsmodells sowie deren Möglichkeiten auf Menschen unterschiedlicher Herkunft einzugehen, berücksichtigen. Zur koordinierten, kontinuierlichen Versorgung wurden vier Merkmale entwickelt, die das Organisieren von Terminen für Patienten, ein Aufnahme- und Entlassungsmanagement, die Umsetzung von Disease Management Programmen und die Förderung des Selbstmanagements der Patienten umfassen.

Tabelle 1: 19 Primary-Health-Care-Merkmale

Nr.	PHC-Merkmal	Kriterien
1	Team	
1a	Hausarzt	Es ist mindestens ein Hausarzt in der Einrichtung tätig.
1b	DGKP	Es ist mindestens ein DGKP in der Einrichtung tätig und sein Tätigkeitsfeld geht über die Tätigkeit einer Ordinationsassistentin hinaus.
1c	Ordinationsassistentin	Es ist mindestens ein Ordinationsassistent in der Einrichtung tätig.
1d	Weitere Berufsgruppen	Es ist mindestens eine weitere Berufsgruppe aus dem erweiterten PHC-Team lt. Konzept „Das Team rund um den Hausarzt“ an der Versorgung der Patienten eingebunden (verbindliche Kooperation in einem organisatorischen Verbund oder „unter einem Dach“).
2	Zugang (Öffnungszeiten und Webdienste)	
2a	Erweiterte Öffnungszeiten	Offizielle Öffnungszeiten gehen über ein Mindestmaß von 25 Wochenstunden hinaus.
2b	Öffnungszeiten am Tagesrand	Die Einrichtung hat laut offiziellen Öffnungszeiten auch an Tagesrandzeiten (vor 9.00 Uhr am Vormittag <u>und</u> nach 17.00 Uhr am Nachmittag) geöffnet.
2c	Öffnungszeiten am Wochenende	Die Einrichtung hat laut offiziellen Öffnungszeiten auch am Wochenende (Samstag) geöffnet.
2d	Webdienste	Die Einrichtung verfügt über mind. einen der drei folgenden Webdienste: Online-Bestellung eines Dauerrezepts, Online-Kommunikation (Email-Adresse angegeben oder Kontaktformular), Online-Terminreservierungen.
3	Umfassende, niederschwellige Versorgung	
3a	Hausbesuche/ aufsuchende Dienste	Hausbesuche durch den Hausarzt (oder eine andere Berufsgruppe) und/oder aufsuchende Dienste durch eine andere Berufsgruppe (z.B. Sozialarbeiter) werden angeboten.
3b	Gesundheitsförderung/ Prävention	Angebote aus Gesundheitsförderung/Prävention sind vorhanden. Bei Hausarztpraxen sind die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung und Mutter-Kind-Pass-Untersuchung sowie mindestens ein weiteres Angebot aus Gesundheitsförderung oder Primärprävention erforderlich. Bei anderen Primärversorgungsmodellen ist mind. ein Angebot aus Gesundheitsförderung oder Primärprävention erforderlich.
3c	Versorgung spezieller Zielgruppen	Es gibt in dem Primärversorgungsmodell mind. ein spezielles Angebot für mind. eine spezielle Zielgruppe (z.B. Kinder und Jugendliche, psychisch Kranke, ältere und multimorbide Personen, Obdachlose oder andere soziale Randgruppen) <u>und</u> eine spezifische Aus-, Fort- oder Weiterbildung wurde von mindestens einem Teammitglied absolviert, wodurch eine Versorgung angeboten wird, die in anderen Hausarztpraxen nicht vorhanden ist oder wodurch die Versorgung verbessert wird.
3d	Berücksichtigung unterschiedlicher Kulturen: Sprachkenntnisse	Mindestens ein Teammitglied verfügt über mindestens eine weitere Sprache zusätzlich zu Deutsch und Englisch <u>und</u> diese werden öffentlich (z.B. auf der Homepage) bekannt gemacht.
3e	Berücksichtigung unterschiedlicher Kulturen: Schulung oder anderer Kulturhintergrund eines Teammitglieds	Mind. ein Teammitglied verfügt über eine absolvierte Schulung zu Diversity, internationale Kommunikation oder eine vergleichbare Schulung oder stammt selbst aus einem anderen (nicht deutschsprachigen) Kulturkreis oder hat für mehrere Monate im Ausland gearbeitet und gelebt.

Nr.	PHC-Merkmal	Kriterien
4	Koordinierte, kontinuierliche Versorgung	
4a	Terminorganisation	Das Primärversorgungsmodell bietet dem Patienten <u>nicht nur bei Bedarf</u> (z.B. Sprachbarrieren, akute Fälle, eigene Terminorganisation unzumutbar) aktiv die Terminorganisation bei Überweisung in eine andere Einrichtung an.
4b	Aufnahme- und Entlassungsmanagement	Die Übermittlung der aktuellen Medikationsliste bei Einweisung (geplant) und bei Überweisungen (ungeplant) an das Krankenhaus sowie die Aktualisierung der Medikationsliste nach Entlassung auf Basis der Arztbriefes erfolgt in einem standardisierten Prozess. Anmerkung: Die Aktualisierung der Medikation, wenn der Patient mit dem Arztbrief in die Ordination kommt, ist nicht ausreichend.
4c	Therapie aktiv und Begleitung chronisch Kranker	Der Hausarzt nimmt an dem Disease Management Programm „Therapie aktiv – Diabetes im Griff“ teil und begleitet mind. eine weitere chronisch kranke Patientengruppe (z.B. Patienten mit Herzinsuffizienz) standardisiert in regelmäßigen Abständen (= Kontrolltermine mind. alle 6 Monate, die durch das Team aktiv angeboten werden).
4d	Förderung des Selbstmanagements	Mind. drei der folgenden Schulungen bzw. Beratungsangebote werden den Patienten aktiv empfohlen (eigene Durchführung nicht erforderlich): Herz.leben, Diabetesschulung, OAK-Selbstmanagementschulung, gezielte Information über Selbsthilfegruppen (inkl. schriftl. Informationsmaterial) oder ähnliches Beratungsangebot.
5	Weitere Merkmale	
5a	Umfassende EDV-Nutzung	Es sind folgende drei Kriterien erfüllt: <ul style="list-style-type: none"> • Die Patientendaten werden in einer elektronischen Patientenakte erfasst. • Ein Erinnerungssystem der genutzten Ordinationssoftware wird vom Hausarzt bzw. den Teammitgliedern aktiv genutzt (z.B. Erinnerung, wenn ein Diabetiker länger als 6 Monate nicht in Ordination war). Ein Notizfeld, wenn Patientenakte geöffnet wird, ist nicht ausreichend. • Es erfolgt eine elektronische Befundübermittlung (z.B. DaMe).
5b	Lehrpraxis bzw. Ausbildungsstätte	Das Primärversorgungsmodell ist eine zertifizierte Lehrpraxis und/oder Ausbildungsstätte für andere Gesundheitsberufe.
Abkürzungen: DaMe Datennetz der Medizin, DGKP Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger, OAK Orale Antikoagulation		

3.1.2. Definition eines innovativen (hausarztzentrierten) Primärversorgungsmodells

In Tabelle 2 sind die Bewertung der erfüllten PHC-Merkmale der zwei Pilotinterviews, deren demographischen Daten und die Interviewdauer angegeben.

Tabelle 2: Bewertung der PHC-Merkmale in den Pilotinterviews

Pilotinterview	Stadt-Land	Geschlecht	Interviewdauer	Anzahl erfüllter PHC-Merkmale
Pilotinterview 1	Stadt	weiblich	39 min	6
Pilotinterview 2	Land	männlich	16 min	5

Auf Basis der Auswertung der Pilotinterviews mit „Standard-Praxen“ (Tabelle 2) wurde ermittelt, dass

- eine Standard-Hausarztpraxis bis zu 6 PHC-Merkmale erfüllen kann,
- eine Hausarztpraxis mit geringen innovativen Ansätzen oder erweitertem Angebot 7-9 PHC-Merkmale erfüllen kann.

Daher wurde im Projektteam festgelegt, dass zur Einstufung als innovatives (hausarztzentriertes) Primärversorgungsmodell mindestens 10 PHC-Merkmale erfüllt sein müssen (> 50%).

3.2. Ergebnisse aus der Identifizierungsphase

3.2.1. Das Schneeballverfahren

Aussendungen

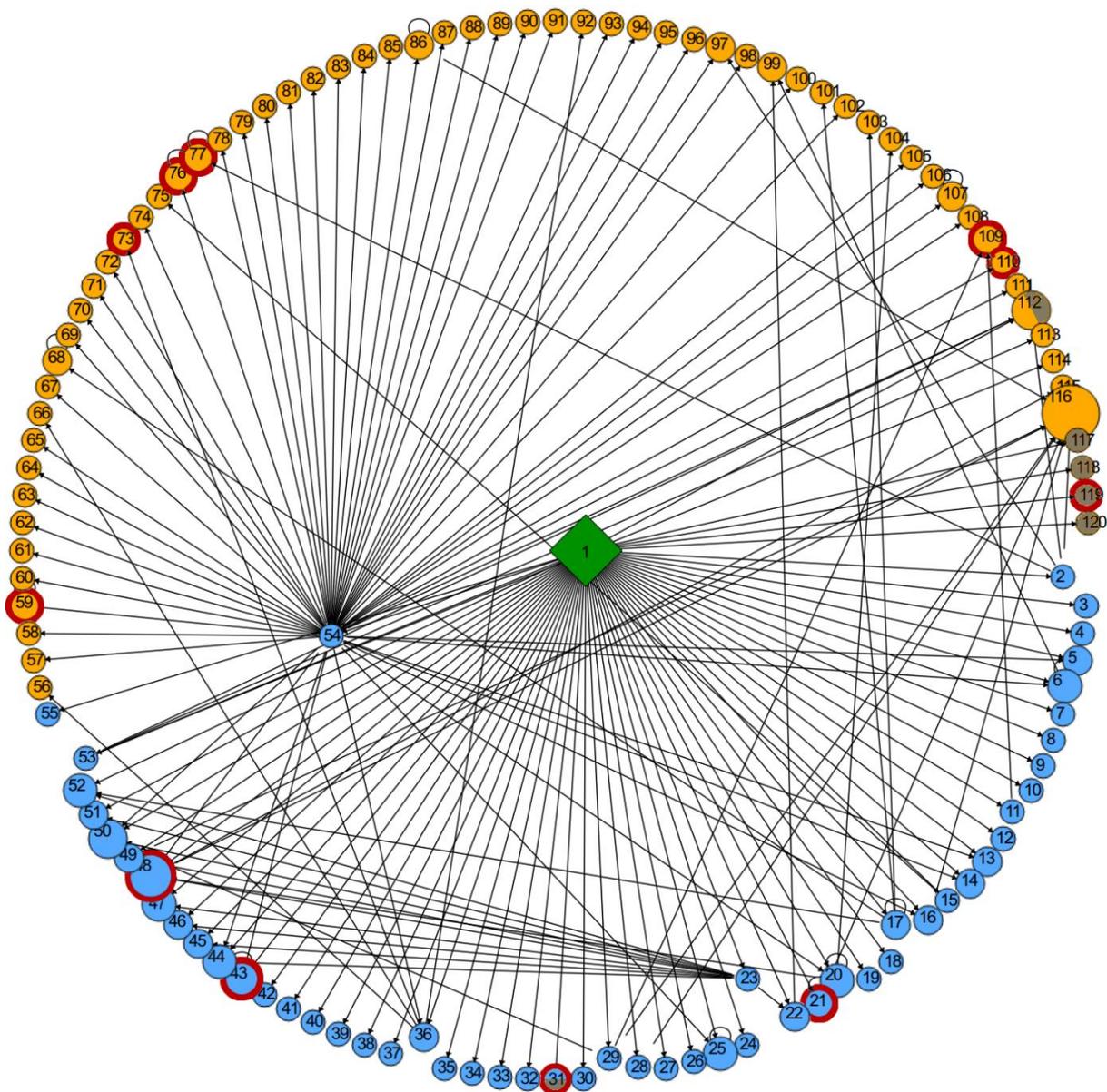
Das Schneeballverfahren (inklusive Internetrecherche) ist in Abbildung 3 dargestellt, wobei das Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung als Ausgangspunkt als grüner Rhombus abgebildet ist. Insgesamt wurden in der ersten Aussendung 54 Personen vom IAMEV angeschrieben, welche den im Kapitel 2.4.1. genannten Organisationen angehören (erste Welle [blau]). Auf Basis der Rückmeldungen dieser Organisationen (zweite Welle [orange]) wurde an 61 weitere Einrichtungen/Personen sowie auf Basis der Internetrecherche an vier zusätzliche Einrichtungen/Personen eine Anfrage gerichtet. Insgesamt wurden 119 Einrichtungen/Personen kontaktiert.

Durch die Internetrecherche wurden sechs potenzielle In Primos identifiziert (Treffer aus der Internetrecherche [grau]). Zwei davon waren bereits bekannt (eines wurde in der ersten Welle

angeschrieben [blau, grau], das zweite wurde in einer Rückmeldung aus der ersten Welle genannt [orange, grau]). Daher konnten durch die Internetrecherche vier noch nicht bekannte, potenzielle In Primos vermerkt werden [grau].

Die Kreise in Abbildung 3 sind umso größer, je öfter das Primärversorgungsmodell genannt wurde. Am Ende eingeschlossene In Primos sind rot umrandet.

Abbildung 3: Ergebnisse aus dem Schneeballverfahren



Rückmeldungen

Von den initial 54 angeschriebenen Kontakten haben 21 reagiert (Rücklaufquote: 38,9%). 20 haben ein ausgefülltes Antwortschreiben zurückgesendet. Eine Einrichtung hat rückgemeldet, dass sie keine Einrichtung nennen kann.

Von diesen 20 Einrichtungen/Personen wurden 105 Meldungen gemacht. Nach Abzug von Mehrfachmeldungen blieben insgesamt 83 potenzielle In Primos oder Kontaktpersonen übrig, von denen 22 bereits in der ersten Welle kontaktiert wurden.

Von den verbliebenen, neu kontaktierten 61 Einrichtungen/Personen haben sechs mit einem Antwortschreiben reagiert (Rücklaufquote: 9,8%), aus denen sieben Meldungen hervorgegangen sind. Diese sieben potenziellen In Primos waren alle bereits bekannt.

3.2.2. Das Auswahlverfahren

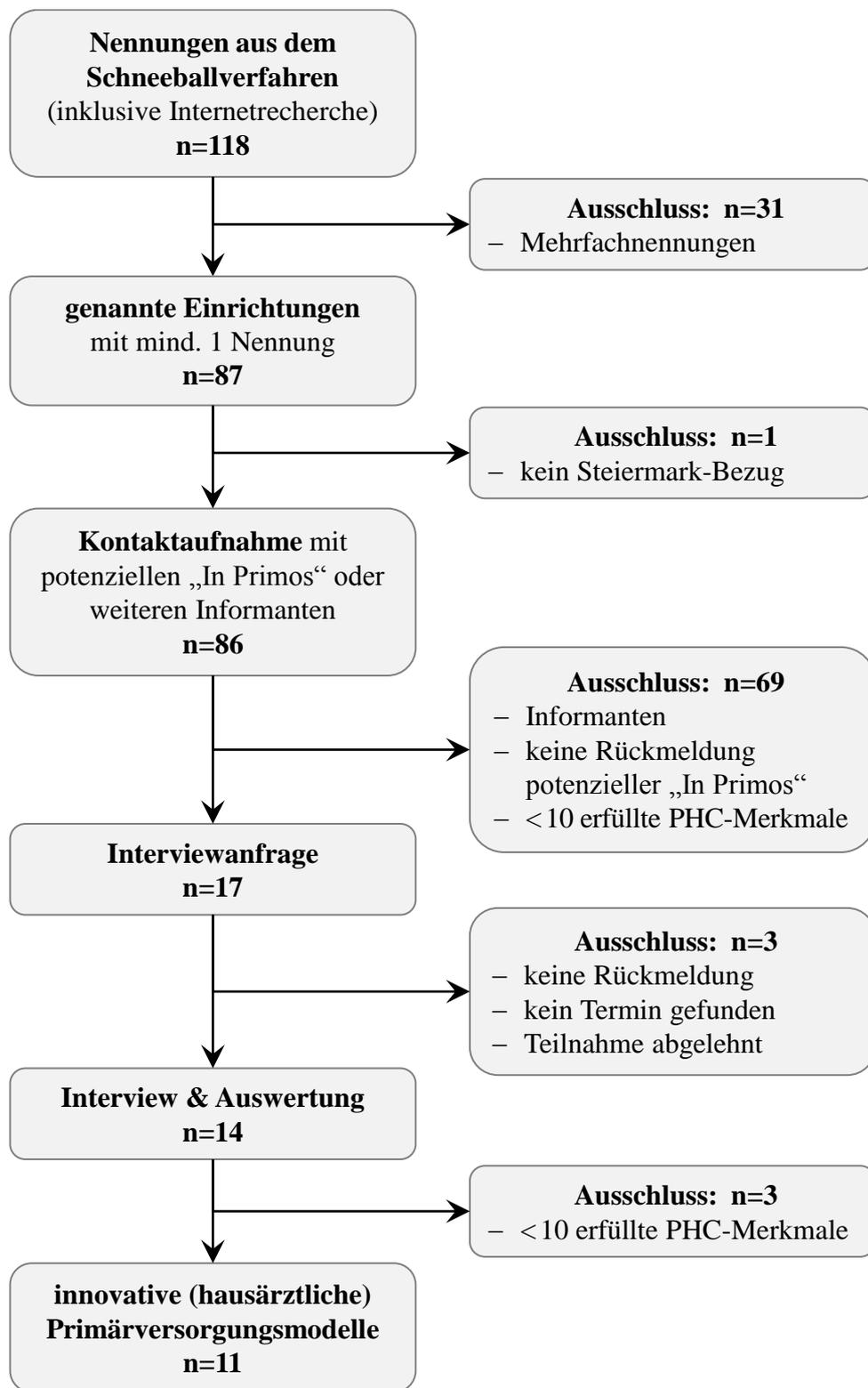
Von den 118 Nennungen waren 31 Mehrfachnennungen, sodass 87 Einrichtungen (Kontaktpersonen oder potenzielle In Primos) mit mindestens einer Nennung übrig blieben. Eine Nennung wurde ausgeschlossen, weil sie keinen Bezug zur Steiermark hatte.

Mit 86 Einrichtungen (Kontaktpersonen oder potenzielle In Primos) wurde per Mail, per Post oder Telefon ein Kontakt hergestellt. Durch die Einschätzung der Anzahl der erfüllten PHC-Merkmale auf Basis der Vorinformationen wurde schließlich bei 17 potenziellen In Primos um ein Interview gefragt. Davon mussten drei wiederum ausgeschlossen werden: Von einer Einrichtung gab es nach mehrfacher Kontaktaufnahme keine Rückmeldung. Bei einer weiteren Einrichtung konnte kein passender Termin gefunden werden, weil es aufgrund einer Arztvertretung zu Zeitengpässen kam. Die dritte Einrichtung wollte nicht öffentlich genannt werden und war daher mit der Teilnahme nicht einverstanden.

Schließlich wurde mit 14 potenziellen In Primos ein Interview geführt. Im Zuge der Auswertung wurden davon wiederum drei Einrichtungen ausgeschlossen, weil diese die Mindestanzahl der erfüllten PHC-Merkmale nicht erreichten. Somit wurden letztlich elf innovative (hausarztzentrierte) Primärversorgungsmodelle identifiziert.

Ein Überblick über das gesamte Auswahlverfahren ist in Abbildung 5 dargestellt.

Abbildung 4: Auswahlverfahren



Styriamed.net

Der regionale Ärzteverbund Styriamed.net wurde im Auswahlverfahren ausgeschlossen, weil die regionalen Vereine und losen Verbände von Styriamed.net selbst keine umfassende Grundversorgung für Patienten (siehe Definition Primärversorgung im Kapitel 2.1. Allgemeine Begriffsbestimmungen) anbieten. Styriamed.net wurde dennoch in dem Projekt näher betrachtet (Kapitel 3.3.4. Styriamed.net), weil es achtmal und somit am häufigsten bei den Rückmeldungen genannt wurde und weil es einen Einfluss auf die Primärversorgung in der Steiermark hat.

3.3. Interviews

3.3.1. Allgemeine Ergebnisse

Durchgeführte Interviews

Insgesamt wurden 14 Interviews geführt. Im Durchschnitt dauerte ein Interview 46 Minuten (Minimum: 24 Minuten, Maximum 71 Minuten). Elf der 14 Einrichtungen erfüllten nach der Auswertung der Primary-Health-Care-Merkmale die Definition eines innovativen (hausarztzentrierten) Primärversorgungsmodells (mind. 10 Kriterien). Die ausgeschlossenen Einrichtungen sind als Hausarztpraxen mit geringen innovativen Ansätzen oder erweitertem Angebot einzustufen (Tabelle 3).

Tabelle 3: Interviewdauer und Einschluss/Ausschluss potenzieller In Primos

Interviewnummer	Interviewdauer	Definition eines innovativen (hausarztzentrierten) Primärversorgungsmodells ist erfüllt
1	47 min	ja
2	36 min	ja
3	45 min	ja
4	71 min	ja
5	39 min	ja
6	62 min	ja
7	49 min	ja
8	24 min	ja
9	53 min	ja
10	55 min	ja
11	56 min	nein
12	24 min	nein
13	28 min	nein
14	57 min	ja

Eingeschlossene In Primos

Die elf innovativen (hausarztzentrierten) Primärversorgungsmodelle sind in Tabelle 4 genannt. Mehr als die Hälfte der In Primos (6) wurden nur einmal in einer Rückmeldung genannt. Vier wurden zweimal genannt, eines insgesamt viermal. Drei befinden sich in der Stadt Graz, die restlichen sind in ländlichen Regionen lokalisiert. Im Durchschnitt erfüllten sie 12,4 Primary-Health-Care-Merkmale.

Tabelle 4: Innovative (hausarztzentrierte) Primärversorgungsmodelle

Name	Anzahl der Nennungen	Stadt-Land	Anzahl erfüllte PHC-Merkmale
Caritas Marienambulanz	1	Stadt	12
Ordinationsgemeinschaft Carneri	1	Stadt	11
Praxis für Allgemeinmedizin Dr. ⁱⁿ Dettelbacher	2	Stadt	10
Praxis für Allgemeinmedizin Dr. Fitzek, Ärztezentrum A-Z Weiz	1	Land	13
Praxis für Allgemeinmedizin Dr. Hirschberger	1	Land	11
Praxis für Allgemeinmedizin Dr. Holler	4	Land	12
Praxis für Allgemeinmedizin Dr. Lachini	1	Land	14
Praxis für Allgemeinmedizin Dr. Moser	2	Land	12
Praxis für Allgemeinmedizin Dr. Moussa	2	Land	12
Praxis für Allgemeinmedizin Dr. Thalhammer	1	Land	13
Praxis für Allgemeinmedizin Dr. Wehle	2	Land	16

3.3.2. Innovative (hausarztzentrierte) Primärversorgungsmodelle (Katalog)

3.3.2.1. Caritas Marienambulanz

Ausgangssituation	Die Marienambulanz ist während des Kosovokriegs entstanden. Damals waren die Asylwerber nicht versichert und hatten einen erschwerten Zugang zu Ärzten.
Initiatoren	<ul style="list-style-type: none"> • Dr.ⁱⁿ Krista Grein, Dr. Franz Schwarz, Helmuth Paar, Christine Anderwald (Caritas) • Mag.^a Barbara Lamminger (Sozialamt der Stadt Graz) • Dr.ⁱⁿ Anne-Marie Miörner-Wagner (Verein Omega)
Gründungsjahr	1999
Kurzbeschreibung des innovativen Konzepts	Die Marienambulanz betreut Menschen ohne Krankenversicherung und Menschen mit erschwertem Zugang zum Gesundheitssystem (z.B. Sprachbarriere, Obdachlosigkeit, psychisch Kranke) und agiert als NGO. Das Team ist multidisziplinär zusammengesetzt. Das allgemeinmedizinische Versorgungsangebot wird durch spezifische Sprechstunden (z.B. Diabetes, Frauen), ein umfassendes Dolmetschangebot und Sozialarbeit (z.B. Rezeptgebührenbefreiung, Asylfragen) ergänzt. Die Marienambulanz ist auch innerhalb der Caritas gut vernetzt (z.B. Sozialberatung, Schwangerenberatung). Aufsuchende Dienste werden in Form einer rollenden Ambulanz und durch Drogenstreetwork wahrgenommen.
Standort	Graz
Beteiligte Berufsgruppen und Kooperationspartner	<p><u>Hauptamtliche Mitarbeiterinnen:</u> Organisatorische Leiterin, Ärztliche Leiterin, Allgemeinmedizinerin, DGKS, 2 medizinische Assistentinnen (davon 1 Ordinationsassistentin), Sozialarbeiterin</p> <p><u>Auf Honorarbasis tätig:</u> Hebamme, Psychiater</p> <p><u>Ehrenamtliche Mitarbeiter:</u> 4 Allgemeinmediziner, Internistin, Gynäkologin, einige medizinische Assistentinnen (z.B. DGKS, Labormedizinerin, zu nostrifizierender Arzt aus dem Ausland, pensionierte Allgemeinmedizinerin), 13 Dolmetscherinnen, Physiotherapeut, Masseur, Dermatologe</p> <p><u>Kooperationspartner, die Patienten ehrenamtlich behandeln:</u></p>

	ca. 40 Fachärzte, Labor, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Krankenhaus der Elisabethinen
Organisationsform des Versorgungsmodells	Allgemeinmedizinisches Ambulatorium
Öffnungszeiten Marienambulanz	Mo: 12:00-14:00 Di: 12:00-14:00 Mi: 12:00-14:00 Do: 12:00-14:00 Fr: 12:00-14:00 Sa: -
Diabetessprechstunde	Di : Mittags nach Vereinbarung Fr : Vormittags nach Vereinbarung
Frauensprechstunde	Di: Vormittag
Sozialarbeit	Di: 08:00-13:00 Do: 10:00-14:00
Psychiatriesprechstunde	Do: 09:00-16:00
Rollende Ambulanz	Mi: 18:00-21:00
Kontaktladen/ Drogenstreetwork	Allgemeinmedizinische Beratung: Mo 12:00-15:00 Di: 12:15-14:15 Fr: 10:00-12:00 Weitere Angebote: – Spritzentausch – Kontaktladen-Café – Frauen-Café – Beratungsdienst – Rechtsberatung – Sekretariat
Gesundheitsförderung/Prävention	-
Versorgung spezieller Zielgruppen	Obdachlose, Menschen ohne Krankenversicherung, Menschen mit erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem, Menschen mit Migrationshintergrund
Sprachen	Deutsch, Englisch, Rumänisch, Russisch, Arabisch, Ungarisch, Tschetschenisch, Farsi
Finanzierung des Versorgungsmodells	Gesundheitsfonds Steiermark, Steiermärkische GKK, SVA, Land Steiermark, Bundesministerium für Gesundheit, Stadt Graz, Hypo Bank (Sponsoring), Firmenspenden, private Spenden, nicht gewidmete Spenden der Caritas

3.3.2.2. Ordinationsgemeinschaft Carneri

Ausgangssituation	Der Vorgänger führte schon eine Gemeinschaftspraxis. Die Gründer waren sich einig, dass die Ordinationsgemeinschaft nicht als Kassenpraxis entstehen soll.
Initiatoren	<u>Gegründet:</u> Dr. Martin Steiner Dr. ⁱⁿ Theresa Steiner-Kolb eine Mitbegründerkollegin (bereits ausgestiegen) <u>Derzeit:</u> Dr. Martin Steiner Dr. ⁱⁿ Theresa Steiner-Kolb Dr. Arman Tanil
Gründungsjahr	2009
Kurzbeschreibung des innovativen Konzepts	Drei Wahlärzte teilen sich eine Ordination. Dadurch können lange Ordinationszeiten gewährleistet werden. Patienten wissen, wann ihr betreuender Arzt in der Ordination ist, können dennoch jederzeit die Ordination aufsuchen. Die Ordination wird durch eine Krankenschwester, Ordinationsassistentinnen, zwei selbstständige Physiotherapeuten, eine selbstständig Ernährungsberaterin und eine labortechnische Assistentin ergänzt.
Standort	Graz
Beteiligte Berufsgruppen/ Kooperationspartner	3 Allgemeinmediziner, DGKS, Ordinationsassistentinnen, labortechnische Assistentin /2 Physiotherapeuten, Ernährungsberaterin
Organisationsform des Versorgungsmodells	Ordinationsgemeinschaft
Öffnungszeiten	Mo: 8:00-18:00 Di: 8:00-16:00 Mi: 8:00-19:00 Do: 8:00-18:00 Fr: 8:00-13:00 Sa: -
Gesundheitsförderung/Prävention	Ernährungsberatung, Raucherentwöhnung
Versorgung spezieller Zielgruppen	Schmerzpatienten
Sprachen	Deutsch, Englisch, Französisch, Spanisch, Kroatisch, Italienisch*
Finanzierung des Versorgungsmodells	Kassenvertrag mit Krankenfürsorgeanstalt (KFA) der Beamten der Städte Graz und Wien, Privathonorare

*Sprachkenntnisse wurden nicht öffentlich gemacht.

3.3.2.4. Praxis für Allgemeinmedizin Dr. Fitzek, Ärztezentrum Weiz (A-Z Weiz), Weizer Herzverein

Ausgangssituation	Mehrere Weizer Hausärzte haben sich vor ca. 25-30 Jahren gemeinsam den Bereitschaftsdienst untereinander aufgeteilt. Die positive, kollegiale Erfahrung führte zu weiteren gemeinsamen Projekten, um eine hohe Versorgungsqualität für Patienten zu gewährleisten und eine Entlastung einzelner Ärzte zu erzielen.
Initiatoren	Dr. Edwin Pösinger - Allgemeinmedizin Dr. Herbert Ederer - Allgemeinmedizin Dr. Bernhard Fitzek - Allgemeinmedizin Dr. Peter Hofer - Allgemeinmedizin Dr. Paul Pavek (sen.) – Innere Medizin (Gründer des Weizer Herzvereins)
Gründungsjahr	1991 Laborgemeinschaft 1995 Weizer Herzverein 2000 Institut für Osteodensitometrie und Nuklearmedizin 2005 Ärztezentrum A-Z Weiz
Kurzbeschreibung des innovativen Konzepts	Im Ärztezentrum Weiz befinden sich eine Gruppenpraxis (2 Allgemeinmediziner, Internist), eine Praxis für Allgemeinmedizin, zwei Psychiater, eine HNO-Ärztin, eine Laborgemeinschaft, das Institut für Osteodensitometrie, ein Logotherapeut, Ergotherapeut, Psychotherapeuten. Durch das multiprofessionelle Angebot ergeben sich Kooperationen und Synergien untereinander. Eine Laborgemeinschaft mit ca. 40 Ärzten im Bezirk Weiz teilen sich 2 MTAs. Der Weizer Herzverein bietet 2xwöchentlich Turnen für Menschen mit Herzkrankheiten an, daran sind mehrere Ärzte und ein speziell ausgebildeter Trainer (meist Sportstudent) beteiligt. Das Institut für Knochendichtemessungen wird ebenso von mehreren Ärzten getragen. Die Öffnungszeiten der Hausärzte sind so aufeinander abgestimmt, dass von Montag bis Freitag vormittags und nachmittags ein Hausarzt im Ärztezentrum ist.
Standort	Weiz
Beteiligte Berufsgruppen/ Kooperationspartner	Allgemeinmediziner, DGKS, Ordinationsgehilfin <u>Kooperationspartner:</u> Allgemeinmediziner, Fachärzte, Physiotherapeuten, Logopäde und Psychotherapeuten im Haus, Sporttrainer für Herzkrankheiten
Organisationsform des	Praxis für Allgemeinmedizin (mit Kassenvertrag)

Versorgungsmodells	Weizer Herzverein: Verein Institut für Osteodensitometrie und Nuklearmedizin: Ambulatorium Die Laborgemeinschaft ist kein eigener Rechtskörper. Alle Ärzte sind als Einzelunternehmer daran beteiligt und teilen sich die Kosten für die Mitarbeiter.
Öffnungszeiten Dr. Fitzek	Mo: 08:00-12:00 Di: 08:00-12:00 16:00-18:00 Mi: - Do: 08:00-12:00 16:00-18:00 Fr: 08:00-12:00 Sa: - Die Ordinationszeiten sind mit den anderen Allgemeinmedizinern im Haus abgestimmt.
Gesundheitsförderung/Prävention	Rauchberatung bei Kooperationspartnern
Versorgung spezieller Zielgruppen	Herzranke (Weizer Herzverein)
Sprachen	Deutsch, Englisch*
Finanzierung des Versorgungsmodells	Arztpraxen mit und ohne Kassenvertrag (Privathonorare); ehrenamtliche Tätigkeit und Sponsoring im Verein

*Sprachkenntnisse wurden nicht öffentlich gemacht.

3.3.2.5. Praxis für Allgemeinmedizin Dr. Hirschberger

Ausgangssituation	Es bestand schon seit dem Studium der Wunsch als Landarzt die Bevölkerung in der Region umfassend zu versorgen.
Initiator	Dr. Günther Hirschberger
Gründungsjahr	1990
Kurzbeschreibung des innovativen Konzepts	Das Konzept zeichnet sich durch eine strukturierte und koordinierte Versorgung aus, die an die sich verändernden gesellschaftlichen Gegebenheiten anpasst.
Standort	Wartberg / Mürztal
Beteiligte Berufsgruppen/ Kooperationspartner	Allgemeinmediziner, Allgemeinmedizinerin als erweiterte Stellvertreterin, Ordinationsassistentin/ Psychologin, Ernährungsberaterin, Physiotherapeut
Organisationsform des Versorgungsmodells	Praxis für Allgemeinmedizin, selbstständige Psychologin, selbstständige Ernährungsberaterin und selbstständiger Physiotherapeut
Öffnungszeiten	Mo: 07:00-12:00 Di: 07:00-08:00 15:00-17:00 Mi: 07:00-12:00 Do: 15:00-17:00 Fr: 07:00-12:00 Sa: -
Gesundheitsförderung/Prävention	Ernährungsberatung, psychologische Vorträge in der Praxis
Versorgung spezieller Zielgruppen	Geriatrische Patienten, Diabetiker (Diabeteshotline)
Sprachen	Deutsch, Englisch, Rumänisch, Italienisch, Französisch, Spanisch, Slowenisch*
Finanzierung des Versorgungsmodells	Kassenvertrag, Privathonorare

*Sprachkenntnisse wurden nicht öffentlich gemacht.

3.3.2.6. Praxis für Allgemeinmedizin Dr. Holler

Ausgangssituation	Die Idee, in die Arbeit auch einen ganzheitlichen Ansatz einzubringen, war für Dr. Holler immer wichtig. Prägend waren vor allem die Erfahrungen als Turnusarzt im Rahmen der Lehrpraxis (Balintgruppen), die einjährige Arbeit in Südamerika und die Community Health-Ausbildung in Innsbruck.
Initiator	Dr. Johann Holler
Gründungsjahr	1994
Kurzbeschreibung des innovativen Konzepts	Das Konzept ist durch eine umfassende, niederschwellige Patientenversorgung gekennzeichnet und schließt die Gesundheitsförderung und Prävention mit ein. In den Räumlichkeiten arbeiten auch eine Psychotherapeutin sowie ein Physiotherapeut.
Standort	Leitring
Beteiligte Berufsgruppen/ Kooperationspartner	1 Allgemeinmediziner, Ordinationsassistentinnen/ 1 Psychotherapeutin, 1 Physiotherapeut, Teilnehmer von Styriamed.net
Organisationsform des Versorgungsmodells	Praxis für Allgemeinmedizin, selbstständiger Physiotherapeut, selbstständige Psychotherapeutin
Öffnungszeiten	Mo: 07:30-10:00 16:00-18:00 Uhr Di: 07:30-12:00 Mi: 07:30-12:00 Do: - Fr: 07:30-12:00 Sa: 08:00-10:00
Gesundheitsförderung/Prävention	Reisemedizin, Impfberatung, Ernährungs- und Bewegungsberatung (v.a. bei Adipositas), Raucherentwöhnung
Versorgung spezieller Zielgruppen	Patienten mit Substitutionsbehandlung, psychisch Kranke (z.B. Angststörungen)
Sprachen	Deutsch, Englisch, Spanisch
Finanzierung des Versorgungsmodells	Kassenvertrag, Privathonorare

3.3.2.7. Praxis für Allgemeinmedizin Dr. Lachini

Ausgangssituation	Die Gründung der eigenen Praxis für Allgemeinmedizin, das Interesse an Qualitätsmanagement und Erfahrungen als Notfallmediziner bildeten die Ausgangslage. Der Neubau der Praxis bietet zusätzlich die Möglichkeit für Kooperationen mit anderen Berufsgruppen.
Initiator	Dr. Sassan Lachini
Gründungsjahr	2011 Praxis für Allgemeinmedizin 2013 Umzug in Neubau
Kurzbeschreibung des innovativen Konzepts	Dr. Lachini führt eine Praxis für Allgemeinmedizin mit Hausapotheke, hat einen notfallmedizinischen Schwerpunkt, spricht mehrere Sprachen und führt selbst Self-audits (Qualitätsmanagement) durch. Eine selbstständige Physiotherapeutin ist in den Räumlichkeiten der Praxis tätig. Das Raumkonzept bietet Möglichkeiten für weitere Kooperationen.
Standort	Öblarn
Beteiligte Berufsgruppen/ Kooperationspartner	1 Allgemeinmediziner, 3 Ordinationsassistentinnen mit Schulung für Notfälle/1 Physiotherapeutin
Organisationsform des Versorgungsmodells	Praxis für Allgemeinmedizin, selbstständige Physiotherapeutin
Öffnungszeiten	Mo: 07:30-12:00 16:30-18:00 Di: 07:30-11:30 Mi: 07:30-11:30 Do: 16:30-18:00 Fr: 07:30-12:00 Sa: -
Gesundheitsförderung/Prävention	Rauchberatung im Rahmen von Kurzinterventionen
Versorgung spezieller Zielgruppen	Patienten am Lebensende (Palliativmedizin), Schmerzpatienten
Sprachen	Deutsch, Englisch, Persisch*
Finanzierung des Versorgungsmodells	Kassenvertrag, Hausapotheke, Privathonorare

*Sprachkenntnisse wurden nicht öffentlich gemacht.

3.3.2.8 Praxis für Allgemeinmedizin Dr. Moser

Ausgangssituation	Dr. Moser hatte den Wunsch, eine Praxis zu entwickeln, die neben der allgemeinmedizinischen Versorgung einen sportmedizinischen Schwerpunkt hat.
Initiator	Dr. Harald Moser
Gründungsjahr	1986
Kurzbeschreibung des innovativen Konzepts	Die Versorgung zeichnet sich insbesondere durch ein breit aufgestelltes Team und Angebote im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sowie Begleitung chronisch kranker Patienten aus.
Standort	Stubenberg am See
Beteiligte Berufsgruppen/ Kooperationspartner	DGKS, Ordinationsgehilfin, Masseurin/ Psychologin, Diätologin
Organisationsform des Versorgungsmodells	Praxis für Allgemeinmedizin, selbstständige Psychologin und Diätologin
Öffnungszeiten	Mo: - Di: 08:00-12:00 17:00-19:00 Mi: 08:00-12:00 Do: 08:00-12:00 Fr: 08:00-12:00 Sa: 08:00-10:00
Gesundheitsförderung/Prävention	Ernährungsberatung, psychologische Betreuung
Versorgung spezieller Zielgruppen	-
Sprachen	Deutsch, Englisch*
Finanzierung des Versorgungsmodells	Kassenvertrag, Privathonorare

*Sprachkenntnisse wurden nicht öffentlich gemacht.

3.3.2.9. Praxis für Allgemeinmedizin Dr. Moussa

Ausgangssituation	Das Konzept wurde im Wesentlichen vom Praxisvorgänger übernommen, der dieses über die Jahre entwickelt hat. Es wurde zuletzt stärker in Richtung Leitlinien- und EBM-orientierte Medizin ausgerichtet.
Initiatoren	Dr. Johann Resch (Praxisvorgänger) Dr. Alexander Moussa
Gründungsjahr	2015
Kurzbeschreibung des innovativen Konzepts	Das Konzept ist durch eine umfassende, niederschwellige Patientenversorgung gekennzeichnet und schließt Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention ein. Es bietet u.a. auch umfassende Webdienste an. Die Begleitung chronisch Kranker und Förderung des Selbstmanagements sind weitere wichtige Elemente des Konzepts.
Standort	Hartberg
Beteiligte Berufsgruppen/ Kooperationspartner	1 Allgemeinmediziner, 4 Ordinationsassistentinnen/ Teilnehmer des Styriamed.net
Organisationsform des Versorgungsmodells	Praxis für Allgemeinmedizin
Öffnungszeiten	Mo: 07:00-12:30 Di: 07:00-12:30 16:30-18:30 Mi: 07:00-12:30 Do: 07:00-12:30 16:30-18:30 Fr: 07:00-12:30 Sa.: -
Gesundheitsförderung/Prävention	Ernährungsberatung, Impfberatung
Versorgung spezieller Zielgruppen	Kinder und Jugendliche (insbesondere als Schularzt), Adipositas-Patienten, ältere Menschen, Palliativpatienten
Sprachen	Deutsch, Englisch*
Finanzierung des Versorgungsmodells	Kassenvertrag, Privathonorare

*Sprachkenntnisse wurden nicht öffentlich gemacht.

3.3.2.10. Praxis für Allgemeinmedizin Dr. Thalhammer

Ausgangssituation	Die Hausarztpraxis wurde 1986 gegründet und hat sich nach und nach weiterentwickelt.
Initiator	Dr. Gottfried Thalhammer
Gründungsjahr	1986
Kurzbeschreibung des innovativen Konzepts	Das Team besteht aus einem Allgemeinmediziner, Ordinationsassistentinnen, einer DGKS und einer Heilmasseurin. Die DGKS übernimmt umfassende Tätigkeiten im Rahmen der Patientenversorgung (z.B. Wundversorgung, Spirometrie, INR-Messungen) und ist zusätzlich ausgebildete Diabetesberaterin, die Schulungen im Rahmen des DMP Diabetes – Therapie aktiv gemeinsam mit dem Hausarzt durchführt.
Standort	Rohrbach an der Lafnitz
Beteiligte Berufsgruppen	Arzt für Allgemeinmedizin, DGKS, Ordinationsassistentinnen, Heilmasseurin
Organisationsform des Versorgungsmodells	Praxis für Allgemeinmedizin
Öffnungszeiten	Mo: - Di: 08:00-12:00 Mi: 08:00-12:00 Do: 08:00-12:00 Fr: 08:00-12:00 17:00-19:00 Sa: 08:00-10:00
Gesundheitsförderung/Prävention	Impfberatung, ernährungsmedizinische Beratung, Kurse und Vorträge in Schulen z.B. Ernährung, Hygiene
Versorgung spezieller Zielgruppen	Geriatrische Patienten, Schmerzpatienten, Diabetes-Patienten
Sprachen	Deutsch, Englisch, Französisch*
Finanzierung des Versorgungsmodells	Kassenvertrag, Hausapotheke, Distriktarzt

*Sprachkenntnisse wurden nicht öffentlich gemacht.

3.3.2.11. Praxis für Allgemeinmedizin Dr. Franz Xaver Wehle, Institut für Physikalische Therapie, Wahlarzt Dr. Robert Trnoska

Ausgangssituation	Einerseits war der Bedarf der Spezialisierung auf den Bewegungsapparat da, weil die umliegenden Ärzte diesen Schwerpunkt nicht hatten. Andererseits war durch die Zusatzausbildungen von Dr. Wehle (z.B. Manualtherapie, Akupunktur) klar, dass in seiner eigenen Praxis bestimmte Schwerpunkte gesetzt werden sollen.
Initiator	Dr. Franz Xaver Wehle
Gründungsjahr	1983
Kurzbeschreibung des innovativen Konzepts	Dr. Wehle arbeitet gemeinsam mit einer Dipl. Krankenschwester, 3 Ordinationsassistentinnen, 3 Physiotherapeuten und einem Wahlarzt zusammen, wodurch eine umfassende Versorgung möglich ist.
Standort	Tobelbad
Beteiligte Berufsgruppen/ Kooperationspartner	1 Allgemeinmediziner, 1 Dipl. Krankenschwester, 3 Ordinationsassistentinnen/ 3 Physiotherapeuten, 1 Wahlarzt
Organisationsform	Praxis für Allgemeinmedizin (mit Kassenvertrag), Praxis für Allgemeinmedizin (ohne Kassenvertrag), Institut für Physikalische Medizin
Öffnungszeiten	Mo: 08:00-12:00 Di: 08:00-12:00 Mi: 15:00-18:00 Do: 08:00-12:00 Fr: 08:00-12:00 Sa: -
Gesundheitsförderung/Prävention	Ernährungsberatung, Bewegungsberatung
Versorgung spezieller Zielgruppen	Menschen mit Problemen an der Wirbelsäule und am Bewegungsapparat
Sprachen	Deutsch, Englisch, Rumänisch
Finanzierung	Kassenvertrag, Privathonorare

3.3.3. Analyse erfüllter Primary-Health-Care-Merkmale der In Primos

Eine Übersicht über die Ergebnisse zur Analyse ist in Tabelle 5 gegeben.

1. Das Team

Unter den identifizierten innovativen (hausarztzentrierten) Primärversorgungsmodellen waren überwiegend Einzelarztpraxen für Allgemeinmedizin, aber auch eine allgemeinmedizinische Gruppenpraxis, ein Ärztezentrum und ein allgemeinmedizinisches Ambulatorium.

Sechs von elf In Primos hatten eine angestellte DGKS, alle hatten mindestens eine Ordinationsassistenz. Die Aufgaben der Pflegekräfte umfassen beispielsweise die Wundversorgung und die Unterstützung im Disease Management Programm „Therapie aktiv – Diabetes im Griff“. Es war in den Interviews eine Diskrepanz in der Einstellung zwischen den Allgemeinmedizinern mit Pflegekräften und ohne Pflegekräfte in der Ordination wahrnehmbar. Während die einen keine finanzielle Möglichkeit sehen, eine Pflegefachkraft anzustellen, können sich die anderen aus dem Ordinationsalltag eine Pflegefachkraft kaum mehr wegdenken.

Neun der elf In Primos hatten zumindest eine weitere Berufsgruppe aus dem erweiterten Primärversorgungsteam angestellt oder kooperierten mit einer dieser Berufsgruppen. In den meisten Fällen waren dies Physiotherapeuten, Ernährungsberater (bzw. Diätologen), Psychologen und Psychotherapeuten, seltener Logopäden, Ergotherapeuten, Sportwissenschaftler, Hebammen und Sozialarbeiter. In einigen Fällen erweitert die Berufsgruppe, mit der kooperiert wird, das Leistungsangebot des gesetzten Schwerpunkts in der Praxis. Es wurde häufig erwähnt, dass eine gute Kooperation mit den mobilen Pflegediensten besteht. Organisatorisch waren diese in allen Fällen getrennt und nicht „unter einem Dach“.

2. Zugang

Über erweiterte Öffnungszeiten (>25 Stunden/Woche) verfügt nur die Ordinationsgemeinschaft Carneri, welche auch die einzige identifizierte innovative (hausarztzentrierte) Gruppenpraxis ist. Die Tatsache, dass Öffnungszeiten mit anderen Hausärzten so abgestimmt sind, sodass möglichst viele Stunden in der Woche ein Hausarzt in der Region geöffnet hat, wurde nur dann – im Sinne eines dezentralen Netzwerks – berücksichtigt, wenn die anderen Hausärzte auch weitere PHC-Merkmale erfüllten und als In Primo gewertet werden konnten. Dies traf jedoch bei keinem der identifizierten In Primos zu.

Neun von elf In Primos haben am Tagesrand geöffnet und drei haben auch samstags geöffnet. Neun verfügen über eine Website, welche die Kontaktaufnahme per Email oder Kontaktformular, eine Online-Terminreservierung oder eine Bestellung eines Dauerrezepts ermöglicht.

3. Umfassende, niederschwellige Versorgung

Alle Hausarztpraxen gaben an, Hausbesuche zu machen. Die Caritas Marienambulanz bietet keine Hausbesuche im herkömmlichen Sinn an, hat jedoch durch die rollende Ambulanz einen aufsuchenden Dienst für Menschen mit erschwertem Zugang zum Gesundheitssystem (z.B. Obdachlose). Die rollende Ambulanz sucht einmal in der Woche gezielt Plätze auf (z.B. Vinzidorf, öffentliche Plätze), um solchen Menschen eine Basisversorgung anzubieten. Ist eine weitere Versorgung notwendig, wird ihnen empfohlen, in die Marienambulanz zu kommen.

Gesundheitsförderung und Primärprävention wird von allen außer der Marienambulanz angeboten. Es werden in erster Linie verhaltenspräventive Angebote gesetzt. Bei diesen Angeboten geht es neben der Vorsorgeuntersuchung und Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen meist um Impfberatung sowie Lifestyle-Beratung wie Ernährungs-, Bewegungs- und Raucherberatung. Die Impfberatung wird von den Ärzten erbracht, die Lifestyle-Beratung wird zum Teil selbst oder durch Mitarbeiter und Kooperationspartner (z.B. Ernährungsberater) erbracht. Dr. Thalhammer gab an, auch Vorträge im Bereich Ernährung und Hygiene zu halten, Dr. Hirschberger hält Vorträge zur psychischen Gesundheit. Die Marienambulanz hatte bereits Gesundheitsförderungsangebote in Kooperation mit Styria vitalis. Es zeigte sich allerdings, dass die Gesundheitsförderung und Prävention für die Zielgruppe kaum Thema ist, weil sie sich meist in schwierigen, sozialen Situationen befinden. Ansätze zur Verhältnisprävention und zur settingbezogenen Gesundheitsförderung gibt es innerhalb der identifizierten Modelle keine.

Dem Primary-Health-Care-Merkmal „Versorgung spezieller Zielgruppen“ werden die gefundenen In Primos sehr umfassend gerecht. In den In Primos werden einige Zielgruppen, die in vielen Allgemeinpraxen versorgt werden, speziell betreut. Dazu gehören insbesondere geriatrische Patienten (3 In Primos), Schmerzpatienten (3 In Primos), Palliativpatienten (2 In Primos), Diabetes-Patienten (2 In Primos), Patienten mit psychosomatischen Beschwerden (1 In Primo) und Beschwerden am Bewegungsapparat (1 In Primo), Herzkrankte (1 In Primo) und adipöse Patienten (1 In Primo), welche durch das Angebot der Allgemeinmedizinpraxis (z.B. Diabetes-Hotline) und die Weiterbildung im Team besonders profitieren. Zusätzlich

bietet eine Hausarztpraxis eine sexualmedizinische Beratung an, eine weitere Hausarztpraxis betreut Patienten, die eine Substitutionstherapie machen. Die Marienambulanz bietet ein spezifisches Angebot für obdachlose Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund, psychischen Krankheiten und generell mit erschwertem Zugang zum Gesundheitssystem an. Lediglich eine Hausarztpraxis hat dieses Merkmal nicht erfüllt. Diese Hausarztpraxis hat einen sportmedizinischen Schwerpunkt, welcher als spezielles Angebot zur Leistungssteigerung, meist aber nicht zu therapeutischen und präventiven Zwecken, eingesetzt wird. Daher wurde die Zielgruppe der Sportler nicht angerechnet.

In Bezug auf die Berücksichtigung unterschiedlicher Kulturen zeigte sich, dass in vielen In Primos umfassende Sprachkenntnisse abseits von Deutsch und Englisch im Team vorhanden sind, diese aber bisher nicht öffentlich gemacht wurden. Auch werden Sprachbarrieren häufig nicht als problematisch empfunden, weil meist deutsch-sprechende Angehörige als Begleitperson in die Arztpraxis mitgenommen werden. Nur zwei der In Primos geben die Sprachkenntnisse auch auf der Homepage an. Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen finden bei zwei In Primos durch entsprechende Kenntnisse aufgrund eines längeren Auslandsaufenthalts der Hausärzte, bei drei In Primos durch den eigenen kulturellen Hintergrund oder den eines Teammitglieds besser Berücksichtigung. Lediglich in der Marienambulanz werden Mitarbeiter für spezielle kulturelle Themen geschult.

4. Koordinierte, kontinuierliche Versorgung

Termine werden mit Ausnahme der Marienambulanz in den innovativen (hausarztzentrierten) Primärversorgungsmodellen nur bei Bedarf für Patienten organisiert. Eine Terminorganisation erfolgt in der Regel in den Hausarztpraxen nur dann, wenn davon auszugehen ist, dass der Patient alleine nicht zurechtkommen würde und keinen Angehörigen zur Hilfe hat. In den meisten Ordinationen werden für viele Patienten stationäre Aufenthalte organisiert. Für Menschen, die im Arbeitsleben stehen, wäre die Terminorganisation aufgrund einer komplexen Koordination mit anderen persönlichen Terminen schwer durchführbar. Von diesen Menschen ist dies auch oft – so die Berichte in den Interviews – nicht gewünscht. Routineuntersuchungen bei Fachärzten werden meistens nicht organisiert, weil diese keine Dringlichkeit haben und die Entscheidung, die Überweisung tatsächlich wahrzunehmen beim Patienten liegt. Einige interviewte Ärzte sehen das Organisieren von Terminen für Patienten als eine Entmündigung der Patienten und als Gegensatz zur geforderten Gesundheitskompetenz von Patienten.

Ein standardisiertes Aufnahme- und Entlassungsmanagement wird in vier der elf In Primos durchgeführt. In den meisten Arztpraxen gibt es Ansätze für ein Aufnahme- und Entlassungsmanagement und ein damit speziell verbundenes Medikationsmanagement. Häufig wird es jedoch aus Zeitgründen nicht konsequent umgesetzt.

Am Disease Management Programm „Therapie aktiv – Diabetes im Griff“ nehmen alle In Primos teil. Lediglich die Marienambulanz bietet keine engmaschige, kontinuierliche Begleitung einer weiteren chronischen Erkrankung an. Das Primary-Health-Care-Merkmal „Förderung des Selbstmanagements“ erfüllen sechs Einrichtungen.

5. Weitere Merkmale

Sechs innovative (hausarztzentrierte) Primärversorgungsmodelle nutzen ihre EDV umfassend (inklusive Erinnerungssystem für den Arzt).

Es gaben neun Allgemeinmedizinpraxen an, zertifizierte Lehrpraxen zu sein. Die Marienambulanz ist keine zertifizierte Lehrpraxis, bietet aber die Möglichkeit für Praktika in der Pflegeausbildung, in der Sozialarbeit und für Dolmetscher an.

Tabelle 5: Analyse der Primary-Health-Care-Merkmale der In Primos

Primärversorgungsmodell	Team				Zugang				Umfassende, niederschwellige Versorgung					Koordinierte, kontinuierliche Versorgung				Weitere Merkmale	
	Hausarzt	DGKP	Ordinationsassistenz	Weitere Berufe	Erweiterte Öffnungszeiten	Öffnungszeiten am Tagesrand	Öffnungszeiten am Wochenende	Webdienste	Hausbesuche/ aufsuchende Dienste	Gesundheitsförderung & Primärprävention	Versorgung spezieller Zielgruppen	Sprachkenntnisse	Schulung oder anderer Kulturhintergrund eines Teammitglieds	Terminorganisation	Aufnahme- und Entlassungsmanagement	Therapie aktiv und Begleitung chronisch Kranker	Förderung des Selbstmanagements	Umfassende EDV-Nutzung	Lehrpraxis oder Ausbildungsstätte
Caritas Marienambulanz	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✓
Ordinationsgemeinschaft Carneri	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✗
Praxis für Allgemeinmedizin Dr. ⁱⁿ Dettelbacher	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✓
Praxis für Allgemeinmedizin Dr. Fitzek, Ärztezentrum A-Z Weiz	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✓
Praxis für Allgemeinmedizin Dr. Hirschberger	✓	✗	✓	✓	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✓	✓	✗	✓	✓
Praxis für Allgemeinmedizin Dr. Holler	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✗	✗	✓
Praxis für Allgemeinmedizin Dr. Lachini	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓
Praxis für Allgemeinmedizin Dr. Moser	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✗	✗	✓	✗	✗	✓	✓	✗	✓
Praxis für Allgemeinmedizin Dr. Moussa	✓	✗	✓	✗	✗	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✗	✓	✓	✓	✓
Praxis für Allgemeinmedizin Dr. Thalhammer	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✓
Praxis für Allgemeinmedizin Dr. Wehle	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓

3.3.4. Styriamed.net

Styriamed.net stellt eine spezielle Plattform für die Primärversorgung dar und wurde in Rückmeldungen insgesamt achtmal genannt. Der ausgearbeitete Leitfaden und die Erfüllung der Primary-Health-Care-Merkmale konnten nicht auf Styriamed.net angewendet werden, weil Styriamed.net selbst keine Patienten versorgt. Auf eine Analyse der Primary-Health-Care-Merkmale wurde daher verzichtet. Es wurde ein gesonderter Interviewleitfaden (Anhang 4) ausgearbeitet. Das Interview dauerte 51 Minuten.

Ausgangssituation	Die Idee von Styriamed.net ist durch die Vernetzung der Partner im Gesundheitssystem die Patientenversorgung gezielter und effizienter zu steuern und dabei den niedergelassenen Bereich zu stärken.
Initiatoren	Dr. Routil (Ärztchammer) Dr. Kaiba (Ärztchammer)
Gründungsjaar	2009
Kurzbeschreibung des innovativen Konzepts	Durch die Vernetzung und engere Kooperation von niedergelassenen Allgemeinärzten, Fachärzten und der Ärzte in den Spitalsambulanzen sollen die Patientenwege kürzer gehalten, Doppeluntersuchungen reduziert, die Kosteneffizienz im Gesundheitssystem gesteigert sowie die Informiertheit einzelner Hausärzte über ihre Patienten gesteigert werden. Innerhalb einzelner, regionaler Verbände sollen regionale Projekte initiiert werden (z.B. integrierte Schmerzversorgung in Hartberg-Fürstenfeld).
Regionen	Bruck-Kapfenberg, Deutschlandsberg, Graz-Umgebung Nord, Hartberg-Fürstenfeld, Leibnitz, Leoben, Liezen, Murtal, Südost-Steiermark
Beteiligte Berufsgruppen und Kooperationspartner	Hausärzte, niedergelassene Fachärzte und Fachärzte aus Spitalsambulanzen Weitere nicht-ärztliche Berufsgruppen werden in Zukunft integriert (z.B. Apotheken).
Organisationsform des Versorgungsmodells	Vereine und lose Verbände
Öffnungszeiten	Die Öffnungszeiten werden in den regionalen Verbänden unter den Kollegen eines Faches abgestimmt.
Gesundheitsförderung/Prävention	-
Versorgung spezieller Zielgruppen	Es profitieren vor allem chronisch Kranke von der verstärkten Kooperation.
Sprachen	-
Finanzierung des Versorgungsmodells	Ehrenamtliche Tätigkeit der Ärzte, Ärztekammer

4. Diskussion

Es konnten elf innovative (hausarztzentrierte) Primärversorgungsmodelle identifiziert werden, wobei keines davon als dezentrales Netzwerk fungiert.

Die Intention des Projektes war es, möglichst alle innovativen (hausarztzentrierten) Primärversorgungsmodelle in der Steiermark zu erfassen. Gründe, warum dies nicht gelungen sein könnte, sind, dass möglicherweise nicht alle potenziellen (hausarztzentrierten) Primärversorgungsmodelle im Schneeballverfahren genannt wurden sowie dass einige möglicherweise in Frage kommende Einrichtungen (aus Zeitgründen, Desinteresse, falscher eigenen Einschätzung oder einem anderen Grund) keine Rückmeldung gaben oder nicht an dem Projekt teilnehmen wollten. Rückmeldungen unterschiedlicher Einrichtungen zeigten zum Teil eine im Vorhinein andere Selbsteinschätzung im Vergleich zu den Ergebnissen, die sich nach weiteren Gesprächen mit den Personen aus den Einrichtungen ergaben (Fehleinschätzung im Sinne einer Über- oder Unterschätzung). Durch die aktuelle politische Debatte rund um die Gesundheitsreform und die zum Teil damit verbundene Polarisierung unter einigen Ärzten war die Durchführung des Projektes zusätzlich erschwert. Trotzdem wird auch nach der Durchführung des Projektes das Schneeballverfahren zur Identifikation potenzieller innovativer (hausarztzentrierter) Primärversorgungsmodelle vom Projektteam als eine sehr effiziente Methode eingeschätzt.

Die Primary-Health-Care-Merkmale waren nur teilweise objektiv gut beurteilbar (z.B. Öffnungszeiten am Tagesrand). Die Bewertungen von einigen Merkmalen (z.B. Versorgung spezieller Zielgruppen, Aufnahme- und Entlassungsmanagement) mussten in einem Konsensusprozess im Projektteam vorgenommen werden. Die Schwierigkeit dabei war nicht nur die Beurteilung komplexer Prozesse, sondern auch, das Gesagte des Interviewten zu objektivieren und sich von der Überzeugung des Interviewten zu distanzieren. Aus diesem Grund wird empfohlen, die Merkmale bei einer möglichen künftigen Nutzung zu zweit zu beurteilen (Interviewer und eine weitere Person).

Insgesamt wirft das Projekt die Frage auf, ob alle Elemente aus dem Konzept „Das Team rund um den Hausarzt“⁽³⁾ erfüllt werden müssen, damit man von dessen Umsetzung sprechen kann oder ob es bestimmte Grundelemente gibt, die als „Mindeststandard“ (z.B. das Kernteam und Öffnungszeiten) gelten.

Die Kriterien waren in diesem Projekt so definiert, dass theoretisch auch eine „Community Nurse“ – wie sie in anderen Ländern bekannt ist – oder ein anderes denkbare Modell im Bereich der Primärversorgung als In Primo gewertet werden kann. Es konnte jedoch kein solches Modell identifiziert werden, was wiederum zeigt, dass die innovative Primärversorgung derzeit in den Händen der Allgemeinmediziner liegt.

Es gibt wenig identifizierte innovative (hausarztzentrierte) Primärversorgungsmodelle, welche lange Öffnungszeiten (> 25 Stunden/Woche) anbieten. Ein Grund dafür könnte sein, dass Gruppenpraxen bisher von den Ärzten aufgrund der derzeitigen Rahmenbedingungen kaum angenommen und umgesetzt werden, obwohl das Interesse daran hoch ist ⁽¹⁵⁾. Ein Modell, das wir im Rahmen des Projektes bei In Primos und anderen Hausarztpraxen mit innovativen Ansätzen gefunden haben, sind erweiterte Servicezeiten, in denen ein Ordinationsassistent auch außerhalb der ärztlichen Sprechstunden telefonisch erreichbar ist. So können organisatorische Anfragen (z.B. Terminvereinbarungen, Auskünfte, Rezeptbestellungen) auch außerhalb der ärztlichen Anwesenheitszeiten erledigt oder zumindest vorbereitet werden. Dadurch wird das Zeitfenster für eine Kontaktaufnahme durch Patienten mit der Ordination erweitert. Gleichzeitig bieten beinahe alle In Primos Ordinationszeiten am Tagesrand an. Häufig sind diese auch mit anderen Hausärzten in der Region abgestimmt. Nur wenige jedoch haben auch samstags geöffnet.

Im Rahmen des Projektes wurde die Frage aufgeworfen, ob und inwiefern ein einziges Primärversorgungsmodell den Spagat zwischen sehr niederschwelliger Versorgung für soziale Randgruppen und Gesundheitsförderung schaffen kann. Obgleich die Gesundheitsförderung darauf abzielt, auch benachteiligte Gruppen anzusprechen ⁽¹⁶⁾, gelingt dies häufig nicht ⁽¹⁷⁾. Auch die Erfahrungen der Marienambulanz untermauern dies. Eine Praxis für Primärversorgung könnte jedoch ein geeigneter Ort sein, in dem nicht nur der Ansatz der Pathogenese, sondern auch der Salutogenese aufgegriffen wird ⁽¹⁸⁾. Für die Umsetzung einer umfassenden Gesundheitsförderung ⁽¹⁹⁾ werden auch entsprechend ausgebildete Gesundheitsprofessionen im Primary-Health-Care-Team benötigt.

Dem Anspruch der transkulturellen Kompetenz, die auf Einstellungen, Kenntnissen und Know-how beruht ⁽²⁰⁾, werden Praxen derzeit nur dadurch gerecht, dass sich im Team ein Teammitglied befindet, das einen eigenen Migrationshintergrund besitzt. Insgesamt scheint die Thematik der kulturellen Diversität in Allgemeinpraxen (mit Ausnahme der Marienambulanz) bisher nicht angekommen zu sein. Auch im Bereich der koordinierten, kontinuierlichen Versorgung konnte kaum eines der In Primos alle PHC-Merkmale erfüllen.

Die Idee aus dem Konzept, dass Termine für alle Patienten von der Primärversorgungseinrichtung vereinbart werden, scheint auf Basis der Informationen aus den Interviews wegen der komplexen Koordination mit anderen persönlichen Terminen der Patienten und der Selbstbestimmung der Patienten schwer umsetzbar und wenig zielführend. Es wäre daher sinnvoll das Kriterium so umzuformulieren, dass lediglich bei Menschen, bei denen ein entsprechender Bedarf (z.B. keine Angehörigen, Sprachbarrieren, akute Fälle) festgestellt wird, eine Terminorganisation aktiv von der Primärversorgungseinrichtung angeboten werden sollte.

Der regionale Ärzteverbund Styriamed.net wurde zwar häufig im Rahmen des Projektes in den Rückmeldungen genannt, fällt aber als eine Vernetzungsplattform nicht in die Definition eines Primärversorgers. Dennoch kann Styriamed.net als Wegbereiter für die Umsetzung von Primary-Health-Care-Aspekten nützlich sein. Insbesondere bei der Abstimmung der Öffnungszeiten für dezentrale Netzwerke, bei der verbesserten Koordination von Terminen für Patienten und beim Aufnahme- und Entlassungsmanagement ergeben sich große Potentiale. Durch die ständige Weiterentwicklung von Styriamed.net könnten sich weitere Möglichkeiten ergeben.

5. Schlussfolgerungen

Die vorliegende Studie zeigt, dass es bereits innovative (hausarztzentrierte) Primärversorgungsansätze in der Steiermark gibt. Diese können als Ideengeber für die Entwicklung steirischer Primary-Health-Care-Pilotprojekte dienen.

Unklar bleibt derzeit, an welchen Grundelementen die Umsetzung des Konzepts „Das Team rund um den Hausarzt“⁽³⁾ festgemacht werden soll.

Referenzen

1. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary-Health-Care. Alma-Ata: 1978. URL:
http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.
2. Starfield B. Is primary care essential? Lancet 1994; 344(8930): 1129-1133.
3. Bundes-Zielsteuerungskommission. "Das Team rund um den Hausarzt". Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. 2014.
4. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q 2005; 83(3): 457-502.
5. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. Br J Gen Pract 2013; 63(616): e742-750.
6. Bundes-Zielsteuerungsvertrag abgeschlossen zwischen dem Bund, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, dem Land Burgenland, Land Kärnten, Land Niederösterreich, Land Oberösterreich, Land Salzburg, Land Steiermark, Land Tirol, Land Vorarlberg, Land Wien. 26.06.2013. URL:
<http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?&contentid=10008.564159&action=b&cacheability=PAGE>.
7. Tschachler E. Wunschzettel Primärversorgung. Das österreichische Gesundheitswesen - ÖKZ 2014; 2014(08-09).
8. Korsatko S. Evaluierung bestehender Netzwerke niedergelassener Allgemeinmediziner in der Steiermark [Master Thesis]. Graz: Medizinische Universität Graz/ FH JOANNEUM; 2015.
9. Gesundheits-Zielsteuergesetz § 3 Z 7. 2013.
10. Borbély E. J. A. Schumpeter und die Innovationsforschung. Budapest, Hungary: 2008. (6th International Conference on Management, Enterprise and Benchmarking).
11. Innovation. (Gabler Wirtschaftslexikon). URL:
<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/innovation.html>.

12. WONCA Europe. Die europäische Definition der Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin. 2002. URL: http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/EUROPAISCHE_DEFINI%20TION%20DER_ALLGEMEINMEDIZIN_HAUSARZTMEDIZIN.pdf.
13. World Health Organization. World Health Report: Primary-Health-Care - Now More Than Ever. World Health Organization; 2008.
14. Przyborsk AW-S, M. Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag; 2014.
15. Riedler K. Gruppenpraxis mit besonderem Blick auf OÖ. Zeitschrift für Gesundheitspolitik 2013; (01): 69-92.
16. Weltgesundheitsorganisation. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Ottawa: Weltgesundheitsorganisation; 1986. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf.
17. Vallgarda S. Ethics, equality and evidence in health promotion Danish guidelines for municipalities. Scand J Public Health 2014; 42(4): 337-343.
18. Peckham S, Hann A, Boyce T. Health promotion and ill-health prevention: the role of general practice. Qual Prim Care 2011; 19(5): 317-323.
19. Bundesministerium für Gesundheit. Gesundheitsziele Österreich. 2013. URL: <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/>.
20. Althaus FH, P.; Domenig, B.; Green A. R.; Bodenmann, P. Transkulturelle Kompetenz in der medizinischen Praxis. Bedürfnisse, Mittel, Wirkung. Schweiz Med Forum 2010; 10(5): 80-83.

Anhang 1: Interviewleitfaden

Vorbereitung und Grundsätze für das leitfadengestütztes Interview

Vorbereitung:

Vor dem Interview Homepage der Einrichtung aufrufen, falls vorhanden. Öffnungszeiten und Webdienste werden recherchiert und ausgedruckt. Wenn keine Homepage verfügbar, werden die Öffnungszeiten auf www.docfinder.at nachgeschlagen und ausgedruckt.

Die Kriterien für die PHC-Merkmale sollten vorher durchgelesen werden, damit das Nachfragen leichter fällt.

Geschätzte Interviewdauer: ca. 1 Stunde

Mitzunehmen sind:

- Diktiergerät
- Interviewleitfaden
- Papier und Bleistift für Notizen
- Öffnungszeiten der Einrichtung ausgedruckt
- Adresse des Treffpunkts und Kontaktdaten des zu Interviewenden
- Ev. PHC-Merkmale für Analyse zum Nachsehen, ob noch etwas offen geblieben ist (Kriterien werden dem zu Interviewendem vor dem Interview nicht gezeigt!)
- Einverständniserklärung (schriftlich)

Grundsätze:

1. Das Interview soll in einer dem Alltag ähnlichen Situation stattfinden. Auch der Ort des Interviews sollte die Lebensnähe des Interviews unterstützen und in einer dem Befragten natürlich und bekannt erscheinenden Umgebung liegen.
2. Der zu Interviewende ist über Sinn, Zweck und Gegenstand des Interviews aufzuklären, ohne jedoch damit eine Prädetermination des inhaltlichen Verlaufs des Gesprächs zu provozieren. (Achtung: PHC ist ein sensibles Thema! Klarstellen, dass IAMEV ein akademisches und kein politisches Interesse an dem Thema hat.) Das Erfüllen von vorher festgelegten, aber dem zu Interviewenden unbekanntem Kriterien wird in der Interviewsituation erhoben. Das Erfüllen solcher Kriterien stellen besonders positive Eigenschaften in der Patientenversorgung dar.
3. Das Einverständnis zur audiotechnischen Aufzeichnung des Interviews ist einzuholen.
4. Das Interview wird vertraulich geführt. Anonymität ist normalerweise zu sichern. In diesem Fall ist ein Einverständnis einzuholen, dass der Name der Organisation und die ausgewerteten Daten (keine wörtliche Wiedergabe, sondern die Erfüllung der Kriterien!) des Primärversorgungsmodells an Auftraggeber (= Gesundheitsfonds Steiermark) weitergegeben werden dürfen.
5. Der zu Interviewende soll in einen Erzählfluss gebracht werden. Die Reihenfolge der Fragen ist logisch strukturiert. Durch die Interviewsituation (der zu Interviewende soll erzählen und keine kurzen Antworten geben) ist möglich, dass Fragen dadurch bereits gemeinsam mit einer anderen Frage beantwortet werden und die Reihenfolge so nicht eingehalten werden kann. Je nach Situation können Fragen vorgezogen werden.
6. Es gibt keine falschen und richtigen Antworten. Der Interviewer verhält sich interessiert-zurückhaltend und schafft eine sanktionsfreie Situation. In manchen Fällen sind solidarische Gesten hilfreich.
7. Keine wertenden Aussagen, keine Suggestivfragen (z.B. „Sie machen sicher viele Hausbesuche, oder?“)!

Leitfaden

1. Was ist an Ihrem Primärversorgungsmodell anders im Vergleich zur Regelversorgung durch den Hausarzt? Welche Besonderheiten (innovativen Elemente) gibt es Ihrer Meinung nach in Ihrem Primärversorgungsmodell?
2. Was war ausschlaggebend für die Umsetzung dieses Primärversorgungsmodells? Wie kam es zur Idee? Wer war federführend beteiligt in der Gründungs- und Startphase (Organisationen oder Personen)? Wann wurde das Primärversorgungsmodell gegründet?
3. *Falls nicht schon bekannt*: Wo ist der Standort des Primärversorgungsmodell?
4. Welche Berufsgruppen sind in Ihrem Modell (oder innerhalb Ihres Modells) an der Versorgung der Patientinnen und Patienten beteiligt (Hausarzt, DGKS/P, Ord.Ass., weitere Berufsgruppen)?
 - a. *Wenn vorhanden*: Welche Tätigkeiten führt die DGKS aus (eigenverantwortlich oder mitverantwortlich)? Ist sie in der Ordination angestellt?
 - b. Haben Sie Kooperationspartner, mit denen Sie besondere für Ihr Modell typische Vereinbarungen getroffen haben (z.B. schnellerer Termin, gemeinsame Befundbesprechung, gemeinsame Therapieplanung,...)?
5. Wie viele Hausbesuche pro Woche führen Sie in Ihrem Modell durch. Wer führt die Hausbesuche durch?
6. Gibt es spezielle Zielgruppen, die von Ihrem Primärversorgungsmodell besonders berücksichtigt werden (z.B. Kinder und Jugendliche, psychisch Kranke, ältere und multimorbide Personen, Obdachlose oder andere soziale Randgruppen)?
 - a. Gibt es im Team Fort- oder Weiterbildungen für spezielle Zielgruppen?
7. Inwiefern setzt das Primärversorgungsmodell Gesundheitsförderung und Primärprävention um? Geht es über die Durchführung von Vorsorgeuntersuchung und Mutter-Kind-Pass-Untersuchung hinaus z.B. Ernährungsberatung, Stillberatung, Bewegungseinheiten, Rauchentwöhnung, Vorträge etc.?
8. Welche Sprachen werden vom Team gesprochen (über Deutsch und Englisch hinaus)?
9. Wurde von Ihnen oder einem Teammitglied eine Schulung absolviert, die Ihnen hilft, mit kulturellen Unterschieden besser umzugehen? Gibt es ein Teammitglied mit einem anderen (nicht-deutschsprachigen) kulturellen Hintergrund?
10. Bieten Sie Patientinnen und Patienten an, Termine bei Fachärzten oder im Krankenhaus zu organisieren? *Wenn ja*: Unter welchen Umständen?
11. Gibt es standardisierte Prozesse (z.B. eine SOP) bei einer Einweisung (bzw. Überweisung) ins Krankenhaus? Übermitteln Sie bei Einweisung und bei Überweisung immer eine aktuelle Medikationsliste?
12. Gibt es standardisierte Prozesse (z.B. eine SOP) im Team, wie Sie mit Arztbriefen aus dem Krankenhaus umgehen? Wie gehen Sie damit um, wenn sich die Medikation (Dauermedikation vs. kurzzeitige Verschreibung z.B. Antibiotikum) des Patienten/der Patientin ändert? Wird die neue Medikation in der elektronischen Patientenakte angepasst?
13. Nehmen Sie am DMP Therapie aktiv – Diabetes im Griff teil? Begleiten Sie andere Patientengruppen standardisiert z.B. in Form von regelmäßigen Kontrollterminen? *Wenn ja*: welche Patientengruppen in welchen Intervallen?
14. Empfehlen Sie Ihren Patienten die Teilnahme an folgenden Programmen (aktiv, ohne dass der Patient selbst danach fragt)?
 - a. Herz.leben
 - b. Diabetesschulung
 - c. OAK-Selbstmanagementschulung
 - d. Gezielte Information über Selbsthilfegruppen
 - e. Ähnliches Beratungsangebot zur Förderung des Selbstmanagements

15. Elektronische Dokumentation
 - a. *Nur für Wahlärzte bzw. nicht-ärztliche Berufsgruppen:* Führen Sie eine elektronische Patientenakte (CAVE: nicht ELGA)?
 - b. *Wenn ja:* Nutzen Sie Erinnerungssysteme, die die Ordinationssoftware bietet (z.B. Erinnerung, wenn ein/e Diabetiker/in länger als 6 Monate nicht in Ordination war)?
 - c. Nutzen Sie die elektronische Befundübermittlung z.B. DAME?
16. Ich habe folgende Öffnungszeiten im Internet gefunden [*ausgedruckten Zettel mit Öffnungszeiten vorlegen*]. Sind diese noch aktuell?
 - a. *Falls keine Öffnungszeiten gefunden:* Wie sind Ihre Öffnungszeiten?
17. Haben Sie eine Website, auf der Sie bestimmte Services für Ihre Patientinnen und Patienten anbieten? *Wenn ja:* Welche?
18. Haben Sie eine Lehrpraxis (oder sind Sie eine Ausbildungsstätte für eine andere Berufsgruppe)?
19. *Falls nicht schon bekannt:* Welche Organisationsform hat das Primärversorgungsmodell? Besteht es aus einem Netzwerk oder ist es ein medizinisches Zentrum o.ä.? Sind die Mitarbeiter angestellt, selbstständig,...?
20. Finanzierung
 - a. *Falls keine Kassenvertragspraxis:* Wie wird das Primärversorgungsmodell finanziert (Privatzahlung vs. Krankenkassen bzw. Land)?
 - b. *Für alle Befragten:* Gibt es andere Zuzahlungen oder Querfinanzierungen (z.B. Hausapotheke)?
21. Wie wichtig finden Sie innovative Zusammenarbeitsformen (mit anderen Ärzten und nicht-ärztlichen Berufsgruppen)? Wie groß ist Ihr Interesse an multiprofessioneller, interdisziplinärer Arbeit in der Primärversorgung?

DANKE!

[Klein geschriebener Text sind Vorschläge für Fragen, falls das Gespräch ins Stocken gerät bzw. die Frage nicht genau genug beantwortet wurde, um die PHC-Kriterien zu bewerten.]

Anhang 2: Anschreiben und Rückmeldeformular



Medizinische Universität Graz

Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung

Postanschrift: Auenbruggerplatz 2/9
Haus: Auenbruggerplatz 20/III
8036 Graz

An

Einrichtung
z.H. Titel Vorname Nachname, Titel
Straße Nr.
PLZ Ort

Univ.-Prof. Dr. med. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch
Institutsleitung
andrea.siebenhofer@medunigraz.at
Tel: +43 316 385 / 73558

Elisabeth Schallmajer
Teamassistentin
elisabeth.schallmajer@medunigraz.at
Tel: +43 316 385 / 73555
Fax: +43 316 385 / 79654

TT. Monat JJJJ

Bitte um Ihre Unterstützung in unserem Projekt „In Primo“

Sehr geehrte Damen und Herren!

Im Rahmen des Projekts „**In Primo – Innovative (hausärztliche) Primärversorgungsmodelle in der Steiermark: Identifikation und Analyse**“ wollen wir Sie um Unterstützung bitten.

Ziel des Projekts ist die steiermarkweite Bestandsaufnahme und Charakterisierung innovativer (hausarztzentrierter) Primärversorgungsmodelle.

Innovativ bedeutet aus unserer Sicht, dass sich die Praxen besonders durch Teamarbeit, erweiterten Zugang mit umfassender, niederschwelliger und/oder koordinierter bzw. kontinuierlicher Versorgung auszeichnen. Nachfolgend finden Sie auf Seite 2 und 3 Details des Projekts.

Sollten Sie also Praxen oder Einrichtungen kennen oder selbst eine Einrichtung führen, **die mehrere dieser Kriterien für innovative (hausärztliche) Primärversorgungsmodelle** erfüllt, dann nennen Sie uns bitte per beiliegendem Antwortschreiben deren Namen und nach Möglichkeit auch deren Kontaktdaten. Sie können uns auch gerne weitere Personen oder Einrichtungen nennen, die uns bei der Suche nach innovativen Primärversorgungsmodellen weiterhelfen könnten.

Wir würden uns über Ihre Unterstützung sehr freuen. Vielen Dank im Voraus!

Ihr Projektteam


Muna Abuzahra, BSc, MA
Projektleitung


Univ.-Prof. Dr. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch
Institutsleitung

Medizinische Universität Graz, Auenbruggerplatz 2, 8036 Graz, www.medunigraz.at

Rechtsform: Juristische Person öffentlichen Rechts gem. Universitätsgesetz 2002. Information: Mitteilungsblatt der Universität und www.medunigraz.at. DVR-Nr. 210 9494.
UID: ATU 575 111 79. Bankverbindung: UniCredit Bank Austria AG IBAN: AT93 1200 0500 9484 0004, BIC: BKAUATWW
Raiffeisen Landesbank Steiermark IBAN: AT44 3800 0000 0004 9510, BIC: RZSTAT2G

„In Primo – Innovative (hausärztliche) Primärversorgungsmodelle in der Steiermark: Identifikation und Analyse“

Ziel des Projekts ist die steiermarkweite Bestandsaufnahme und Charakterisierung innovativer (hausarztzentrierter) Primärversorgungsmodelle. Einerseits soll ein Pool an Versorgungskonzepten erstellt werden, der als Anregung für die Entwicklung der steirischen Primary Health Care-Pilotprojekte dient, andererseits sollen in den einzelnen, identifizierten Modelle die jeweiligen, bereits vorhandenen Strukturen und Merkmale eines Primary Health Care-Konzepts erkannt werden.

Als Ergebnis des Projekts soll ein Katalog mit bereits umgesetzten und innovativen, steirischen Versorgungsmodellen im niedergelassenen Bereich vorliegen.

Die Identifikation innovativer (hausärztlicher) Primärversorgungsmodelle erfolgt mittels Schneeballprinzip. Dabei wenden wir uns an Personen im Gesundheitswesen und bitten diese, potentielle innovative (hausärztliche) Primärversorgungsmodelle und/oder weitere Personen bzw. Organisationen zu nennen, die uns weiterhelfen könnten. Indem alle Informanten nach weiteren, möglichen Informanten gefragt werden, wird der Kreis der Befragten kontinuierlich erweitert.

Wir bitten Sie, potentiell innovative (hausärztliche) Primärversorgungsmodelle oder Personen/Organisationen, die uns weiterhelfen könnten, auf dem beigefügten Antwortschreiben zu nennen.

Die gesuchten innovativen Hausarztmodelle oder andere Primärversorgungsmodelle sollten sich durch

- Teamarbeit (z.B. DGKS, Physiotherapeuten etc. im Team),
- Zugang (z.B. erweiterte Öffnungszeiten),
- umfassende, niederschwellige Versorgung (z.B. Versorgung besonderer Zielgruppen, Gesundheitsförderungsangebote o. ä.) und/oder
- koordinierte, kontinuierliche Versorgung (z.B. Förderung des Selbstmanagements, Aufnahme- und Entlassungsmanagement)

besonders auszeichnen.

Es werden Versorgungsmodelle **mit und ohne Kassenvertrag** berücksichtigt. **Ausgeschlossen werden Ambulanzen und Ambulatorien**, die an Krankenhäusern und Krankenkassen angegliedert sind und/oder einem spezialisierten Versorgungsauftrag nachkommen.

Medizinische Universität Graz, Auenbruggerplatz 2, A-8036 Graz. www.medunigraz.at

Rechtsform: Juristische Person öffentlichen Rechts gem. Universitätsgesetz 2002. Information: Mitteilungsblatt der Universität und www.medunigraz.at. DVR-Nr. 210 9494. UID: ATU 575 111 79. Bankverbindung: Bank Austria Creditanstalt BLZ 12000 Konto-Nr. 500 948 400 04, Raiffeisen Landesbank Steiermark BLZ 38000 Konto-Nr. 49510.

Was ist ein innovatives (hausärztliches) Primärversorgungsmodell?

(Hausärztliche) Primärversorgungsmodelle sollten in **etwa die Hälfte der in der Tabelle genannten Aspekte erfüllen**, damit sie **als innovativ** eingestuft werden.

Beispiele für potenziell innovative Primärversorgungsmodelle:

- Eine **Praxis für Allgemeinmedizin**, die erweiterte Öffnungszeiten, Hausbesuche, Gesundheitsförderungsangebote wie Raucherberatung, besondere Leistungen für psychisch Kranke und zur Förderung des Selbstmanagements anbietet. Dies ist unabhängig davon, ob ein/e Diplomierte/r Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger in dieser Praxis tätig ist.
- Eine **Gemeindeschwester**, die, z.B. auf privater Honorarbasis, in einer Region als Case Managerin tätig ist, präventive Hausbesuche durchführt, mit unterschiedlichen Berufsgruppen eng kooperiert und zusätzlich mehrere Sprachen spricht.

Nr.	Aspekt der Primärversorgung
1	Team
1a	Hausarzt/-ärztin
1b	DGKP/DGKS
1c	Ordinationsassistenten
1d	Weitere Berufsgruppen
2	Zugang (Öffnungszeiten und Webdienste)
2a	Erweiterte Öffnungszeiten
2b	Öffnungszeiten am Tagesrand
2c	Öffnungszeiten am Wochenende
2d	Webdienste
3	Umfassende, niederschwellige Versorgung
3a	Hausbesuche/ aufsuchende Dienste
3b	Gesundheitsförderung/ Prävention
3c	Versorgung spezieller Zielgruppen
3d	Berücksichtigung unterschiedlicher Kulturen: Sprachkenntnisse
3e	Berücksichtigung unterschiedlicher Kulturen: Schulung oder anderer Kulturhintergrund eines Teammitglieds
4	Koordinierte, kontinuierliche Versorgung
4a	Terminorganisation
4b	Aufnahme- und Entlassungsmanagement
4c	Therapie aktiv und Begleitung chronisch Kranker
4d	Förderung des Selbstmanagements
5	Weitere Elemente
5a	Umfassende EDV-Nutzung
5b	Lehrpraxis bzw. Ausbildungsstätte

Für weitere Fragen wenden Sie sich bitte an

Muna Abuzahra, BSc, MA
 Tel. 0316/ 385-73560
 Email: muna.abuzahra@medunigraz.at

Medizinische Universität Graz, Auenbruggerplatz 2, A-8036 Graz. www.medunigraz.at

Rechtsform: Juristische Person öffentlichen Rechts gem. Universitätsgesetz 2002. Information: Mitteilungsblatt der Universität und www.medunigraz.at. DVR-Nr. 210 9494. UID: ATU 575 111 79. Bankverbindung: Bank Austria Creditanstalt BLZ 12000 Konto-Nr. 500 948 400 04, Raiffeisen Landesbank Steiermark BLZ 38000 Konto-Nr. 49510.



ANTWORTSCHREIBEN

Bitte per Fax an 0316/385-79654 oder per Mail an muna.abuzahra@medunigraz.at senden.

„In Primo – Innovative (hausärztliche) Primärversorgungsmodelle in der Steiermark: Identifikation und Analyse“

Rückmeldung von: Name der Institution (Serienbrief)
Name der Person (Serienbrief)

Welche Allgemeinmedizinpraxen oder andere (hausärztliche) Primärversorgungseinrichtungen in der Steiermark sind innovativ?

Innovatives (hausärztliches) Primärversorgungsmodell oder weitere Kontaktperson

Primärversorgungsmodell Weitere Kontaktperson

Name:

Straße Nr.:

PLZ Ort:

Telefon-Nr.:

E-Mail:

Innovatives (hausärztliches) Primärversorgungsmodell oder weitere Kontaktperson

Primärversorgungsmodell Weitere Kontaktperson

Name:

Straße Nr.:

PLZ Ort:

Telefon-Nr.:

E-Mail:

Innovatives (hausärztliches) Primärversorgungsmodell oder weitere Kontaktperson

Primärversorgungsmodell Weitere Kontaktperson

Name:

Straße Nr.:

PLZ Ort:

Telefon-Nr.:

E-Mail:

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!
Ihr IAMEV-Team

Medizinische Universität Graz, Auenbruggerplatz 2, 8036 Graz, www.medunigraz.at

Rechtsform: Juristische Person öffentlichen Rechts gem. Universitätsgesetz 2002. Information: Mitteilungsblatt der Universität und www.medunigraz.at. DVR-Nr. 210 9494.
UID: ATU 575 111 79. Bankverbindung: UniCredit Bank Austria AG IBAN: AT93 1200 0500 9484 0004, BIC: BKAUATWW
Raiffeisen Landesbank Steiermark IBAN: AT44 3800 0000 0004 9510, BIC: RZSTAT2G

Anhang 3: Einverständniserklärung

Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte
Versorgungsforschung (IAMEV)

Univ.-Prof. Dr. med. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch



Medizinische Universität Graz

Projekt „In Primo“ Innovative (hausarztzentrierte) Primärversorgungsmodelle in der Steiermark: Identifikation und Analyse

Ziel des Projekts ist die steiermarkweite Bestandaufnahme und Charakterisierung innovativer (hausarztzentrierter) Primärversorgungsmodelle. Als Ergebnis des Projekts soll ein Katalog mit bereits umgesetzten, innovativen, steirischen Versorgungsmodellen im niedergelassenen Bereich vorhanden sein. Diese sollen auf Aspekte des österreichischen Primary-Health-Care-Konzepts analysiert werden. Dadurch wird der aktuelle IST-Zustand in der Steiermark abgebildet.

Die gefundenen, bereits bestehenden, innovativen Primärversorgungskonzepte sollen als Beispiele dienen, wie die Primärversorgung unter dem Aspekt von Primary-Health-Care weiterentwickelt werden kann. Dadurch kann gewährleistet werden, dass die Erfahrungen der in der Praxis tätigen Hausärzte und deren Versorgungsmodelle in die künftige Patientenversorgung einfließen.

Auftraggeber: Gesundheitsfonds Steiermark
Kontakt & Projektleitung: Muna Abuzahra, BSc, MA
IAMEV, Medizinische Universität Graz
Email: muna.abuzahra@medunigraz.at, Tel. 0316/ 385-73560

Einverständniserklärung zum Interview

Ich erkläre mich dazu bereit, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts an einem Interview teilzunehmen. Ich wurde über das Ziel und den Verlauf des Forschungsprojekts informiert. Ich kann das Interview jederzeit abbrechen und meine Einwilligung in eine Aufzeichnung und Analyse des Interviews zurückziehen, ohne dass mir dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

- Ich bin damit einverstanden, dass das Interview mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet wird.

- Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse des Interviews in Form einer tabellarischen Charakterisierung und einer Analyse auf Primärversorgungsstrukturen an den Auftraggeber und in wissenschaftlichen Veröffentlichungen nicht anonymisiert weitergegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Anhang 4: Modifizierter Interviewleitfaden für Styriamed.net

Vorbereitung und Grundsätze für das leitfadengestütztes Interview

Vorbereitung:

Geschätzte Interviewdauer: ca. 1 Stunde

Mitzunehmen sind:

- Diktiergerät
- Interviewleitfaden
- Papier und Bleistift für Notizen
- Öffnungszeiten der Einrichtung ausgedruckt
- Adresse des Treffpunkts und Kontaktdaten des zu Interviewenden
- Ev. PHC-Merkmale für Analyse zum Nachsehen, ob noch etwas offen geblieben ist (Kriterien werden dem zu Interviewendem vor dem Interview nicht gezeigt!)
- Einverständniserklärung (schriftlich)

Grundsätze:

1. Das Interview soll in einer dem Alltag ähnlichen Situation stattfinden. Auch der Ort des Interviews sollte die Lebensnähe des Interviews unterstützen und in einer dem Befragten natürlich und bekannt erscheinenden Umgebung liegen.
2. Der zu Interviewende ist über Sinn, Zweck und Gegenstand des Interviews aufzuklären, ohne jedoch damit eine Prädetermination des inhaltlichen Verlaufs des Gesprächs zu provozieren. (Achtung: PHC ist ein sensibles Thema! Klarstellen, dass IAMEV ein akademisches und kein politisches Interesse an dem Thema hat.) Das Erfüllen von vorher festgelegten, aber dem zu Interviewenden unbekanntem Kriterien wird in der Interviewsituation erhoben. Das Erfüllen solcher Kriterien stellen besonders positive Eigenschaften in der Patientenversorgung dar.
3. Das Einverständnis zur audiotechnischen Aufzeichnung des Interviews ist einzuholen.
4. Das Interview wird vertraulich geführt. Anonymität ist normalerweise zu sichern. In diesem Fall ist ein Einverständnis einzuholen, dass der Name der Organisation und die ausgewerteten Daten (keine wörtliche Wiedergabe) des Primärversorgungsmodells an Auftraggeber (= Gesundheitsfonds Steiermark) weitergegeben werden dürfen.
5. Der zu Interviewende soll in einen Erzählfluss gebracht werden. Die Reihenfolge der Fragen ist logisch strukturiert. Durch die Interviewsituation (der zu Interviewende soll erzählen und keine kurzen Antworten geben) ist möglich, dass Fragen dadurch bereits gemeinsam mit einer anderen Frage beantwortet werden und die Reihenfolge so nicht eingehalten werden kann. Je nach Situation können Fragen vorgezogen werden.
6. Es gibt keine falschen und richtigen Antworten. Der Interviewer verhält sich interessiert-zurückhaltend und schafft eine sanktionsfreie Situation. In manchen Fällen sind solidarische Gesten hilfreich.
7. Keine wertenden Aussagen, keine Suggestivfragen (z.B. „Sie machen sicher viele Hausbesuche, oder?“)!

Leitfaden

Allgemeines

1. Was ändert sich durch die Teilnahme eines Hausarztes am Styriamed.net im Vergleich zur Nicht-Teilnahme (also der Regelversorgung) für den teilnehmenden Hausarzt und für die Patienten? Was ist das Besondere/Innovative an Styriamed.net?
2. Was war ausschlaggebend für die Umsetzung von Styriamed.net? Wie kam es zur Idee? Wer war federführend beteiligt in der Gründungs- und Startphase (Organisationen oder Personen)? Wann wurde Styriamed.net gegründet?
3. In welchen Bezirken ist Styriamed.net bereits etabliert? Wird es noch in anderen Bezirken oder anderen Bundesländern ausgerollt?
4. Welche ärztlichen Berufsgruppen werden mit Styriamed.net angesprochen (niedergelassene Allgemeinmediziner, niedergelassene Fachärzte, Spitalsärzte)? Welche nicht-ärztliche Berufsgruppen sind beteiligt?
5. Wer übernimmt welche Tätigkeiten damit Styriamed.net funktioniert? Welche Aufgaben hat man als Obmann eines Styriamed.net? Was hat ein Hausarzt zu tun, der bei Styriamed.net neu einsteigt? Gibt es Pflichten die mit der Teilnahme an Styriamed.net verbunden sind (z.B. Teilnahme an Vernetzungstreffen/Qualitätszirkel)? Wovon profitiert man als Arzt (oder andere Berufsgruppe), wenn man teilnimmt? Gibt es Fort- oder Weiterbildungen für Styriamed.net-Ärzte/Teilnehmer?

Umfassende und niederschwellige Versorgung

6. Gibt es spezielle Patientengruppen, die von Styriamed.net besonders berücksichtigt werden bzw. davon besonders profitieren (z.B. bestimmte Indikationsgruppen wie Diabetiker etc.)?
7. Inwiefern unterstützt Styriamed.net Gesundheitsförderung und Primärprävention (z.B. durch Vernetzung der Berufsgruppe, Suche für Patienten von Vorträgen, Rauchentwöhnung, Stillberatung, Ernährungsberatung etc.)?
8. Werden auf der Styriamed.net-Website die Sprachen, die in der Praxis gesprochen werden, bekannt gemacht? Inwieweit nimmt Styriamed.net Rücksicht auf Menschen, deren Muttersprache nicht Deutsch ist? Gibt es die Homepage Styriamed.net in anderen Sprachen außer auf Deutsch (bzw. ist es in Planung)?
9. Inwieweit nimmt Styriamed.net Rücksicht auf Menschen, die einen anderen kulturellen Hintergrund haben (z.B. Schulungen)?

Koordinierte, kontinuierliche Versorgung

10. Werden durch Styriamed.net-Hausärzte standardmäßig Termine bei Fachärzten oder im Krankenhaus organisiert? Wie funktioniert das genau? Ich habe was von einer internen Hotline für Ärzte erfahren und von einem Ampelsystem bei Überweisungen. Unter welchen Umständen soll diese Hotline/dieses Überweisungsschema verwendet werden?
11. Gibt es Vorgaben für standardisierte Prozesse (z.B. eine SOP) bei einer Einweisung (bzw. Überweisung) ins Krankenhaus (z.B. Das Mitgeben oder Übermitteln von einer aktuellen Medikationsliste)?
12. Gibt es Vorgaben für standardisierte Prozesse (z.B. eine SOP) bei der Entlassung aus dem Krankenhaus?

13. Beim Medikamentenmanagement zwischen intra- und extramuralen Bereich passieren häufig Fehler. Unterstützt Styriamed.net das Medikamentenmanagement zwischen den Sektoren?
14. Unterstützt bzw. verbessert Styriamed.net die elektronische Dokumentation zwischen den vernetzten Ärzten bzw. Berufsgruppen?

Zugang

15. Häufig werden Öffnungszeiten unter Styriamed.net-Ärzten abgestimmt. Gibt es dazu einen Standard, dass das gemacht werden muss, wenn man teilnimmt als Arzt? Vernetzt der Obmann die einzelnen teilnehmenden Hausärzte oder ergreifen sie dann selbst Initiative?
16. Eine Stärke von Styriamed.net ist der Internetauftritt. Viele Informationen sind auf einen Klick abrufbar. Wie können sich Patienten informieren, die (noch) keinen Internetzugang haben?
17. Der derzeitiger Webdienst umfasst alle teilnehmenden Ärzte mit Profil, deren Öffnungszeiten sowie eine Landkarte. Sind weitere Webdienste geplant?
18. Werden in Zukunft andere Berufsgruppen eingebunden?
19. Soll es in Zukunft eine Suchfunktion für Patienten geben zu Selbstmanagementprogrammen, Schulungen, Selbsthilfegruppen oder Ähnliches, um als Patient mit einer Krankheit besser fertigzuwerden (oder als Arzt um eine Info an den Patienten weiterzugeben)?

Organisation

20. Welche Organisationsform hat Styriamed.net (z.B. Verein)? Gibt es Mitarbeiter, die für Styriamed.net arbeiten?
21. Wie wird Styriamed.net finanziert (Kosten für Homepage-Wartung, Medienarbeit etc.)? Ärztekammer? Gibt es Beiträge, die von den teilnehmenden Ärzten zusätzlich eingehoben werden?

Weiterentwicklung von Styriamed.net

22. Wo sehen Sie Styriamed.net in 5-10 Jahren?
23. Welche PHC-Komponenten setzt Styriamed.net um (z.B. zeitliche Abstimmung von Öffnungszeiten)?

DANKE!