

The background of the cover features a large, circular, close-up view of a wood grain, showing concentric rings of reddish-brown and dark brown tones. A white vertical bar is positioned on the left side of the wood grain. In the bottom right corner, there is a smaller circular inset showing a similar wood grain texture, connected to a larger empty circle above it by a thin vertical line.

EVALUIERUNG DER PRIMÄRVERSORGUNGS- EINRICHTUNGEN IN NIEDERÖSTERREICH

Mag.^a Monika Simek
Franz Edelmann, MSc

April 2023

IBDO

IMPRESSUM

Auftraggeber:innen:

Österreichische Gesundheitskasse

Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds

Zitiervorschlag:

BDO Health Care Consultancy GmbH, Evaluierung der Primärversorgungseinrichtungen in Niederösterreich (2023)

Autor:innen:

Mag.^a Monika Simek

Franz Edlmann, MSc

QBC 4 - Am Belvedere
(Eingang Karl-Popper-Straße 4)
1100 Wien

BDO Health Care Consultancy GmbH ist Mitglied von BDO International Limited und gehört zum internationalen BDO Netzwerk voneinander unabhängiger Mitgliedsfirmen. BDO ist der Markenname für das BDO Netzwerk und für jede der BDO Mitgliedsfirmen.

INHALT

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	4
1. ZUSAMMENFASSUNG	5
2. EINLEITUNG/ ÜBERBLICK.....	9
2.1. Ausgangssituation	9
2.2. Evaluierungsperspektiven und Indikatoren	9
3. ABLAUF DER ERHEBUNGEN & METHODIK	11
3.1. System-Perspektive	11
3.2. Anbieter:innen-Perspektive	15
3.3. Patient:innen-Perspektive.....	16
4. ERGEBNISSE	17
4.1. Grundgesamtheit	17
4.2. Indikator 1 - Erreichbarkeit	40
4.3. Indikator 2 - Leistungsangebot und Inanspruchnahme	45
4.4. Indikator 3 - Versorgung chronisch Kranker.....	50
4.5. Indikator 4 - Patient:innen-Zufriedenheit	57
4.6. Indikator 5 - Informationsaustausch und Zusammenarbeit: Koordination	64
4.7. Indikator 6 - Standardisierte und strukturierte Dokumentation in einer E-Patient:innen-Akte	66
4.8. Indikator 7 - Standardisierter und strukturierter Informationstransfer	68
4.9. Indikator 8 - Zufriedenheit mit Arbeitsbedingungen	70
4.10. Indikator 9 - Anzahl versorgter Personen und deren Einzugsgebiet	73
4.11. Indikator 10 - Patient:innen-Versorgung mit Medikamenten (Polypharmazie)	83
4.12. Indikator 11 - Patient:innen-Struktur inkl. Diagnosecodierung.....	88
4.13. Indikator 12 - Abschließende Versorgung und Überweisungsquoten	92
4.14. Indikator 13 - Entlastung nachfolgender Behandlungsbereiche	96
4.15. Indikator 14 - Folgekosten	124
4.16. Indikator 15 - Hauptansprechpartner:innen.....	144
5. LIMITATIONEN.....	151
6. CONCLUSIO	152
7. ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	155
8. TABELLENVERZEICHNIS	161
9. GESAMTERGEBNISVERZEICHNIS	162
10. ERLÄUTERUNGSVERZEICHNIS	163
11. ANHANG	164
11.1. Anhang 1 - Standardisierter Fragebogen für die Patient:innen-Perspektive	165
11.2. Anhang 2 - Interviewleitfaden für die Anbieter:innen-Perspektive.....	173
11.3. Anhang 3 - Beispiele für Patient:innen-Kollektive	175

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AM	Allgemeinmedizin
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
CH	Chirurgie
DGKP	Gesundheits- und Krankenpfleger:in
DIAG	Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen
DMP	Disease Management Programm
DM2	Diabetes mellitus Typ II
GF	Geschäftsführung
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
ICPC-2	International Classification of Primary Care, Second edition
i.d.R.	in der Regel
IM	Innere Medizin
JF	Jour Fixe
KIJU	Kinder- und Jugendheilkunde
KTGR	Kontrollgruppe/n
max.	maximal
min.	mindestens
NÖ	Niederösterreich
NÖGUS	Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds
ORTR	Orthopädie und Traumatologie
Pos.Nr.	Positionsnummer (betreffend Leistungen)
PVE	Primärversorgungseinrichtung/en
PVZ	Primärversorgungszentrum
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
Ordin.	Ordination
SVS	Sozialversicherung der Selbständigen
UK	Universitätsklinikum
URO	Urologie
vs.	versus
ZAE	Zentrale ambulante Erstversorgungseinheiten

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurden die Primärversorgungseinrichtungen zumeist als „PVE“ und die Kontrollgruppen als „KTGR“ abgekürzt.

Erläuterung 1: Abkürzungen PVE (Primärversorgungseinrichtung/en) und KTGR (Kontrollgruppe/n)

1. ZUSAMMENFASSUNG

Der vorliegende Bericht beschreibt die Ergebnisse der Evaluation der Primärversorgungseinrichtungen (PVE) in Niederösterreich (NÖ), beauftragt von der österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) und dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS). Dazu wurden die ersten drei PVE in NÖ an den Standorten Böheimkirchen, Schwechat und St. Pölten im Zeitraum 2018 bis 2022 untersucht.

▪ Vorgehensweise

In Abstimmung mit den Auftraggeber:innen wurde 2021/22 auf Grundlage der „Evaluierungsstandards für Primärversorgungseinheiten“¹ des damaligen Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK, heute BMSGPK) ein Evaluationskonzept mit 15 Indikatoren und entsprechenden Methoden erarbeitet, um die PVE aus drei verschiedenen Perspektiven zu analysieren (siehe Kapitel 3):

- System-Perspektive (Auswertung von Leistungsdaten auf Basis definierter Patient:innen-Gruppen im Vergleich mit Kontrollgruppen)
- Patient:innen-Perspektive (standardisierter Fragebogen)
- Anbieter:innen-Perspektive (Leitfadeninterviews, Fragebogen)

In Kapitel 3 werden die Erhebungen und die Methodik detailliert dargestellt, bevor im Kapitel 4 die Ergebnisse perspektivenübergreifend je Indikator präsentiert werden. Dabei beginnt jedes Unterkapitel mit einer Übersicht zum jeweiligen Indikator (Fragestellungen, Datenquelle/n, Grundlagen, Kennzahlen/Kriterien). Im Anschluss werden die Ergebnisse pro Kennzahl und am Kapitelende zusammenfassend als Gesamtergebnis dargestellt. Für die Leistungsdaten wurden unterschiedliche Patient:innen-Gruppen definiert (siehe Kapitel 3.1), um Patient:innen der PVE und der Kontrollgruppen (KTGR) zu vergleichen.

▪ Kurzfassung Ergebnisse

Es folgt pro Indikator eine Zusammenfassung der Ergebnisse in Hinblick auf alle drei Perspektiven mit Berücksichtigung der Limitationen, die im Kapitel 5 detailliert dargestellt sind². Die Erläuterungen der einzelnen Begrifflichkeiten sind über das Verzeichnis im Kapitel 10 zu finden.

Die Untersuchung sämtlicher Leistungszahlen (System-Perspektive) zeigt eine Steigerung der Patient:innen-Zahlen von 2019 bis 2021 über alle PVE-Standorte hinweg, während diese in den KTGR konstant geblieben sind. Der Anteil an Stammpatient:innen ist dabei in den PVE deutlich geringer als in den KTGR und die PVE-Patient:innen sind im Verhältnis jünger (siehe Kapitel 4). Für eine bessere Vergleichbarkeit wurden daher einige Kennzahlen zusätzlich altersstandardisiert ausgewertet (dazu sowie zu weiteren Begrifflichkeiten finden sich im Bericht Erläuterungen, siehe Verzeichnis Kapitel 10 sowie Abkürzungsverzeichnis Seite 4).

¹ BMASGK (2019): Evaluierungsstandards für Primärversorgungseinheiten. Eine Ergänzung zum Eckpunktepapier zu gemeinsamen Grundsätzen und Indikatoren für die Evaluation von neuen Primärversorgungsstrukturen. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien

² Limitationen

- Aufgrund der Corona-Pandemie sind die Jahre 2020 und 2021 gesondert zu betrachten.
- Die vollständige Abbildung der Besuche in Spitalsambulanzen in den Daten der Sozialversicherung ist nicht sichergestellt, eine Verknüpfung der vom NÖGUS zur Verfügung gestellten Ambulanzdaten ist nicht möglich.
- Aufgrund unterschiedlicher Honorarkataloge (PVE versus KTGR) liegt eine unterschiedliche Leistungsdokumentation vor. Die Zahlen konnten nicht bei allen Indikatoren verglichen werden.
- Zu den eingelösten Medikamenten steht keine vollständige Dokumentation zur Verfügung, die Einschränkungen gelten für PVE und KTGR in selbem Maße.
- Besuche bei Wahlärzt:innen sind nur dann berücksichtigt, wenn dafür im Untersuchungszeitraum eine Kostenrückerstattung erfolgt ist.

Erreichbarkeit: Die geplante Öffnungszeit von 60 Stunden pro Woche konnten alle drei PVE-Standorte realisieren. Für die überwiegende Mehrheit der befragten Patient:innen ist es dabei wichtig, dass die Praxis auch an Tagesrandzeiten (vor 8 Uhr und nach 17 Uhr) geöffnet ist. Zusätzlich bieten alle drei Standorte Hausbesuche an – auch vom erweiterten Team. Die Anzahl der Hausbesuche durch Sozialarbeiter:innen hat sich von 2019 bis 2021 fast verdreifacht. Nichtsdestotrotz besteht bei den Hausbesuchen des erweiterten Teams noch Entwicklungsbedarf. Insgesamt ist die Anzahl der Hausbesuche deutlich geringer als in den Kontrollgruppen (siehe Kapitel 4.2).

Leistungsangebot und Inanspruchnahme: Von jenen Personen, die 2018 in den Vorgängerorganisationen der PVE Stammpatient:innen gewesen sind, ist die überwiegende Mehrheit 2019 weiterhin in der jeweiligen PVE Stammpatient:in. Mehr als die Hälfte der Patient:innen gibt an, in Bezug auf die Kriterien Organisation, Zeit für Patient:innen, Wartezeiten und Koordination an den Schnittstellen zufriedener zu sein als in den Vorgängerorganisationen. Als wichtigste Gründe für den Besuch in der jeweiligen PVE nannten die befragten Patient:innen diese als hausärztliche Praxis in ihrer Nähe zu verstehen, die langen Öffnungszeiten, die gute Erreichbarkeit und die kurzen Wartezeiten (siehe Kapitel 4.3).

Versorgung chronisch Kranker: Wie vorgesehen nehmen alle PVE-Standorte am Disease Management Programm (DMP) „Therapie Aktiv“ (siehe Erläuterung 6) teil. Der Anteil an Typ-II-Diabetiker:innen, die auch im DMP betreut werden, ist in den PVE im Schnitt mehr als doppelt so hoch wie in den KTGR. Außerdem ist der Großteil der Stammpatient:innen – wenn auch weniger als in den KTGR – mit Typ-II-Diabetes aus den Vorgängerorganisationen 2018 auch 2019 Stammpatient:in geblieben (siehe Kapitel 4.4).

Patient:innen-Zufriedenheit: Die Patient:innen sind mit den Leistungen der PVE insgesamt (sehr) zufrieden – dies gilt für alle abgefragten Dimensionen: Qualität der Untersuchungen und Behandlungen sowie der Services, der Kommunikation mit dem Behandlungsteam, den Angeboten der einzelnen Berufsgruppen sowie den Terminvereinbarungen und Wartezeiten. Die meisten Befragten geben an, dass sie ohne die PVE mit ihrem aktuellen Anliegen eine andere Kassen-Ordination besucht hätten, ein relevanter Teil wäre in eine Spitalsambulanz gegangen. Die überwiegende Mehrheit würde die PVE weiterempfehlen (siehe Kapitel 4.5).

Informationsaustausch und Zusammenarbeit: An allen PVE-Standorten finden regelmäßige Team-Treffen in unterschiedlichen Formaten und Zusammensetzungen sowie Fallbesprechungen statt (siehe Kapitel 4.6).

Standardisierte, elektronische Dokumentation: Auf die standardisierte elektronische Patient:innen-Dokumentation (außer Psychologie/Psychotherapie) haben alle Berufsgruppen an allen PVE-Standorten lesend und schreibend Zugriff. Bei medizinischer Notwendigkeit werden die Patient:innen proaktiv kontaktiert, systematische Erinnerungen für Patient:innen könnten noch ausgebaut werden. Die Nachverfolgung verordneter Untersuchungen ist derzeit noch nicht systematisiert (siehe Kapitel 4.7).

Standardisierter, strukturierter Informationstransfer: An allen Standorten sind mit allen Hauptleistungsträgern Vereinbarungen vorhanden. Befunde von externen Anbieter:innen (z.B. Labor) werden über Standort-spezifische Programme elektronisch empfangen. Die PVE sind regional gut mit weiteren Anbieter:innen vernetzt. Dazu zählen jedenfalls Fachärzt:innen sowie teilweise auch Therapeut:innen, Krankenhäuser oder Acute Community Nurses etc. (siehe Kapitel 4.8).

Zufriedenheit mit Arbeitsbedingungen: Die interviewten Gesellschafter:innen und Mitarbeiter:innen betonen ihre (sehr) hohe Arbeitszufriedenheit. Darüber hinaus wird die sehr gute Zusammenarbeit im Team unterstrichen, auch wenn die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen noch verbessert werden könnte. Eine PVE bietet laut Aussage der Befragten im Vergleich zu anderen Arbeitsplätzen (z.B. im Krankenhaus) bessere Arbeitsbedingungen. Die Betreiber:innen und Manager:innen berichten – aufgrund des größeren Teams – von einem höheren administrativen Aufwand im Vergleich zu früheren Ordinationen (siehe Kapitel 4.9).

Anzahl versorgter Personen und deren Einzugsgebiet: Die Versorgungswirksamkeit wird von allen Interviewten – z.B. aufgrund der Versorgungskontinuität, der Bündelung von Behandlungsschritten und der Angebote durch weitere Berufsgruppen – sehr hoch bewertet. Durch falsche Erwartungen in Bezug auf die Funktion der PVE, die teilweise als Spitalsambulanz oder als hausärztliche Ordination verstanden werden, entstehe manchmal Unmut bei den Patient:innen. Bei Betrachtung der Einzugsgebiete aller PVE zeigt sich, dass der Anteil der Stammpatient:innen, die nicht aus dem PVE-Heimatbezirk stammen, etwas gestiegen ist. Der Anteil der Nicht-Stammpatient:innen kommt im Vergleich mit den Stammpatient:innen häufiger aus dem restlichen Niederösterreich bzw. anderen Bundesländern und nimmt über die Jahre zu (siehe Kapitel 4.10).

Patient:innen-Versorgung mit Medikamenten: Der Anteil jener (Stamm-)Patient:innen, die polypharmazeutisch – also mit mehr als fünf in den eingelösten Medikamenten enthaltenen Wirkstoffen im Quartal – behandelt werden, ist in den PVE durchwegs geringer als in den KTGR (siehe Kapitel 4.11).

Patient:innen-Struktur inkl. Diagnosecodierung: Der Anteil an Stammpatient:innen mit vollständiger vierteljährlicher ICPC-2-Diagnose variiert zwischen den PVE-Standorten. Während der Anteil in der PVE Böheimkirchen (seit 2019) und der PVE Schwechat (seit 2021) zu rund 100 % erfüllt ist, ist jener der PVE St. Pölten niedrig und im Jahresverlauf 2019 bis 2021 weiter gesunken. Bei der Auswertung der zehn häufigsten ICPC-2-Diagnosen 2021 zeigt sich ein heterogenes Codierverhalten zwischen den einzelnen Standorten, das zum großen Teil durch fehlende Codiervorgaben bedingt ist (siehe Kapitel 4.12).

Abschließende Versorgung und Überweisungsquoten: In allen Betrachtungsjahren wurden weniger PVE-Stammpatient:innen in übergeordneten Versorgungsstrukturen (z.B. Fachärzt:innen oder Spitäler) behandelt als Stammpatient:innen der KTGR. Daher ist davon auszugehen, dass in den PVE mehr Stammpatient:innen abschließend behandelt werden konnten (siehe Kapitel 4.13).

Entlastung nachfolgender Behandlungsbereiche: In Bezug auf die Inanspruchnahme übergeordneter Versorgungsstrukturen (min. ein fachärztlicher Kontakt, min. ein Spitalaufenthalt, min. ein spitalsambulanter Kontakt) unterscheiden sich die Anteile der Stammpatient:innen zwischen PVE und KTGR nur leicht. Insbesondere bei den Stammpatient:innen A und generell für die PVE Böheimkirchen und die PVE St. Pölten wurden niedrigere Werte gemessen als in den KTGR. Im Fachbereich Innere Medizin liegt die Entwicklung der spitalsambulant Kontakte der Patient:innen aus den PVE-Einzugsgebieten in den nächstgelegenen Kliniken während der regulären PVE-Öffnungszeiten unter der Entwicklung der niederösterreichischen spitalsambulant Kontakte (siehe Kapitel 4.14).

Folgekosten: Zur Abschätzung der Folgekosten wurden die stationären Pflagetage, die fachärztlichen Kontakte und Kosten, die Anzahl der Transporte sowie die Medikamentenkosten betrachtet. Dabei zeigen sich in den PVE altersstandardisiert etwas mehr stationäre Pflagetage je Stammpatient:in mit Spitalsaufenthalt sowie ein etwas höherer Anteil an Stammpatient:innen mit mindestens einem Transport als in den KTGR. Die durchschnittliche Anzahl der Transporte liegt hingegen in den PVE unter jener in den KTGR und die durchschnittlichen Kosten für Fachärzt:innen liegen teils deutlich unter jenen in den KTGR. Sowohl der Anteil an Stammpatient:innen mit Medikation als auch die gesamten Medikamentenkosten liegen in den PVE deutlich unter den Werten in den KTGR (siehe Kapitel 4.15).

Hauptansprechpartner:innen: Die Anzahl der Kontakte mit der Stammordination ist in beiden Gruppen gestiegen und liegt in den PVE unter jener in den KTGR. Der Anteil der Stammpatient:innen, die nur mit der Stammordination allgemeinmedizinischen Kontakt hatten, liegt in den PVE höher als in den KTGR (siehe Kapitel 4.16).

▪ **Conclusio und Empfehlungen**

Auf Basis dieser Ergebnisse konnten übergeordnete (d.h. perspektiven- und indikatorenübergreifende) Schlussfolgerungen abgeleitet und in weiterer Folge einzelnen Themen zugeordnet werden. Detaillierte Folgerungen zu den Dimensionen Versorgungsleistung, Versorgungswirksamkeit, Versorgungsqualität, Patient:innen-Akzeptanz und Arbeitsplatz-Attraktivität finden sich in Kapitel 6.

Zusammenfassend lassen die Ergebnisse der Evaluation darauf schließen, dass die untersuchten PVE-Standorte die Ziele aus der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung erreicht haben. Die Standorte erfüllen die Vorgaben hinsichtlich der Serviceleistungen für Patient:innen und der Rahmenbedingungen für Ärzt:innen und weiteren Gesundheits- und Sozialberufen. Zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention wird empfohlen, die Erweiterung der Angebote zu fördern und damit einem Wunsch von Anbieter:innen und Patient:innen entgegenzukommen.

PVE bilden ein zukunftsfähiges Modell der Gesundheitsversorgung, das sich sowohl durch starke Patient:innen-Orientierung als auch hohe Arbeitsplatz-Attraktivität auszeichnet – bei gleichzeitig effizientem Mittel-Einsatz. PVE füllen damit eine Lücke in der Versorgung und sind als abgestufte, integrierte und niederschwellig verfügbare Gesundheitseinrichtungen ein wichtiger Teil der (nieder-) österreichischen Versorgungslandschaft. Es wird empfohlen, diese Strukturen in der Breite auszurollen und die Gründung weiterer Standorte zu fördern. Die Evaluationsergebnisse bilden eine gute Grundlage für die Weiterentwicklung des Modells.

Ein Wunsch der Anbieter:innen soll hier unterstrichen werden: Der Öffentlichkeit ein klares Bild zu vermitteln, was eine PVE ist und was sie leisten kann. So kann den Erwartungshaltungen der Patient:innen entsprochen und Klarheit bei den niedergelassenen Ärzt:innen geschaffen werden.

Weitere Evaluationen werden empfohlen, um die Entwicklung der PVE zu begleiten, die Zeit nach den außergewöhnlichen Covid-Jahren zu betrachten und Tendenzen bestätigen zu können, die sich bisher abzeichnen. Für ein Gesamtbild ist es förderlich, die Evaluation auch auf zwischenzeitlich neu eröffnete Primärversorgungseinrichtungen sowie Primärversorgungsnetzwerke auszuweiten.

Für zukünftige Evaluationen wäre es wünschenswert, die Datengrundlagen zu erweitern, die Datenqualität und die Möglichkeit zur Verknüpfung zu fördern, um detaillierte Aussagen und Vergleiche zu Inanspruchnahme, Versorgungsleistung, Versorgungswirksamkeit und Versorgungsqualität sowie zu leitliniengerechter Versorgung, Behandlungspfaden und Prozess- und Ergebnis-Qualitätsindikatoren treffen zu können.

▪ **Abschluss**

In den abschließenden Kapiteln befinden sich ein Abbildungs- (Kapitel 7) und ein Tabellenverzeichnis (Kapitel 8) sowie ein Verzeichnis der Gesamtergebnisse pro Indikator (Kapitel 9) und der Erläuterungen (Kapitel 10). Im Anhang (Kapitel 11) werden der standardisierte Fragebogen für die Patient:innen, der Leitfaden für die Anbieter:innen-Interviews und Beispiele für Patient:innen-Kollektive zur Verfügung gestellt.

Als ergänzende Dokumente (Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) werden dem Endbericht ein Tabellenband, ein Dokument für einen kurzen Überblick über die Datengrundlagen aller Perspektiven sowie der Erläuterungen einzelner Begrifflichkeiten und ein Dokument mit der Beschreibung der programmierten SQL-Abfragen für die Leistungsdaten beigelegt.

2. EINLEITUNG/ ÜBERBLICK

2.1. AUSGANGSSITUATION

Die Stärkung der Primärversorgung nach internationalem Vorbild ist ein zentrales Anliegen der Gesundheitsreform in Österreich. Die Umsetzung soll in Form von Primärversorgungseinrichtungen (PVE) erfolgen, wie sie im Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz³ beschrieben sind. Langfristig soll diese vernetzte, räumlich und zeitlich einfach zugängliche Form der Primärversorgung für die gesamte Bevölkerung gleichermaßen und gleichwertig zur Verfügung stehen.

In Niederösterreich (NÖ) waren mit Start des Evaluierungsprojektes vier PVE-Standorte in Betrieb:

- 3 Zentren in Böheimkirchen, Schwechat und St. Pölten
- 1 Netzwerk (Melker Alpenvorland) mit 5 Netzwerkpartnern an den Standorten Bischofstetten, Kirnberg, St. Leonhard am Forst, Hürm, Kilb und Texingtal

Zielsetzung des Projekts war die Evaluierung der drei bestehenden Primärversorgungszentren in NÖ im Zeitraum 2018 bis 2022.

2.2. EVALUIERUNGSPERSPEKTIVEN UND INDIKATOREN

In einem ersten Schritt wurde in Abstimmung mit den Auftraggeber:innen ein Evaluationskonzept ausgearbeitet, das im März 2022 finalisiert übergeben wurde. Hier folgt eine kurze Zusammenfassung der Eckpunkte.

Die Evaluierung der Primärversorgungseinrichtungen erfolgte aus drei Perspektiven:

- System-Perspektive
Ökonomische Auswirkungen der PVE durch die Veränderung von Patient:innen-Strömen, Leistungsdichte/-umfang, Kontakthäufigkeiten
- Patient:innen-Perspektive
Auswirkungen auf die Patient:innen in Hinblick auf ihren Zugang zur Versorgung und auf den Umfang, die Kontinuität und Koordination ihrer Versorgung.
- Anbieter:innen-Perspektive
Auswirkungen auf die Gesellschafter:innen und Mitarbeiter:innen auch im Sinne einer Attraktivierung der Tätigkeiten.

Als Grundlage dafür wurden die „Evaluierungsstandards für Primärversorgungseinheiten“ des BMASGK (aus 2019) herangezogen⁴. Dieses Papier umfasst 15 Indikatoren für die verschiedenen Betrachtungsebenen, die mehr oder weniger konkret beschrieben sind. Im Zuge der Diskussionen mit dem Auftraggeber:innen/Projekt-Team wurden die einzelnen Indikatoren den ausgewählten Evaluierungs-Perspektiven zugeordnet und weiterentwickelt (siehe Tabelle 1). Damit verbunden wurden auch die entsprechenden Evaluierungsmethoden festgelegt. Einige Indikatoren beziehen sich auf mehrere Perspektiven.

³ siehe <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009791> (Zugriff: 15.5.23)

⁴ BMASGK (2019): Evaluierungsstandards für Primärversorgungseinheiten. Eine Ergänzung zum Eckpunktepapier zu gemeinsamen Grundsätzen und Indikatoren für die Evaluation von neuen Primärversorgungsstrukturen. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien

Nachfolgend findet sich die Übersicht mit der Einordnung der Indikatoren:

Indikator (Nummerierung laut Evaluierungsstandards)	System-Perspektive	Patient:innen-Perspektive	Anbieter:innen-Perspektive
Erreichbarkeit (1)	x	x	x
Leistungsangebot und Inanspruchnahme (2)	x	x	
Versorgung chronisch Kranker (3)	x		
Patient:innen-Zufriedenheit (4)		x	
Informationsaustausch und Zusammenarbeit: Koordination (5)			x
Standardisierte und strukturierte Dokumentation in einer E-Patient:innen-Akte (6)			x
Standardisierter und strukturierter Informationstransfer (7)			x
Zufriedenheit mit Arbeitsbedingungen (8)			x
Anzahl versorgter Personen und deren Einzugsgebiet (9)	x		x
Patient:innen-Versorgung mit Medikamenten (Polypharmazie) (10)	x		
Patient:innen-Struktur inkl. Diagnosecodierung (11)	x		
Abschließende Versorgung und Überweisungsquoten (12)	x		
Entlastung nachfolgender Behandlungsbereiche (13)	x		
Folgekosten (14)	x		
Hauptansprechpartner:innen (15)	x		

Tabelle 1: Zuordnung des Indikatorensets zur jeweiligen Evaluierungs-Perspektive

Die Ergebnisse der Erhebungen werden in Kapitel 4 perspektivenübergreifend pro Indikator dargestellt.

3. ABLAUF DER ERHEBUNGEN & METHODDIK

Um die Fragestellungen der Indikatoren zu beantworten und ein abgerundetes Gesamtbild zu erhalten, wurden die Daten für die drei Perspektiven mit unterschiedlichen Methoden erhoben:

- **System-Perspektive:** über die Auswertung von Leistungsdaten der ÖGK, der SVS und der BVAEB (siehe Kapitel 3.1)
- **Anbieter:innen-Perspektive:** über Leitfadeninterviews (siehe Kapitel 3.2)
- **Patient:innen-Perspektive:** über einen standardisierten Fragebogen (siehe Kapitel 3.3)

Detaillierte Informationen pro Perspektive sind in den nachfolgenden Unterkapiteln angeführt:

3.1. SYSTEM-PERSPEKTIVE

Um die Datenbasis für die System-Perspektive herzustellen und die Daten entsprechend auszuwerten, wurde wie folgt vorgegangen:

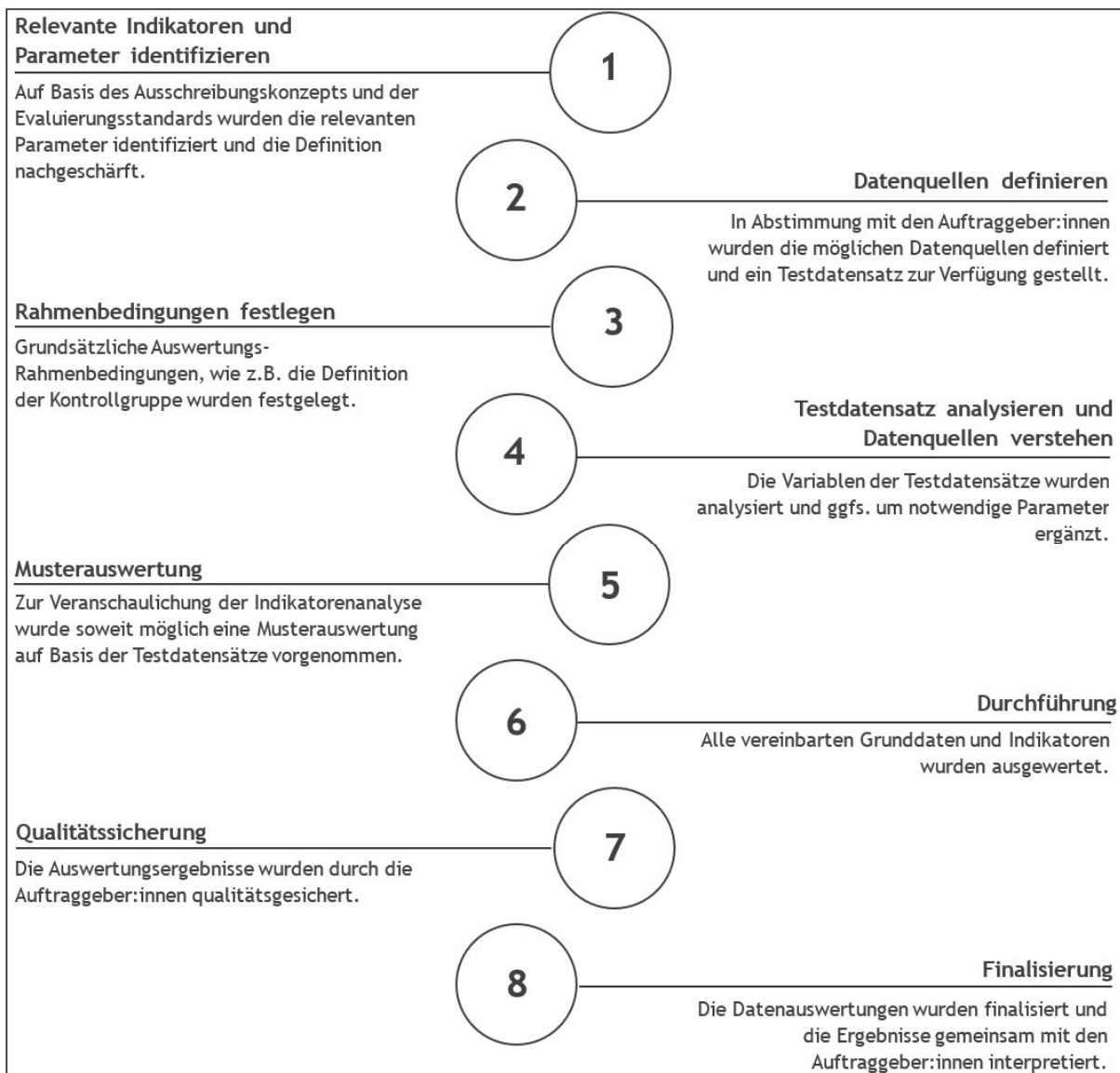


Abbildung 1: Vorgehensweise Datenanalyse

Die nachfolgenden Datenauswertungen basieren auf pseudonymisierten Rohdaten, die von der ÖGK über das Datenbearbeitungsprogramm AGINITY zur Verfügung gestellt wurden und – sofern nicht anders angegeben – sowohl die Daten der ÖGK als auch der SVS und BVAEB enthalten. Die Daten wurden mit AGINITY mittels Datenbankabfragen ausgewertet und umfassen die Leistungsjahre 2018 bis inkl. 2. Quartal 2022. Folgende Datenabzüge kamen zur Anwendung:

- PVEEVAL.ABZUG2_STAT als Datengrundlage für stationäre Daten
- PVEEVAL.ABZUG3_HM als Datengrundlage für Heilmittel
- PVEEVAL.ABZUG4_EK als Datengrundlage für Einzelkosten und Dokumentation von Leistungen
- PVEEVAL.ABZUG5_AMB als Datengrundlage für Ambulanzdaten
- PVEEVAL.ABZUG6_TK als Datengrundlage für Transportkosten
- PVEEVAL.ABZUG7_DIAG als Datengrundlage für Diagnosen
- PVEEVAL.FACHGEBIET mit einer Übersicht der Fachgebiete der Vertragspartner:innen
- PVEEVAL.STAMM_PATIENT mit pseudonymisierten Patient:inneninformationen wie z.B. Geschlecht, Alter und Wohnort

Die Daten wurden für drei verschiedene Patient:innen-Kollektive (Auswertungsebenen) ausgewertet⁵:

Definition der Patient:innen-Kollektive (Auswertungsebenen)	
Alle Patient:innen	Alle Patient:innen, die in einem Jahr zumindest einen Kontakt in der PVE / Kontrollgruppe hatten.
Stammpatient:innen A	Patient:innen, die in einem Jahr mehr Kontakte in der PVE / Kontrollgruppe hatten als bei anderen Allgemeinmediziner:innen.
Stammpatient:innen B	Patient:innen, die in einem Jahr die Mehrzahl der Kontakte (> 50 %, sonst ausgeschlossen) in der Mehrzahl der Quartale mit Kontakt (mindestens 2) in einer PVE oder Kontrollgruppe hatten (im Vergleich zu anderen Allgemeinmediziner:innen).

Tabelle 2: Definition der Patient:innen-Kollektive (Auswertungsebenen)

Die Auswertungen wurden sowohl über alle drei Standorte hinweg als auch pro Standort durchgeführt.

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse für den gesamten Betrachtungszeitraum von 1.1.2018 bis 30.6.2022 dargestellt. Hier eine Übersicht über die Jahre:

- Vergleichsjahr 2018: Auswertung der PVE-Vorgängerorganisationen
- 2019: Auswertung über das erste volle Kalenderjahr der PVE. Die Startzeitpunkte waren:
 - PVE Böheimkirchen: 01.10.2018
 - PVE Schwechat: 01.01.2019
 - PVE St. Pölten: 01.01.2019
- 2020 bis 1. Halbjahr 2022: Vergleich der Daten der Patient:innen-Kollektive

Um Aussagen über allfällige Unterschiede in der Versorgung der PVE im Vergleich zur allgemeinmedizinischen Regelversorgung treffen zu können, wurden **Kontrollgruppen** gebildet. Dabei wurde systematisch vorgegangen, um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten.

⁵ Beispiele für diese drei Patient:innen-Kollektive finden sich im Anhang (siehe Kapitel 11.3).

Seitens ÖGK wurden Vertragspartner:innen mit dem Fachgebiet Allgemeinmedizin, deren Vertragsverhältnis vor dem 1.1.2019 begonnen und im Betrachtungszeitraum noch nicht beendet worden war, als potentielle Kontrollgruppe betrachtet. Für diese Gruppe wurden folgende Kriterien (für das Jahr 2019) ausgegeben und entsprechend der Wichtigkeit für die Kontrollgruppe der PVE-Evaluierung gewichtet: E-Card-Konsultationen (2 Punkte), Anzahl Patient:innen (3 Punkte), Durchschnittsalter (2 Punkte), Anzahl Erstkonsultationen (1 Punkt), Anzahl Folgekonsultationen (1 Punkt), Einwohner:innen-Gemeinde (3 Punkte), Entfernung nächstes Krankenhaus (3 Punkte; auch über Ländergrenzen hinweg; dabei Ausschluss der Standorte Allentsteig, Gänserndorf, Mauer, Hinterbrühl, Eggenburg, Hohegg).

Daraus ergibt sich eine maximale Punktesumme von 15 Punkten, wobei die Punkte je Kategorie zur Gänze vergeben wurden, wenn der:die Vertragspartner:in +/- 10 % der jeweiligen PVE in dieser Kategorie erreicht hatte. Die Vertragspartner:innen wurden nach Punktesumme gereiht und auf etwaige Vertragsbeendigungen oder -veränderungen geprüft, um durchgängige Konsistenz bei der Kontrollgruppe zu erreichen. Die PVE-Heimat-Gemeinden wurden ausgeschlossen.

Für jede PVE wurden 1-2 Einzel-Vorschläge und 1-2 Kombinations-Vorschläge für die Kontrollgruppen erstellt, die in Summe in etwa das dreifache Konsultations-Volumen einer PVE aufwiegen sollen und ansonsten in den zuvor angesprochenen Kriterien mit den PVE möglichst vergleichbar sein sollen.

Die nachfolgend beschriebenen Kontrollgruppen stehen in folgendem Verhältnis zur jeweiligen PVE:

	Konsultationen PVE	Konsultationen KTGR	PVE Volumen	Patient:innen PVE	Patient:innen KTGR	PVE Volumen	Konsultationen je Patient:in PVE	Konsultationen je Patient:in KTGR
PVE 1	43.600	130.900	3,0 fach	5.100	16.600	3,3 fach	8,5	7,9
PVE 2	42.900	123.800	2,9 fach	6.900	14.300	2,1 fach	6,2	8,7
PVE 3	31.100	94.400	3,0 fach	5.900	13.600	2,3 fach	5,3	6,9

Tabelle 3: Verhältnis Primärversorgungseinrichtungen und dazugehörige Kontrollgruppen

Die Patient:innen-Kollektive (siehe Tabelle 2) wurden analog auch für die Kontrollgruppen ausgewertet. Außerdem wurden teilweise Ergebnisse für alle PVE und Kontrollgruppen gesamt gebildet. Somit ergeben sich insgesamt 3 Auswertungsebenen und 8 Auswertungsgruppen (siehe Tabelle 4).

Für alle Kennzahlen, die anhand der Leistungsdaten ausgewertet werden, gilt:	
Auswertungsebenen	alle Patient:innen Stammpatient:innen A Stammpatient:innen B
Auswertungsgruppen	KTGR Böheimkirchen KTGR Schwechat KTGR St. Pölten KTGR gesamt PVE Böheimkirchen PVE Schwechat PVE St. Pölten PVE gesamt

Tabelle 4: Auswertungsebenen und Auswertungsgruppen

Im Unterschied zu den Vertragspartner:innen der Kontrollgruppen arbeiten die Teams der PVE multiprofessionell zusammen – aufgeteilt in ein **Kernteam** und ein aus Gesundheits- und Sozialberufen bestehendes **erweitertes Team** (siehe Tabelle 5). Zusätzlich können PVE-Manager:innen angestellt sein.

Zusammensetzung des multiprofessionellen Teams der PVE	
Kernteam	Allgemeinmediziner:innen Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen (DGKP) Ordinationsassistent:innen ggfs. Kinderärzt:innen
Erweitertes Team (Beispiele)	Diätolog:innen Ergotherapeut:innen Hebammen Logopäd:innen Physiotherapeut:innen Psycholog:innen Psychotherapeut:innen Sozialarbeiter:innen ggfs. Kinderärzt:innen

Tabelle 5: Zusammensetzung des PVE-Teams aus Kernteam und erweitertem Team

Da die Kontrollgruppen über kein erweitertes Team verfügen, wurde zur besseren Vergleichbarkeit bei einigen Kennzahlen (z.B. Leistungen, Kontakte) das erweiterte Team ausgeschlossen und lediglich das Kernteam der PVE mit den Kontrollgruppen verglichen. Hinweise dazu finden sich direkt in der Beschreibung der jeweiligen Kennzahlen.

Um sich leicht in den Ergebnis-Diagrammen und -tabellen zu den Leistungsdaten zurechtzufinden, wurde bei der Berichterstellung auf ein einheitliches Farbschema geachtet. Dabei sind die Ergebnisse der PVE immer blau gehalten, jene der Kontrollgruppen immer orange.

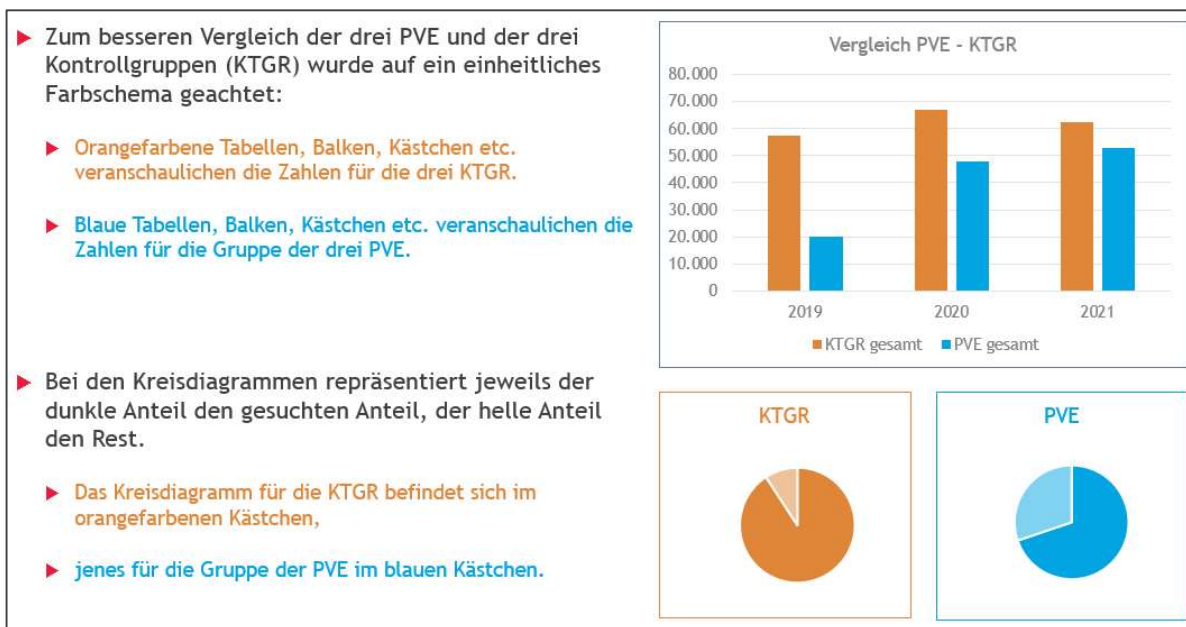


Abbildung 2: Legende zu den Tabellen und Diagrammen der Leistungsdaten

3.2. ANBIETER:INNEN-PERSPEKTIVE

Für die Anbieter:innen-Perspektive wurden im Mai und Juni 2022 insgesamt 16 Stunden qualitative Interviews mit folgenden Berufsgruppen pro Standort durchgeführt:

- Betreiber:innen
- Management
- PVE-Team (alle Berufsgruppen ohne Betreiber:innen und das Management)

Die Betreiber:innen- und Team-Interviews wurden als Gruppeninterview durchgeführt, die Interviews mit dem Management jeweils als Einzelinterview. Nur in der PVE Schwechat wurde auch hier ein Gruppen-Interview mit zwei Personen durchgeführt. Aufgrund der Größe des Teams in St. Pölten wurden parallel zwei Gruppeninterviews umgesetzt.

Die Betreiber:innen und das Management wurden mit offenen Fragen basierend auf dem Interview-Leitfaden (siehe Anhang Kapitel 11.2) zu ihren Erfahrungen aus der Konzeptions- und der Gründungsphase sowie aus dem Alltag befragt, das PVE-Team ausschließlich zum Alltag.

Folgende Berufsgruppen (eine oder mehrere Person/en pro Berufsgruppe) nahmen an den Team-Interviews teil (jeweils in alphabetischer Reihenfolge):

Interview PVE-Team Böhheimkirchen	Interview PVE-Team Schwechat	Interviews PVE-Team St. Pölten
<p>▶ Teilnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diätologie ▪ Physiotherapie ▪ Psychologie/Psychotherapie <p>▶ Keine Teilnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Case & Care Management ▪ DGKP ▪ Medizin ▪ Mediz. Verwaltungsassistentz ▪ Ordinationsassistentz ▪ Sozialarbeit ▪ Wundmanagement 	<p>▶ Teilnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diätologie ▪ DGKP ▪ Mediz. Verwaltungsassistentz ▪ Ordinationsassistentz ▪ Physiotherapie ▪ Psychologie/Psychotherapie ▪ Wundmanagement <p>▶ Keine Teilnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ergotherapie ▪ Logopädie ▪ Sozialarbeit 	<p>▶ Teilnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Case & Care Management ▪ DGKP ▪ Medizin ▪ Ordinationsassistentz ▪ Physiotherapie ▪ Psychologie/Psychotherapie ▪ Sozialarbeit <p>▶ Keine Teilnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diätologie ▪ Mediz. Verwaltungsassistentz ▪ Wundmanagement

Tabelle 6: Anbieter:innen-Interviews: Teilnehmende Berufsgruppen

Ergänzend wurden die PVE-Manager:innen im September/ Oktober 2022 über einen schriftlichen Fragebogen zu folgenden Indikatoren (Daten bis inkl. 2021) befragt:

- 1 – Erreichbarkeit
- 3 – Versorgung chronisch Kranker
- 5 – Informationsaustausch und Zusammenarbeit: Koordination
- 6 – Standardisierte und strukturierte Dokumentation in einer E-Patient:innen-Akte
- 7 – Standardisierter und strukturierter Informationstransfer

Im Februar 2023 wurde die Befragung erneut für die Daten 2022 durchgeführt sowie Rückfragen per Videotelefonie besprochen.

3.3. PATIENT:INNEN-PERSPEKTIVE

Die Patient:innen-Perspektive wurde anhand einer quantitativen Befragung erhoben. Dafür wurde der Musterfragebogen aus den Evaluierungsstandards für Primärversorgungseinheiten gemeinsam mit dem Projektteam weiterentwickelt (siehe Anhang Kapitel 11.1) und auf Basis eines anonymen Online-Fragebogens (<https://www.surveymonkey.de/>) mit 20 Fragen zu Inanspruchnahme, Erfahrungen und Zufriedenheit sowie vier Fragen zur Soziodemographie programmiert.

Befragungsassistent:innen waren von Juni bis August 2022 insgesamt 244 Stunden mit drei Tablets vor Ort in den Wartezimmern der PVE im Einsatz und motivierten die Patient:innen zur Teilnahme. Diese konnten die Befragung wie folgt durchführen:

- selbständig auf einem der Tablets *oder*
- mit Unterstützung auf einem der Tablets *oder*
- selbständig über einen QR-Code auf ihrem eigenen Gerät

Nachdem in den ersten Tagen einige Personen die Teilnahme über die technischen Geräte verweigerten, wurde der Fragebogen auch ausgedruckt zur Verfügung gestellt. Die Papier-Variante wurde von rund 10 % der Befragten genutzt.

Für die Teilnahme mussten die Patient:innen mindestens 16 Jahre alt sein und über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen, um die Fragen und Antwortmöglichkeiten zu verstehen. Es wurden sowohl terminisierte als auch akute Patient:innen befragt. Laut Evaluationskonzept wurden jene Personen, die lediglich für Covid19-Impfungen oder -Testungen in die PVE gekommen sind, ausgeschlossen, um einen „Corona-Bias“ zu vermeiden. Da die Befragung aber erst mit 1.6.2022 startete, gab es kaum solche Fälle.

Angestrebt wurden 300 abgeschlossene Fragebögen pro Standort. Das Ziel wurde an allen Standorten erreicht:

	Anzahl Fragebögen*	Ø Dauer pro Fragebogen	Ø Anzahl Fragebogen/Stunde
PVE Böheimkirchen	310	12 min	2,8
PVE Schwechat	312	13 min	4,2
PVE St. Pölten	311	9 min	5,3
davon Randzeiten	41	-	-

* 7 der 940 Fragebögen mussten bei der Standort-bezogenen Auswertung ausgeschlossen werden, weil die Zuordnung zu einem konkreten Standort nicht sicher getroffen werden konnte.

Tabelle 7: Patient:innen-Befragung: Anzahl ausgefüllter Fragebögen pro Standort

Von den insgesamt 940 ausgefüllten Fragenbögen, wurden die Antworten jener Personen, die vor 8 Uhr oder nach 17 Uhr in die PVE kamen, eigens unter dem Titel „Randzeiten“ ausgewertet.

Vor dem Start der Befragung wurden mehr Teilnehmende pro Stunde erwartet. Da die Wartezeiten in den PVE allerdings – ganz im Sinne der Besucher:innen – kurz sind und die Patient:innen direkt nach dem Kontakt mit der:dem Ärzt:in die PVE verlassen möchten, war die Beteiligung pro Stunde geringer als geplant. Außerdem gab es an (heißen) Sommertagen weniger Besucher:innen. Seit der Pandemie finden darüber hinaus viele Patient:innen-Kontakte über das Telefon statt, sodass weit nicht alle Patient:innen eines Tages von den Befragungsassistent:innen angesprochen werden konnten.

4. ERGEBNISSE

Im gegenständlichen Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse anhand der einzelnen Indikatoren im Detail vorgestellt.

4.1. GRUNDGESAMTHEIT

Um sich ein besseres Bild von den Patient:innen der PVE-Standorte und der Kontrollgruppen zu machen, wird in diesem Kapitel, vor der Darstellung der Ergebnisse pro Indikator, auf die Datengrundlage für die Auswertung eingegangen.

Grundgesamtheit	
Datenquelle/n	Leistungsdaten
Kennzahlen / Kriterien	Anzahl Patient:innen (inkl. und exkl. Covid-Leistungen) Anzahl + Anteil Stammpatient:innen A und B an allen Patient:innen Vergleich alle Patient:innen, Stammpatient:innen A, Stammpatient:innen B Anteile Altersgruppen Anzahl Kontakte je Patient:in Kernteam Anzahl Kontakte je Patient:in erweitertes Team Anteil verrechenbare & nicht-verrechenbare Leistungen Verrechenbare Leistungen Anzahl Leistungen pro Kontakt Anzahl Leistungen Kernteam Anzahl Leistungen erweitertes Team Anzahl Leistungen pro Kontakt Kernteam

Tabella 8: Übersicht Grundgesamtheit

Nachfolgend werden die Ergebnisse pro Kennzahl dargestellt.

4.1.1. ANZAHL PATIENT:INNEN (INKL./EXKL. COVID-LEISTUNGEN)

Während des Betrachtungszeitraums der Evaluierung entwickelte sich Covid-19 im Jahr 2020 zu einer weltweiten Pandemie. Unter anderem aufgrund der Test- und Impfmöglichkeiten in den PVE, die auch Personen zur Verfügung standen, die keine Patient:innen der PVE waren, verdreifachten sich die Patient:innen-Zahlen der niederösterreichischen PVE von 2019 (21.835) bis 2021 (66.879), während die Patient:innen-Zahlen der Kontrollgruppen mit rund 20.000 pro Jahr konstant blieben (siehe Abbildung 3).

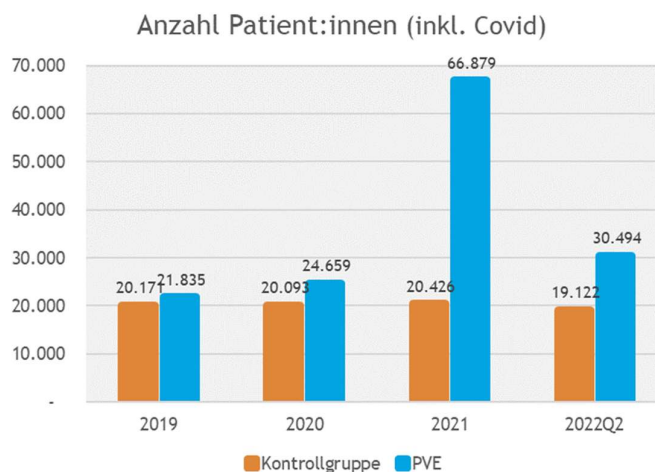


Abbildung 3: Anzahl Patient:innen (inkl. Covid) - PVE vs. Kontrollgruppen

Um die Vergleichbarkeit mit den Kontrollgruppen sicherzustellen und Verzerrungen zu vermeiden, wurden alle spezifischen Covid-Leistungen (Testungen und Impfungen) aus den Auswertungen ausgeschlossen. Während sich die Anzahl der Patient:innen dadurch in den Kontrollgruppen kaum veränderte, reduzierte sich die Anzahl in den PVE im Jahr 2021 um rund 59 % (39.643 statt 66.879). Auch im 1. Halbjahr 2022 sank die Patient:innen-Zahl durch den Ausschluss um rund 16 % in den PVE (siehe Abbildung 4).

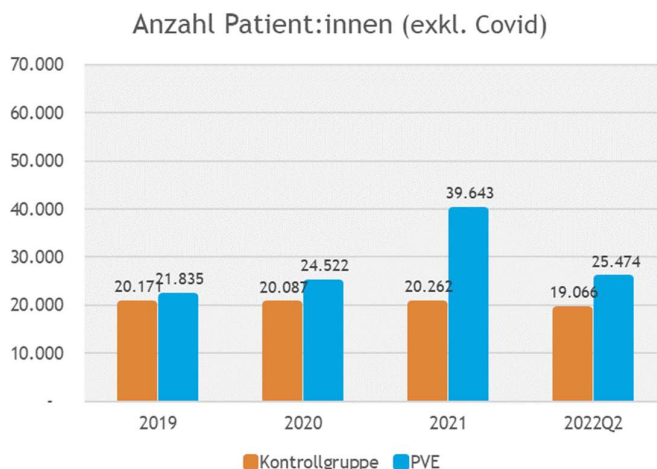


Abbildung 4: Anzahl Patient:innen (exkl. Covid) - PVE vs. Kontrollgruppen

Aufgrund der besseren Vergleichbarkeit werden in nachfolgenden Auswertungen alle Daten exkl. Covid-Leistungen dargestellt.

Erläuterung 2: Auswertungen exkl. Covid-Leistungen für eine bessere Vergleichbarkeit

Im Jahr 2019 betrug die Gesamtanzahl der PVE-Patient:innen (exkl. Covid) 21.835. Im Jahr 2020 konsultierten rund 12 % mehr Patient:innen die PVE als 2019, im Jahr 2021 rund 62 % mehr als im Jahr 2020. Insgesamt verzeichneten die PVE im Jahr 2021 39.643 Patient:innen (exkl. Covid). Im ersten Halbjahr 2022 gab es in den PVE mehr Patient:innen als im gesamten Jahr 2020 (25.474 vs. 24.522) (siehe Tabelle 9). Der Anstieg ist größtenteils der PVE St. Pölten zuzuordnen.

PVE Patient:innen gesamt (exkl. Covid)	2019	2020	2021	2022Q2	Gesamt
PVE Böheimkirchen	6.466	6.041	7.135	5.393	25.035
PVE Schwechat	8.096	7.548	8.863	6.433	30.940
PVE St. Pölten	7.273	10.933	23.645	13.648	55.499
Gesamt	21.835	24.522	39.643	25.474	111.474

Tabelle 9: Anzahl Patient:innen exkl. Covid - PVE gesamt

In den Kontrollgruppen blieb die Zahl der Patient:innen (exkl. Covid) von 2019 bis zum ersten Halbjahr 2022 nahezu konstant (siehe Tabelle 10).

KTGR Patient:innen (exkl. Covid)	2019	2020	2021	2022Q2	Gesamt
KTGR Böheimkirchen	7.295	7.249	7.373	6.948	28.865
KTGR Schwechat	7.059	7.075	7.093	6.705	27.932
KTGR St. Pölten	5.817	5.763	5.796	5.413	22.789
Gesamt	20.171	20.087	20.262	19.066	79.586

Tabelle 10: Anzahl Patient:innen exkl. Covid - Kontrollgruppen gesamt

Die Entwicklung der Patient:innen-Zahlen (exkl. Covid) von 2019 bis zum 2. Quartal 2022 verhielt sich in Böheimkirchen und Schwechat sowohl in den PVE als auch den Kontrollgruppen sehr ähnlich. In diesen PVE stieg die Anzahl an Patient:innen (exkl. Covid) von 2019 bis 2021 jeweils um rund 10 % (siehe Abbildung 5 und Abbildung 6), während sich die Anzahl an Patient:innen in der PVE St. Pölten zwischen 2020 und 2021 verdoppelte und von 2019 bis 2021 nahezu verdreifachte (siehe Abbildung 7).

Anzahl Patient:innen (Böheimkirchen, exkl. Covid)

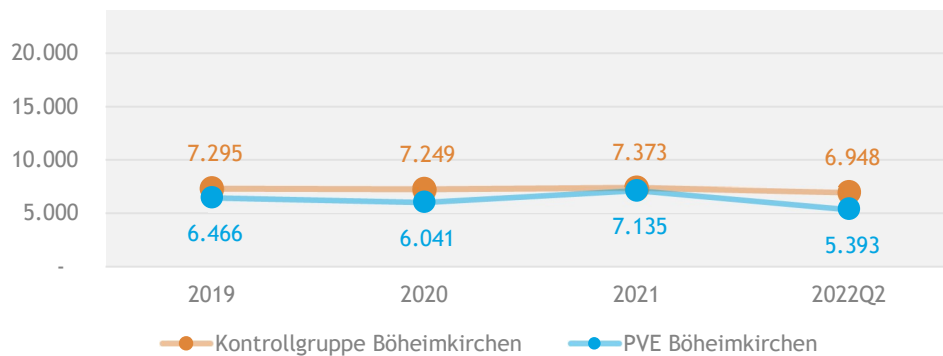


Abbildung 5: Anzahl der Patient:innen exkl. Covid - Böheimkirchen

Anzahl Patient:innen (Schwechat, exkl. Covid)

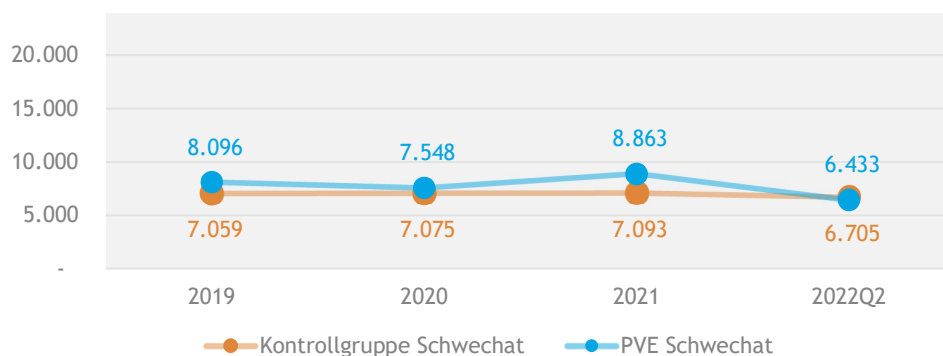


Abbildung 6: Anzahl der Patient:innen exkl. Covid - Schwechat

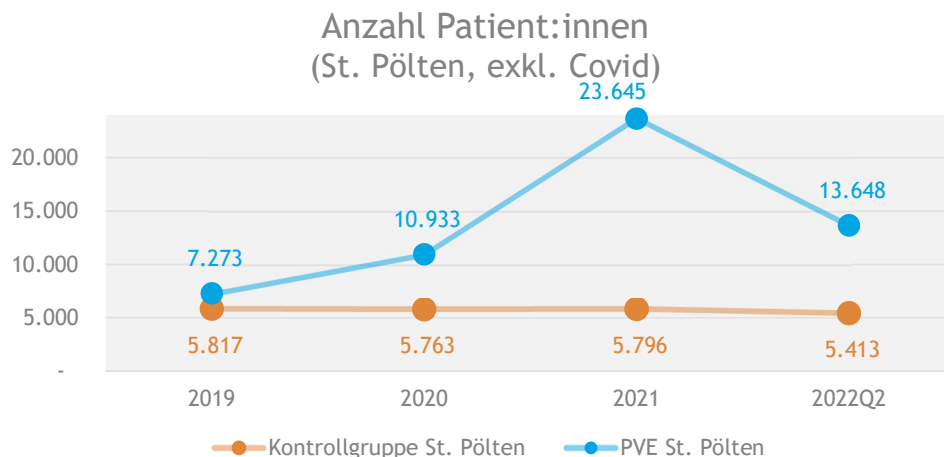


Abbildung 7: Anzahl der Patient:innen exkl. Covid - St. Pölten

4.1.2. ANZAHL UND ANTEIL STAMMPATIENT:INNEN A

Stammpatient:innen A bilden den Anteil jener Patienten:innen ab, die in einem Jahr mehr Kontakte in der PVE bzw. Kontrollgruppe hatten als bei anderen Allgemeinmediziner:innen (siehe Kapitel 3.1). Dieser Anteil war in den PVE über die Jahre 2019 bis 2021 deutlich niedriger als in den Kontrollgruppen (siehe Tabelle 11 und Tabelle 12) und lag im Jahr 2021 bei 57,1 % in den PVE und 94,0 % bei den Kontrollgruppen, wobei die PVE Böheimkirchen mit 75,0 % den höchsten Anteil an Stammpatient:innen A zu verzeichnen hatte, die PVE St. Pölten mit 47,3 % den niedrigsten.

PVE Stammpat. A	2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%
PVE Böheimkirchen	5.278	81,6%	5.005	82,9%	5.351	75,0%
PVE Schwechat	5.813	71,8%	5.630	74,6%	6.094	68,8%
PVE St. Pölten	4.115	56,6%	6.378	58,3%	11.185	47,3%
Gesamt	15.206	69,6%	17.013	69,4%	22.630	57,1%

Tabelle 11: Anteil Stammpatient:innen A - PVE gesamt

KTGR Stammpat. A	2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%
KTGR Böheimkirchen	6.795	93,1%	6.837	94,3%	6.876	93,3%
KTGR Schwechat	6.768	95,9%	6.803	96,2%	6.767	95,4%
KTGR St. Pölten	5.421	93,2%	5.393	93,6%	5.398	93,1%
Gesamt	18.984	94,1%	19.033	94,8%	19.041	94,0%

Tabelle 12: Anteil Stammpatient:innen A - Kontrollgruppen

In den PVE betrug der Anteil an Stammpatient:innen A von 2019 bis 2021 rund 64 %, in den Kontrollgruppen rund 94 % (siehe Abbildung 8).

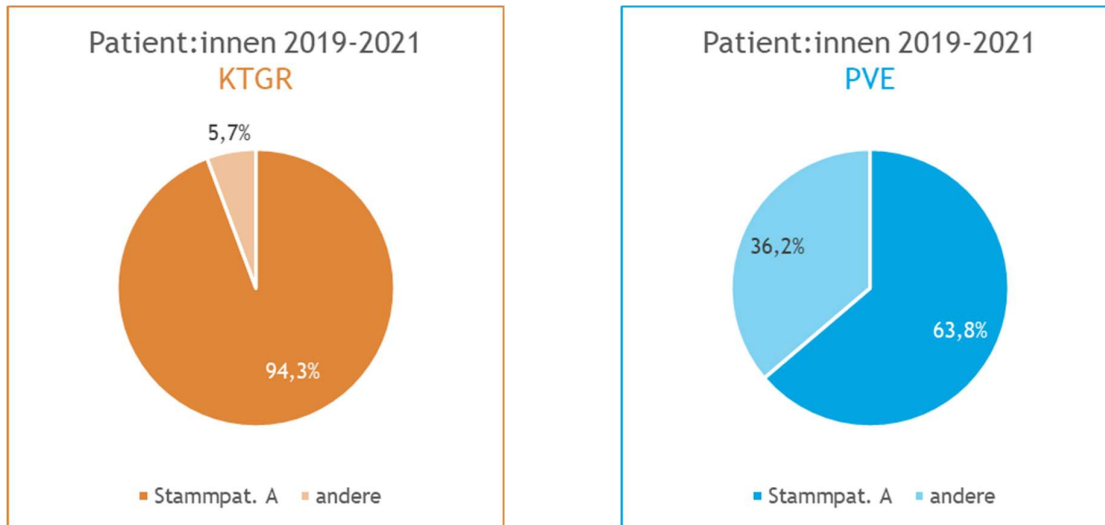


Abbildung 8: Anteil Stammpatient:innen A - PVE vs. Kontrollgruppen 2019-2021

Während der Anteil an Stammpatient:innen A in den verschiedenen Kontrollgruppen relativ konstant bei 93 % bis 96 % lag, schwankte dieser Anteil zwischen den einzelnen PVE-Standorten deutlich (siehe Abbildungen 9-11). So war der Anteil an Stammpatient:innen A in der PVE St. Pölten über die Jahre 2019 bis 2021 mit rund 52 % am niedrigsten (siehe Abbildung 11), in der PVE Schwechat mit rund 72 % (siehe Abbildung 10) höher und in der PVE Böheimkirchen mit ca. 80 % (siehe Abbildung 9) am höchsten.

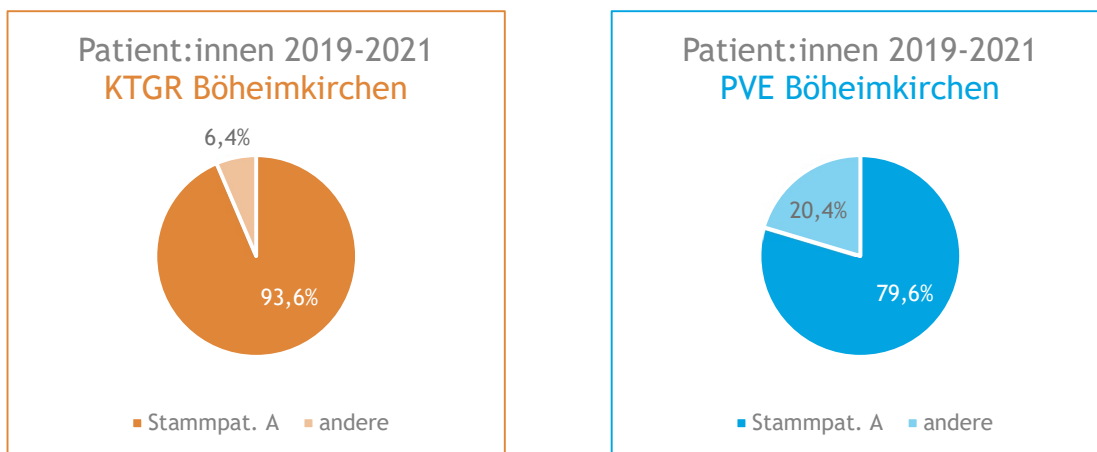


Abbildung 9: Anteil Stammpatient:innen A - Böheimkirchen PVE vs. Kontrollgruppe

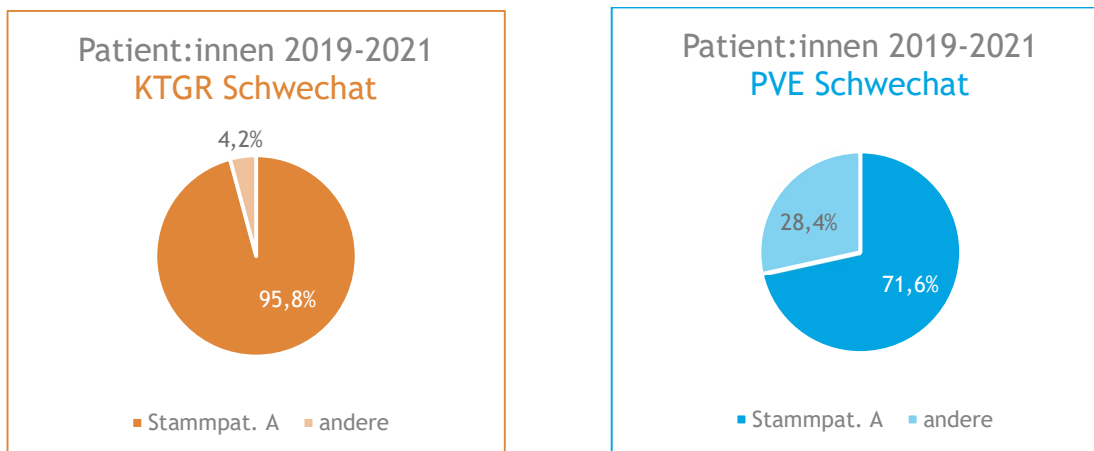


Abbildung 10: Anteil Stammpatient:innen A - Schwechat PVE vs. Kontrollgruppe

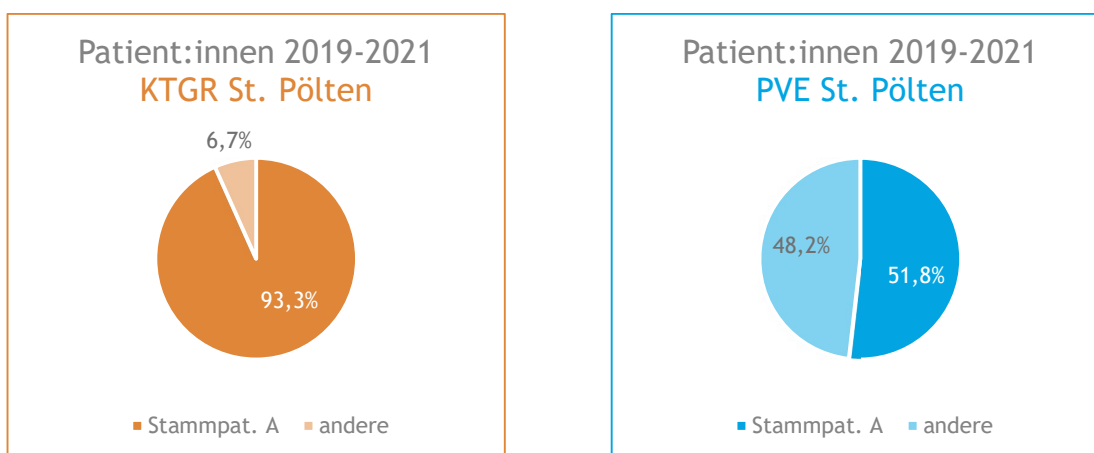


Abbildung 11: Anteil Stammpatient:innen A - St. Pölten PVE vs. Kontrollgruppe

4.1.3. ANZAHL UND ANTEIL STAMMPATIENT:INNEN B

Stammpatient:innen B stellen die Patient:innen mit stärkerer Bindung zur Ordination dar. Es sind jene Patient:innen, die in einem Jahr die Mehrzahl der Kontakte in der Mehrzahl der Quartale mit Kontakt (mindestens zwei) in einer PVE bzw. Kontrollgruppe hatten (im Vergleich zu anderen Allgemeinmediziner:innen) (siehe Kapitel 3.1).

Der Anteil der Stammpatient:innen B war in allen Betrachtungsjahren in den PVE deutlich niedriger als in den Kontrollgruppen. Im Jahr 2021 betrug der Anteil in den PVE insgesamt 39,2 %, in den Kontrollgruppen 85,5 %. Während die Absolutzahlen der Stammpatient:innen B seit 2019 kontinuierlich gestiegen sind, ist der Anteil der Stammpatient:innen B in den PVE seit 2019 gesunken (siehe Tabelle 13 und Tabelle 14).

PVE Stammpat. B	2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%
PVE Böheimkirchen	4.029	62,3%	3.658	60,6%	4.143	58,1%
PVE Schwechat	4.174	51,6%	3.854	51,1%	4.333	48,9%
PVE St. Pölten	2.863	39,4%	3.994	36,5%	7.051	29,8%
Gesamt	11.066	50,7%	11.506	46,9%	15.527	39,2%

Tabelle 13: Anteil Stammpatient:innen B - PVE gesamt

KTGR Stammpat. B	2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%
KTGR Böheimkirchen	6.202	85,0%	6.134	84,6%	6.287	85,3%
KTGR Schwechat	6.229	88,2%	6.090	86,1%	6.196	87,4%
KTGR St. Pölten	4.860	83,5%	4.687	81,3%	4.847	83,6%
Gesamt	17.291	85,7%	16.911	84,2%	17.330	85,5%

Tabelle 14: Anteil Stammpatient:innen B - Kontrollgruppen gesamt

Insgesamt verzeichneten die PVE einen Anteil von 44,3 % Stammpatient:innen B in den Jahren 2019 bis 2021, die Kontrollgruppen 85,1 % (siehe Abbildung 12).

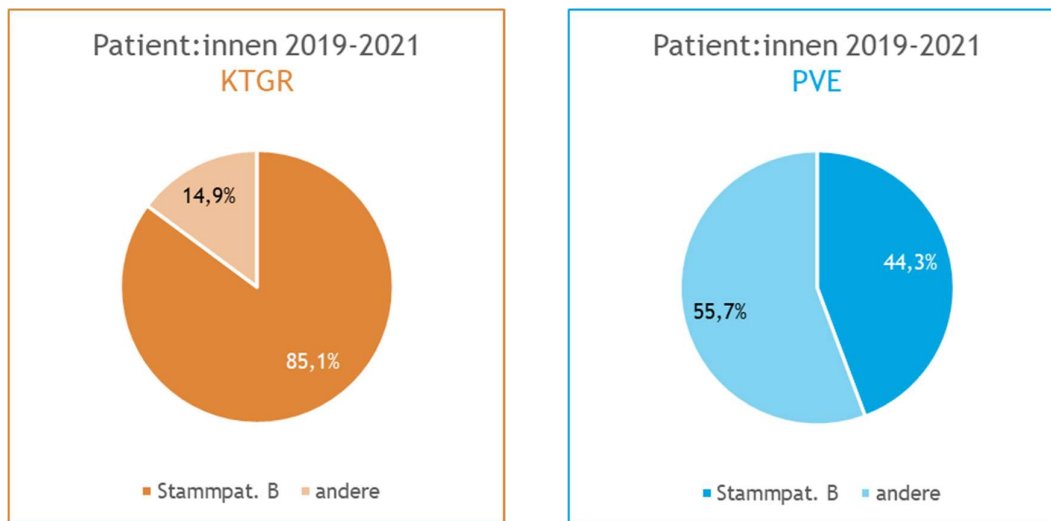


Abbildung 12: Anteil Stammpatient:innen B - PVE vs. Kontrollgruppen

In den nachfolgenden Darstellungen werden hauptsächlich die Stammpatient:innen B ausführlich beschrieben, Stammpatient:innen A und alle Patient:innen werden zumeist textlich erwähnt und sind ansonsten im Tabellenband zu finden.

Erläuterung 3: Ergebnisdarstellung der Stammpatient:innen B, der Stammpatient:innen A und aller Patient:innen

Während der Anteil an Stammpatient:innen B im Zeitraum 2019 bis 2021 in den verschiedenen Kontrollgruppen relativ konstant bei 83 % bis 87 % lag, schwankt dieser Anteil zwischen den einzelnen PVE deutlich. So ist der Anteil an Stammpatient:innen B in der PVE St. Pölten über die Jahre 2019 bis 2021 mit rund 33 % am niedrigsten, in der PVE Schwechat mit rund 50 % höher und in der PVE Böheimkirchen mit ca. 60 % am höchsten (siehe Abbildungen 13-15).

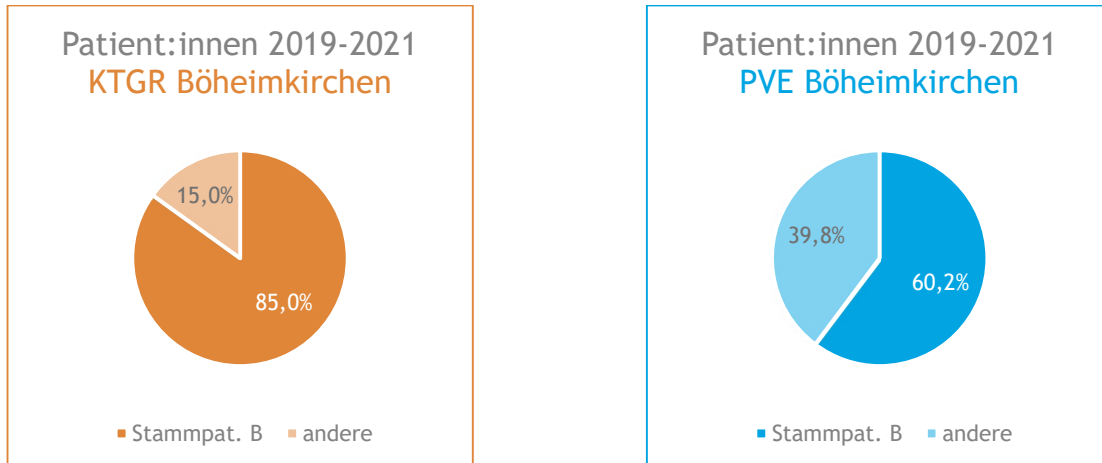


Abbildung 13: Anteil Stammpatient:innen B - Böhheimkirchen PVE vs. Kontrollgruppe

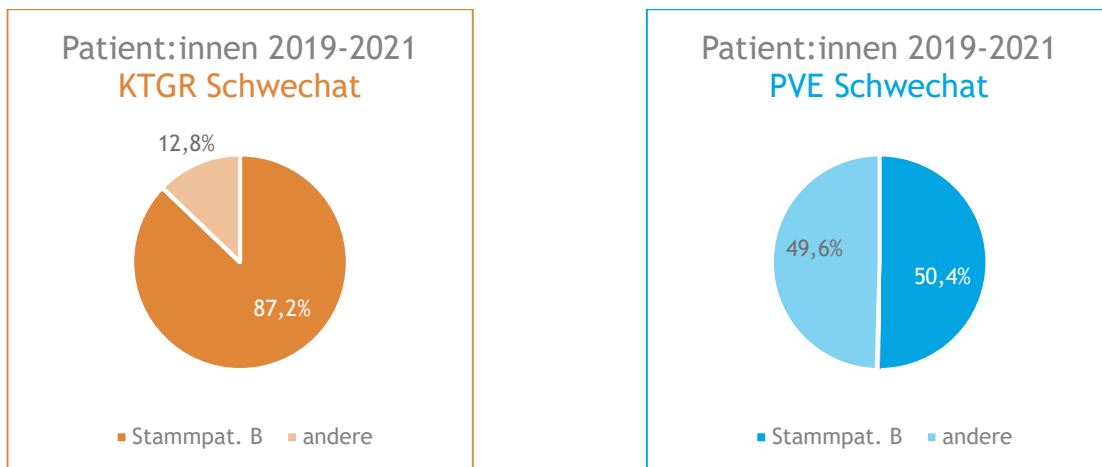


Abbildung 14: Anteil Stammpatient:innen B - Schwechat PVE vs. Kontrollgruppe

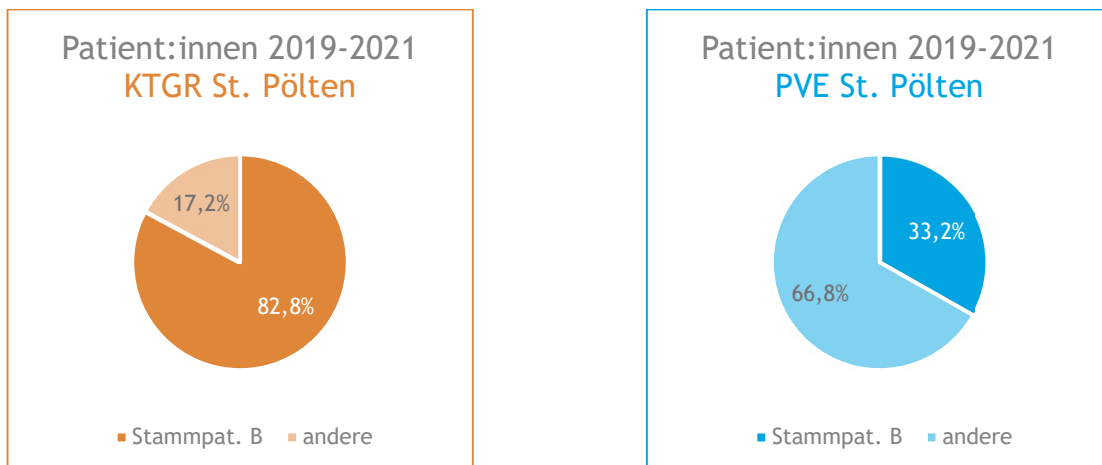


Abbildung 15: Anteil Stammpatient:innen B - St. Pölten PVE vs. Kontrollgruppe

4.1.4. VERGLEICH DER PATIENT:INNEN-GRUPPEN

Bei Betrachtung der Patient:innen-Gruppen wird ersichtlich, dass im Jahr 2021 in der PVE St. Pölten in Absolutzahlen die meisten Patient:innen sowie Stammpatient:innen A und B betreut wurden (siehe Abbildung 16). Die relativen Anteile der Stammpatient:innen A (52 %) und B (33 %) an der Gesamtanzahl an Stammpatient:innen sind in der PVE St. Pölten allerdings – im Gegensatz zu den anderen PVE – am niedrigsten. Die Anteile der anderen PVE unterscheiden sich nur wenig, jedoch lagen sie konstant unter den Stammpatient:innen-Anteilen der jeweiligen Kontrollgruppen.

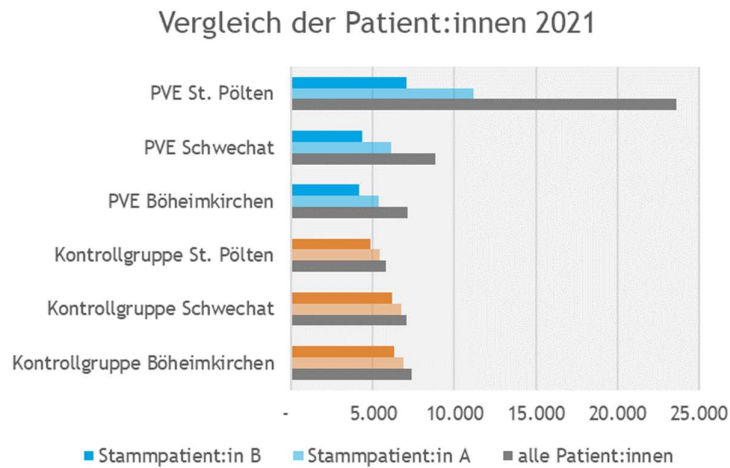


Abbildung 16: Vergleich der Patient:innen-Gruppen 2021

4.1.5. DARSTELLUNG ANTEILE ALTERSGRUPPEN UND ALTERSSTANDARDISIERUNG

Die Darstellung der Altersgruppen für die verschiedenen Patient:innen-Gruppen zeigt deutliche Unterschiede zwischen den PVE und den Kontrollgruppen. In den PVE ist die Altersgruppe der unter 45-Jährigen stärker vertreten als in den Kontrollgruppen. Die Stammpatient:innen A sind sowohl in den PVE als auch in den Kontrollgruppen etwas jünger als die Stammpatient:innen B bzw. alle Patient:innen. Die Stammpatient:innen B bzw. generell die Patient:innen der PVE sind im Verhältnis zu jenen in den Kontrollgruppen jünger (siehe Abbildungen 17-19).

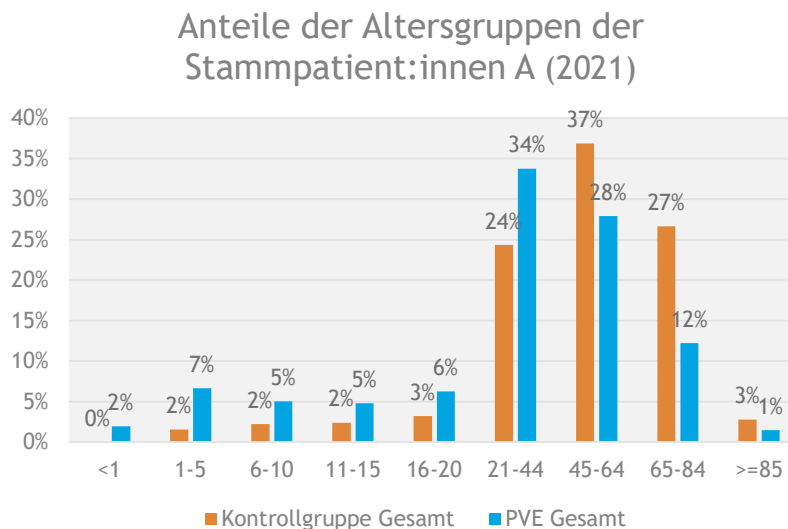


Abbildung 17: Anteile der Altersgruppen der Stammpatient:innen A (2021)

Anteile der Altersgruppen der Stammpatient:innen B (2021)

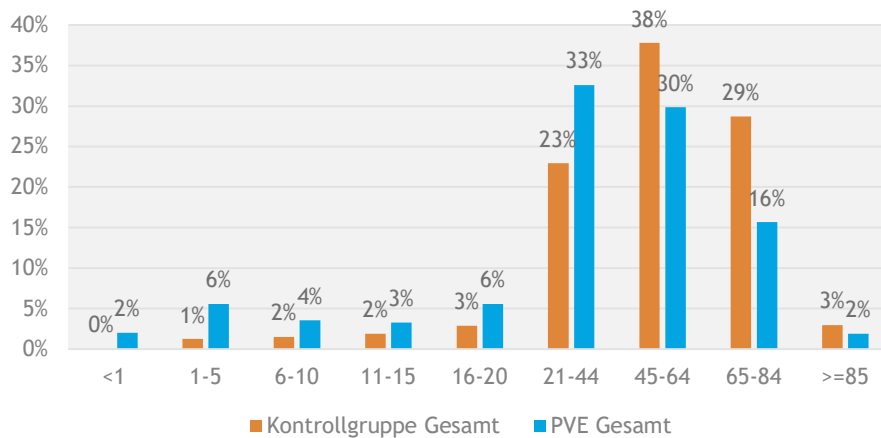


Abbildung 18: Anteile der Altersgruppen der Stammpatient:innen B (2021)

Anteile der Altersgruppen aller Patient:innen (2021)

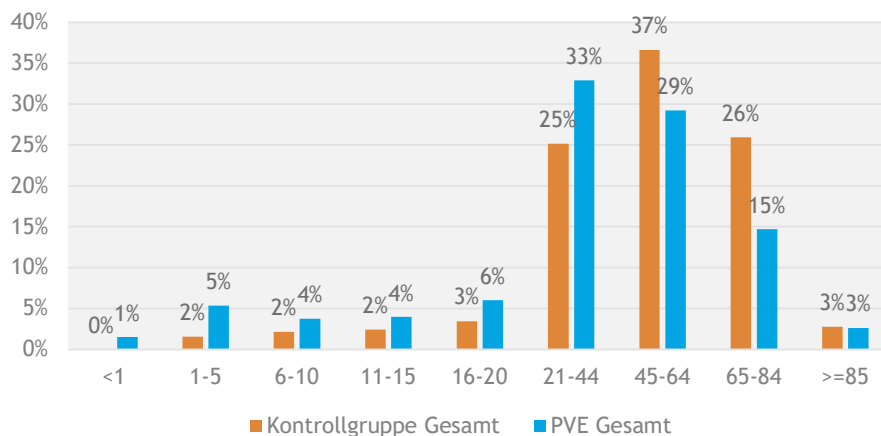


Abbildung 19: Anteile der Altersgruppen aller Patient:innen (2021)

In der PVE Böheimkirchen unterscheidet sich die Altersstruktur der Stammpatient:innen B nicht stark von jener der Kontrollgruppe Böheimkirchen, obwohl auch hier ersichtlich wird, dass mehr Kinder und tendenziell jüngere Stammpatient:innen B in der PVE betreut werden (siehe Abbildung 20). In der PVE Schwechat ist der Anteil an Stammpatient:innen B unter 45 Jahren deutlich höher als in der Kontrollgruppe. Im Gegenzug finden sich in der Kontrollgruppe Schwechat deutlich mehr ältere Stammpatient:innen B (über 65 Jahre) (siehe Abbildung 21). In St. Pölten zeigt sich insbesondere bei den unter 20-Jährigen ein stärkerer Anteil an Stammpatient:innen B, die in der PVE versorgt werden. Auch hier sind die Stammpatient:innen B in der PVE deutlich jünger als in der Kontrollgruppe (siehe Abbildung 22).

Anteile der Altersgruppen der Stammpatient:innen B (Böheimkirchen, 2021)

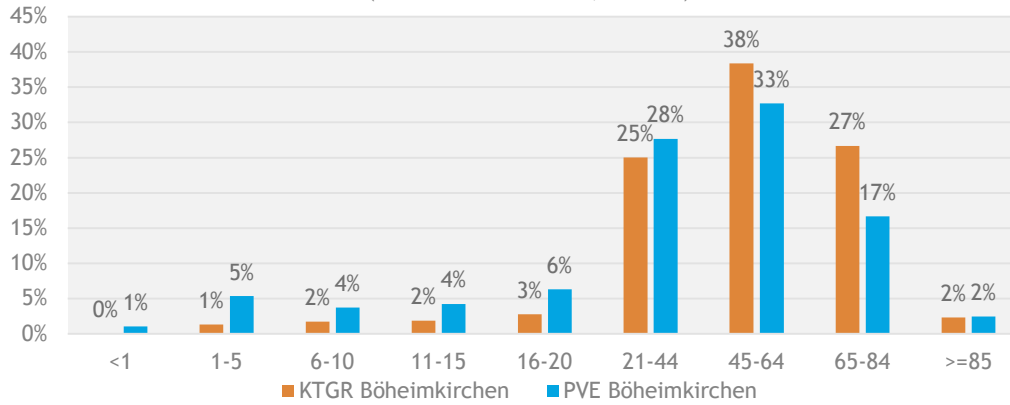


Abbildung 20: Anteile der Altersgruppen der Stammpatient:innen B - Böheimkirchen, 2021

Anteile der Altersgruppen der Stammpatient:innen B (Schwechat, 2021)

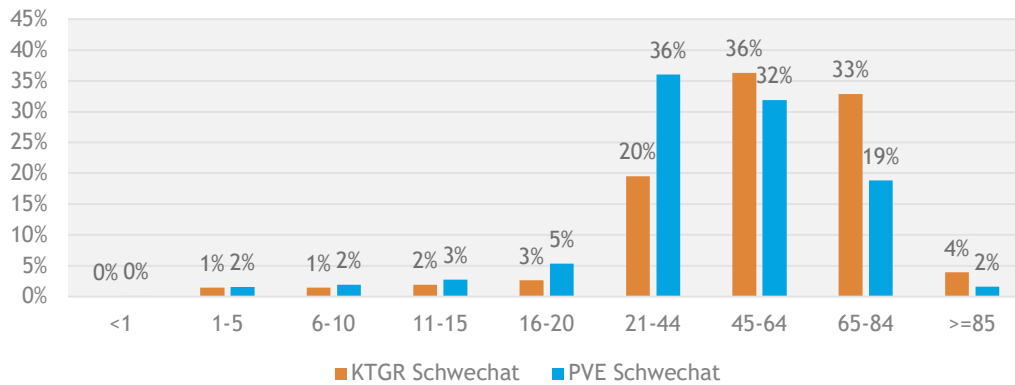


Abbildung 21: Anteile der Altersgruppen der Stammpatient:innen B - Schwechat, 2021

Anteile der Altersgruppen der Stammpatient:innen B (St. Pölten, 2021)

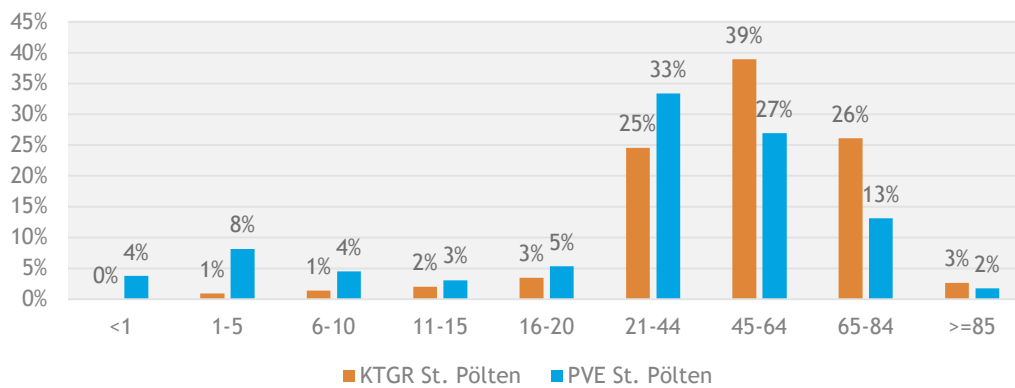


Abbildung 22: Anteile der Altersgruppen der Stammpatient:innen B - St. Pölten, 2021

Aufgrund der unterschiedlichen Altersstrukturen der Patient:innen der PVE bzw. KTGR werden einige Indikatoren für eine bessere Vergleichbarkeit altersstandardisiert dargestellt.

Unter dem Begriff „Altersstandardisierung“ versteht man ein statistisches Verfahren zur Herstellung einer Vergleichbarkeit von zwei oder mehr Untersuchungsgruppen, welche eine unterschiedliche Alterszusammensetzung aufweisen.

In diesem Bericht wird für eine überregionale Vergleichbarkeit die österreichische Bevölkerung als Bezugsbevölkerung bzw. Referenzpopulation herangezogen und die Auswertungsgruppen entsprechend der Verteilung dieser Bevölkerungsstruktur gewichtet. Mit diesem statistischen Verfahren gelingt eine von demografischen Veränderungen oder Unterschieden unabhängige Beurteilung von Häufigkeiten.

Erläuterung 4: Beschreibung Altersstandardisierung

Die Struktur verändert sich durch die Altersstandardisierung bei der Kontrollgruppe stärker als bei den PVE, da in der Kontrollgruppe das Patient:innen-Klientel durchschnittlich älter ist als in der österreichischen Bevölkerung (siehe Abbildung 23 und Abbildung 24). Davon ausgehend werden ausgewählte Indikatoren zusätzlich zu den Originaldaten auch altersstandardisiert dargestellt, um Unterschiede aufgrund der Altersstruktur auszugleichen und Vergleichbarkeit herzustellen.

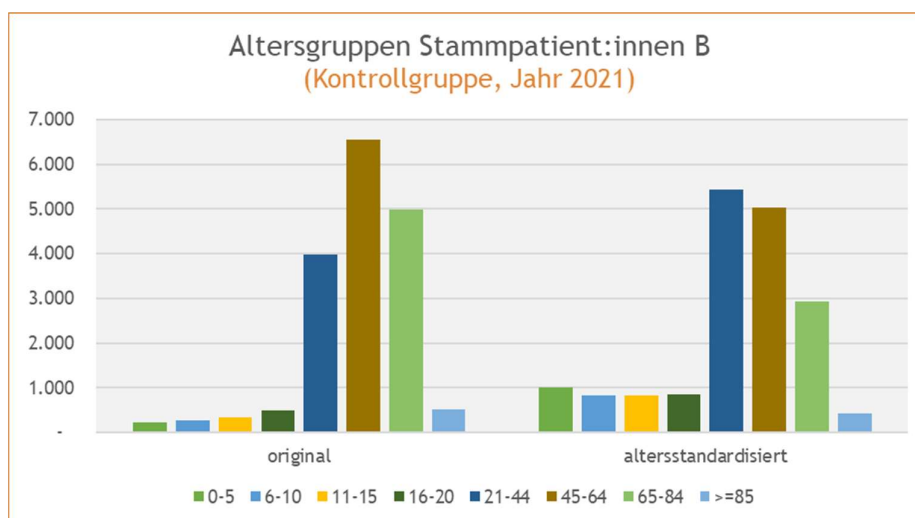


Abbildung 23: Altersgruppen Stammpatient:innen B - Kontrollgruppe 2021

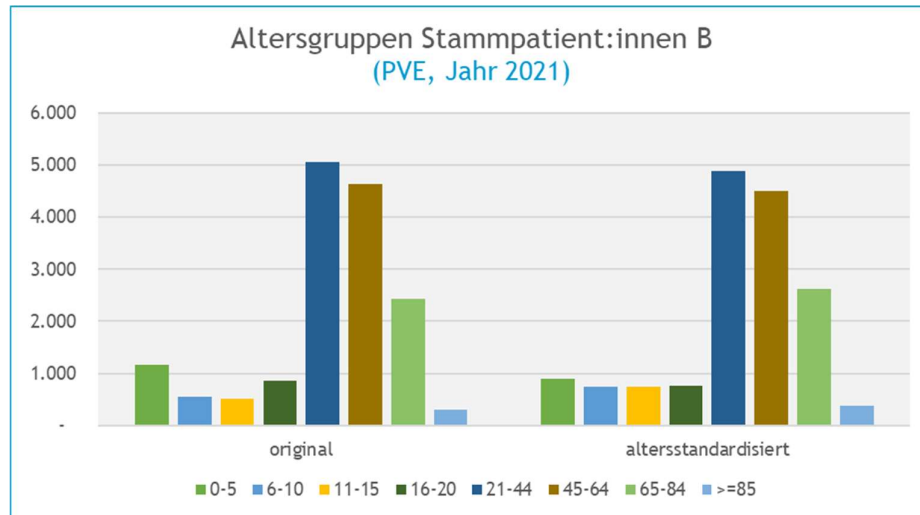


Abbildung 24: Altersgruppen Stammpatient:innen B - PVE gesamt 2021

4.1.6. KONTAKTE / PATIENT:IN (KERNTEAM)

Da in den Kontrollgruppen alle Kontakte dem „Kernteam“ zuzuordnen sind, wurden – für eine bessere Vergleichbarkeit – alle Kontakte in den Kontrollgruppen allen Kernteam-Kontakten in den PVE gegenübergestellt (siehe Tabelle 5). Außerdem ist zu beachten, dass die Dokumentation der Leistungen bzw. Kontakte in den PVE aufgrund der Verrechnung über die Kopfpauschale (siehe Erläuterung 5) vermutlich nicht vollständig ist. Es wird von einer höheren Anzahl an Leistungen ausgegangen.

Um Kontakte (entspricht „Frequenzen“) der PVE mit den Kontrollgruppen vergleichen zu können, wurden die Kontakte je Patient:in berechnet. Diese waren 2021 in den Kontrollgruppen (12,8) mehr als doppelt so hoch wie in den PVE (5,6). Patient:innen der PVE kommen also seltener in die PVE als jene in den Praxen der Kontrollgruppen (siehe Tabelle 15 und Tabelle 16). Der Unterschied bleibt auch nach der Altersstandardisierung nahezu gleich hoch (2021: 5,6 PVE vs. 12,3 KTGR). Über die Jahre hinweg (2019-2021) blieb die Anzahl der Kontakte sowohl in den PVE als auch in den Kontrollgruppen nahezu konstant (siehe Abbildung 25 und Abbildung 26).

PVE: Kontakte / Patient:in original	2019	2020	2021
PVE Böheimkirchen	8,2	8,3	8,2
PVE Schwechat	6,3	8,6	7,5
PVE St. Pölten	5,3	5,1	4,3
Gesamt	6,6	6,8	5,6

Tabelle 15: Kernteam-Kontakte je Kernteam-Patient:in - PVE, Original Daten

KTGR: Kontakte / Patient:in original	2019	2020	2021
KTGR Böheimkirchen	12,1	12,0	12,9
KTGR Schwechat	13,2	12,9	13,4
KTGR St. Pölten	11,3	10,9	11,8
Gesamt	12,3	12,0	12,8

Tabelle 16: Kontakte je Patient:in - Kontrollgruppen, Original Daten

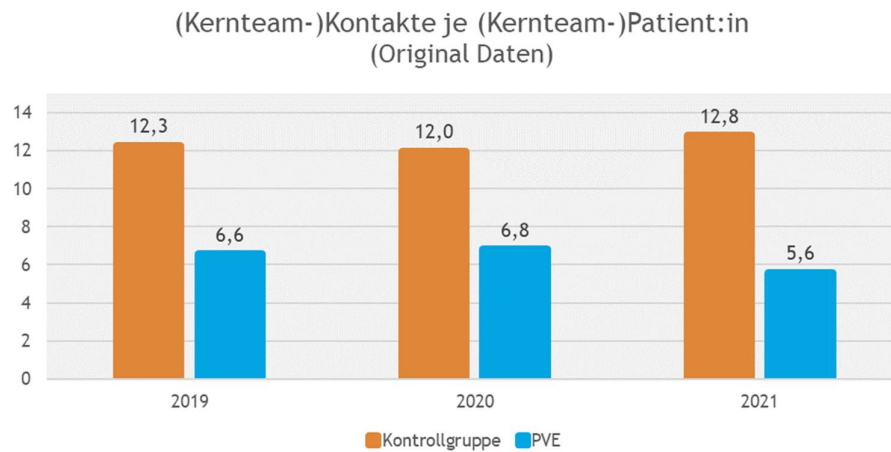


Abbildung 25: (Kernteam-)Kontakte je (Kernteam-)Patient:in - Original Daten

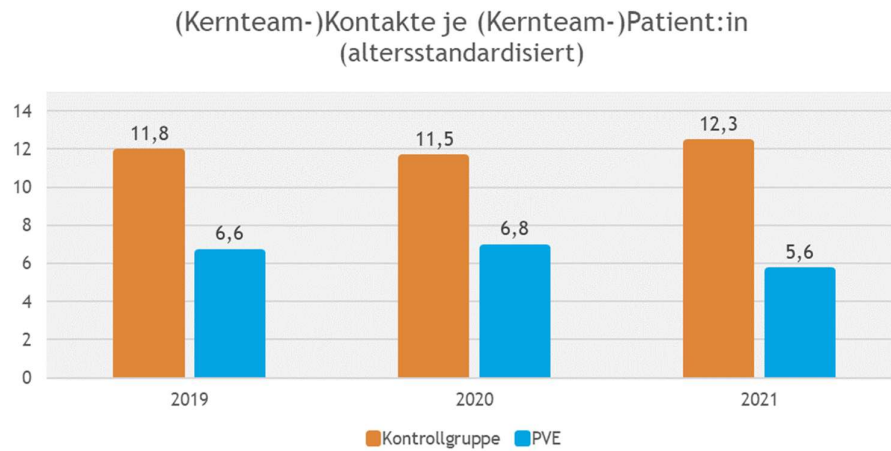
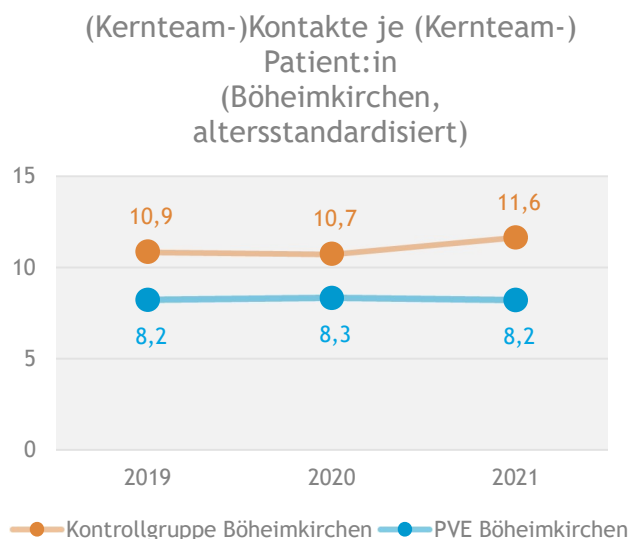


Abbildung 26: (Kernteam-)Kontakte je (Kernteam-)Patient:in - altersstandardisiert

In allen PVE lag in allen Betrachtungsjahren die Anzahl an (Kernteam-)Kontakten je (Kernteam-)Patient:in altersstandardisiert unter der jeweiligen Anzahl der Kontrollgruppen (siehe Abbildungen 27-29).

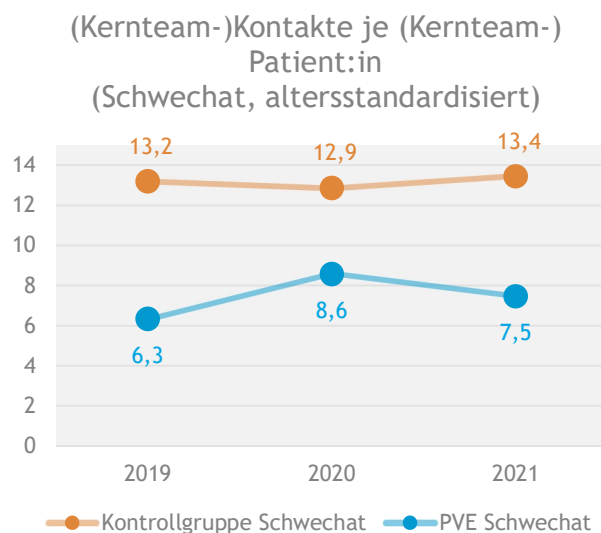
Die meisten Kernteam-Kontakte je Kernteam-Patient:in wurden 2021 altersstandardisiert in der PVE Böheimkirchen verzeichnet (8,2) (siehe Abbildung 27).

Abbildung 27: (Kernteam-)Kontakte je (Kernteam-)Patient:in - Böheimkirchen, altersstandardisiert



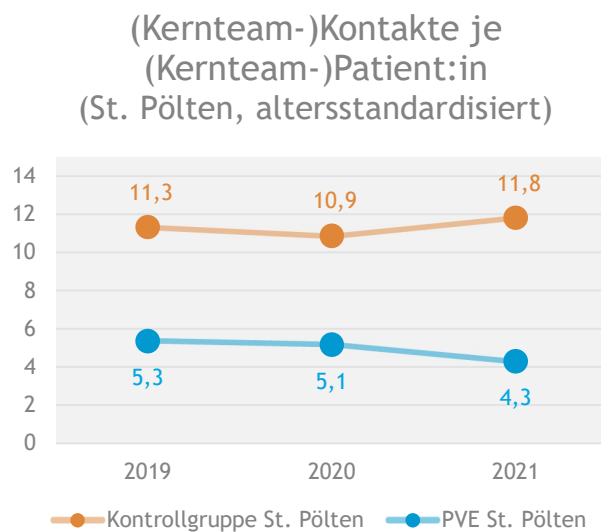
Mit 7,5 Kernteam-Kontakten je Kernteam-Patient:in lag die PVE Schwechat im PVE-Mittelfeld und unter den Kontakten je Patient:in der Kontrollgruppe (13,4) (siehe Abbildung 28).

Abbildung 28: (Kernteam-)Kontakte je (Kernteam-)Patient:in - Schwechat, altersstandardisiert



Mit Abstand die niedrigste Anzahl an Kernteam-Kontakten je Kernteam-Patient:in wurde mit 4,3 im Jahr 2021 in der PVE St. Pölten dokumentiert (siehe Abbildung 29).

Abbildung 29: (Kernteam-)Kontakte je (Kernteam-)Patient:in - St. Pölten, altersstandardisiert



4.1.7. KONTAKTE / PATIENT:IN (ERWEITERTES TEAM)

Da kein erweitertes Team in den Kontrollgruppen zur Verfügung steht, gibt es zu dieser Kennzahl keine Vergleichszahlen. Es gibt außerdem keine Daten zum erweiterten Team von der SVS und der BVAEB. Die folgenden Zahlen basieren damit ausschließlich auf den Daten der ÖGK.

Bei Betrachtung der Anzahl der Kontakte des erweiterten Teams sowie der durchschnittlichen Kontakte je Patient:in mit Leistungen aus dem erweiterten Team zeigen sich stark abweichende Werte zwischen den einzelnen PVE. Dabei ist zu beachten, dass in der PVE Schwechat während der Pandemie und insbesondere während der Lockdowns Konsultationen und Beratungen des gesamten erweiterten Teams extra erfasst wurden (siehe Abbildung 30 und Abbildung 31).

Anzahl Kontakte erweitertes Team

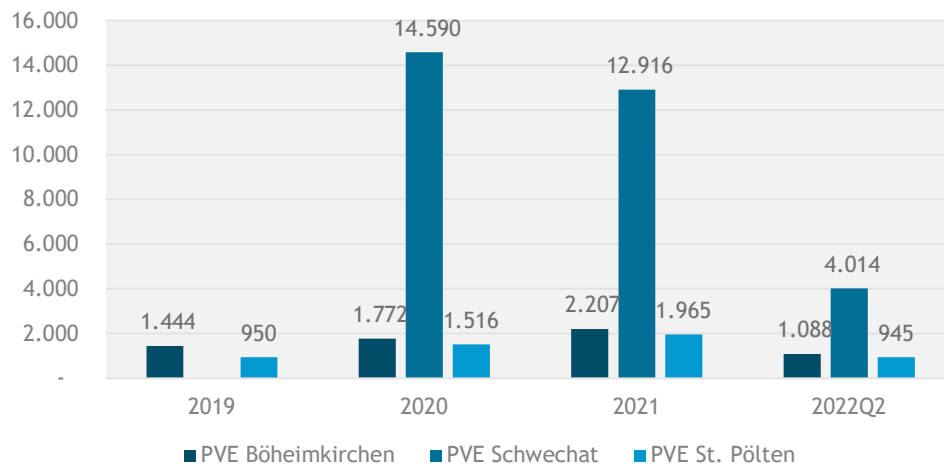


Abbildung 30: Anzahl Kontakte erweitertes Team

Kontakte erweitertes Team / Patient:in mit Leistungen aus Erweitertem Team

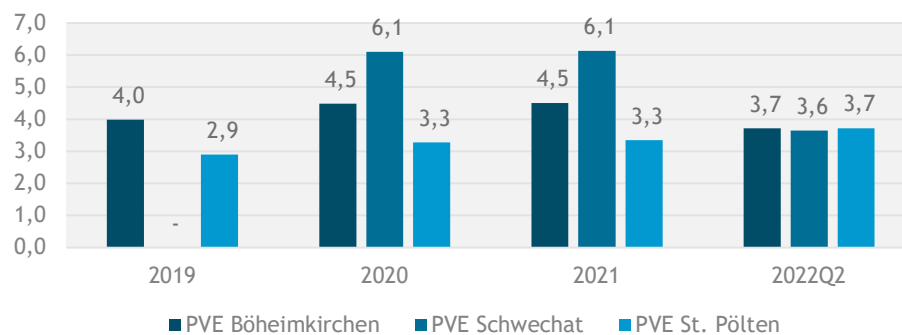


Abbildung 31: Kontakte erweitertes Team/Patient:in mit Leistungen aus erweitertem Team

4.1.8. ANTEIL VERRECHENBARE & NICHT-VERRECHENBARE LEISTUNGEN

Für die ÖGK-Versicherten werden in Folge verrechenbare sowie nicht verrechenbare Leistungen der PVE dargestellt.

Während die ÖGK mit herkömmlichen allgemeinmedizinischen Praxen auf Einzelleistungsbasis abrechnet, erfolgt die Honorierung der PVE teilpauschaliert. Das heißt, ein Teil der ursprünglichen Einzelleistungen werden den PVE in Form einer **Kopfpauschale**, welche sich nach Altersgruppen der Patient:innen unterscheidet und auf Basis des Mittelwerts der allgemeinmedizinischen Ordinationen in NÖ berechnet wurden, vergütet (= **nicht verrechenbare Leistungen**). Alle restlichen Leistungen werden weiterhin einzeln honoriert (= **verrechenbare Leistungen**). Die PVE sind jedoch verpflichtet, auch die nicht verrechenbaren Leistungen weiterhin zu dokumentieren.

Die Leistungen des Kernteams setzen sich aus verrechenbaren und nicht verrechenbaren Leistungen zusammen, wohingegen das erweiterte Team ausschließlich nicht verrechenbare Leistungen erbringt.

Für die SVS und die BVAEB bleibt die Leistungsverrechnung im Vergleich zu herkömmlichen allgemeinmedizinischen Praxen unverändert.

Erläuterung 5: Beschreibung verrechenbarer und nicht verrechenbarer Leistungen sowie der Kopfpauschale

In der PVE Böheimkirchen bleibt der Anteil an verrechenbaren Leistungen konstant über die Jahre bei rund 51 %. In der PVE Schwechat zeigt sich ein Abfall von 64 % im Jahr 2019 auf rund 48 % im Jahr 2020 bzw. 50 % im Jahr 2021. Der Anteil der verrechenbaren Leistungen in der PVE St. Pölten pendelt sich in allen Jahren zwischen 53 % und 56 % ein (siehe Abbildung 32). Ein Anstieg an Leistungen verändert das Verhältnis verrechenbarer und nicht verrechenbarer Leistungen nicht notwendigerweise.

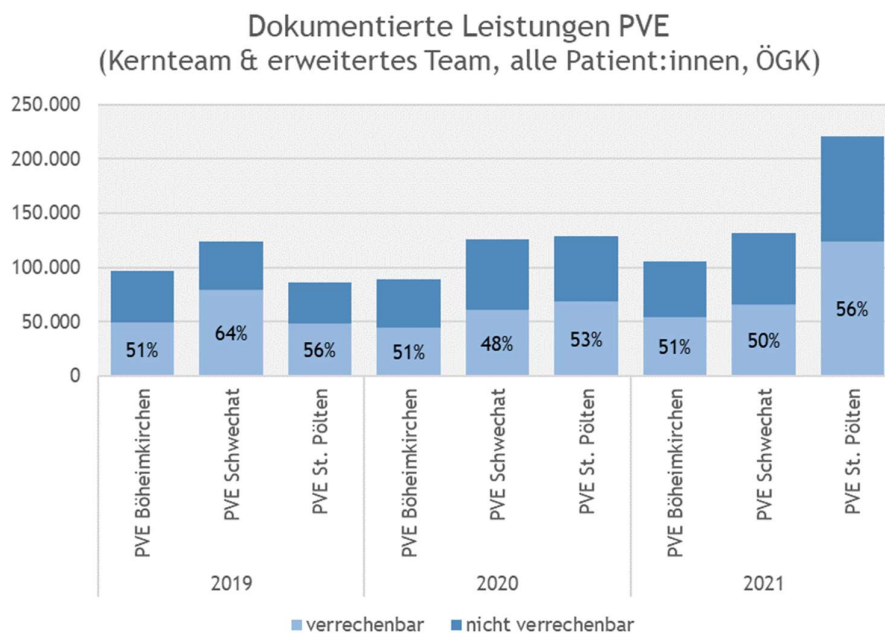


Abbildung 32: Dokumentierte Leistungen PVE

4.1.9. VERRECHENBARE LEISTUNGEN

Zusätzlich zu den jeweiligen Kopfpauschalen sind einzelne Positionen auch für PVE zur Verrechnung möglich (siehe Erläuterung 5). Zu den am häufigsten verrechneten Leistungen der PVE zählen die Reinigung/ Wundtoilette einer Wunde, Vorsorgeuntersuchungen, der Verbandwechsel und Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen. Von 2018 bis 2021 zeigt sich im Zeitverlauf ein starker Anstieg bei Wund-Leistungen und Vorsorgeuntersuchungen. Bei den Vorsorgeuntersuchungen ist zuerst ein Anstieg (2018 auf 2019) und anschließend ein Abfall (2019-2020) bemerkbar. Von 2020 auf 2021 nahmen die Vorsorgeuntersuchungen wieder stark zu und pendelten sich im Jahr 2022 auf ein gleichmäßiges Niveau ein. Von 2018 bis 2021 stiegen Naht- und/oder Klammerentfernungen an (siehe Tabelle 17).

Verrechenbare Leistungen PVE Gesamt	2019	2020	2021	HR 2022*
1 Tagesvisite an Werktagen	700	497	500	470
15 Besuchszuschlag	-	84	13	96
165 Reinigung/Wundtoilette einer Wunde	-	2.014	2.166	2.794
166 Verbandwechsel	-	1.305	1.208	1.160
167 Naht- und/oder Klammerentfernung	-	456	666	664
2 Dringend verlangte Visite	27	30	22	10
4 Nachtvisite	2	5	1	-
420 Entf.v.benignen Geschwülsten	2	7	2	-
421 Entf.von Warzen	53	23	19	18
423 Op.Entf.oberfl.Geschwülste	20	38	21	24
432 Wundversorgung (Klebestreifen)	34	37	69	66
433 Wundversorgung (bis 3 Nähte)	45	39	30	40
434 Wundversorgung (ab 3 Nähte)	17	14	23	12
51-54 Vorsorgeuntersuchungen	845	597	1.376	1.326
641-644 Disease Management Programme	353	341	420	624
685 Explorationsgespräch zur Erhebung der notwendigen Parameter	-	283	387	458
70-90 Mutter-Kind-Pass Untersuchungen	724	760	1.295	722
710-732 Vergütungen Physiko-Therapie	-	3	-	-

* HR = Hochrechnung (auf Basis der Zahlen des 1. Halbjahres 2022)

Tabelle 17: Ergebnisse Leistungsdaten - Leistungsübersicht PVE

4.1.10. LEISTUNGEN / KONTAKT (ALLE PATIENT:INNEN)

Um die Anzahl der Leistungen im Verhältnis zu den Kontakt-Zahlen zu analysieren, wurden die Leistungen je Kontakt berechnet. Die durchschnittliche Anzahl der Leistungen je Kontakt (alle Patient:innen) war in den PVE etwas höher als in den Kontrollgruppen (2021: 2,52 PVE vs. 2,36 KTGR). Dies bedeutet, dass in den PVE je Kontakt etwas mehr Leistungen dokumentiert wurden als in den Kontrollgruppen (siehe Tabelle 18 und Abbildung 33). Dabei ist darauf hinzuweisen, dass Leistungszahlen für das erweiterte Team nur für ÖGK-versicherte Patient:innen zur Verfügung stehen und die Dokumentation der Leistungen bzw. Kontakte in den PVE aufgrund der Verrechnung über die Kopfpauschale (siehe Erläuterung 5) vermutlich nicht vollständig ist. Es kann von einer höheren Anzahl an Leistungen ausgegangen werden.

PVE Leistungen / Kontakt	2019	2020	2021	KTGR Leistungen / Kontakt	2019	2020	2021
PVE Böheimkirchen	2,49	2,27	2,35	KTGR Böheimkirchen	2,27	2,17	2,18
PVE Schwechat	2,58	2,62	2,53	KTGR Schwechat	2,43	2,24	2,33
PVE St. Pölten	2,64	2,67	2,62	KTGR St. Pölten	2,75	2,56	2,65
Gesamt	2,57	2,53	2,52	Gesamt	2,45	2,30	2,36

Tabelle 18: Leistungen pro Kontakt - PVE vs. Kontrollgruppen

Die Anzahl an Leistungen je Kontakt lag – mit Ausnahme des Jahres 2020 in der PVE St. Pölten – in den Kontrollgruppen unter der Anzahl in den PVE (siehe Abbildung 33).

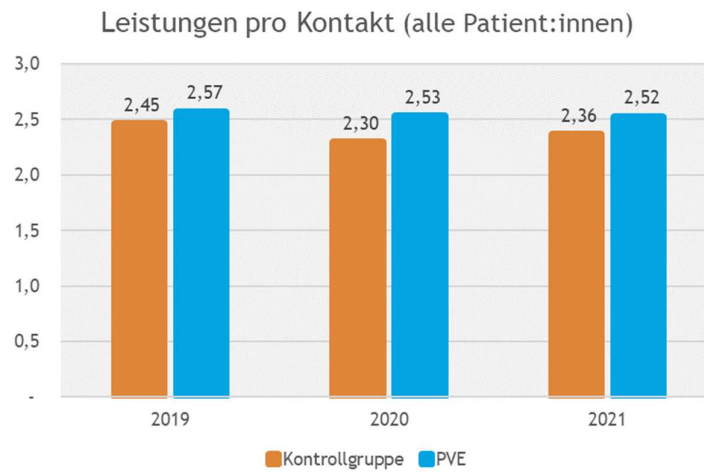
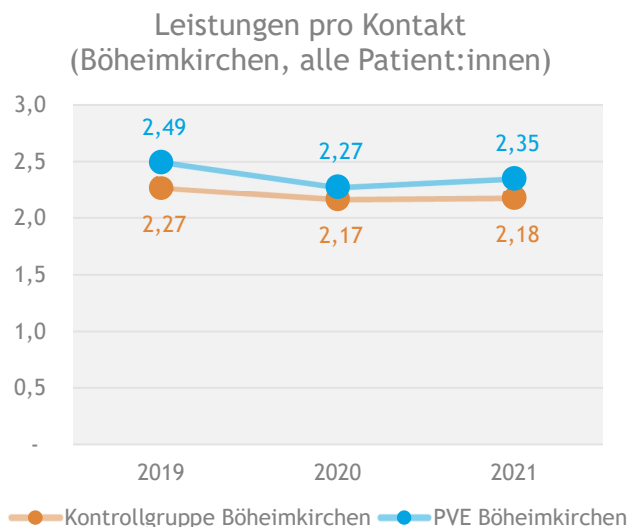


Abbildung 33: Leistungen pro Kontakt - alle Patient:innen

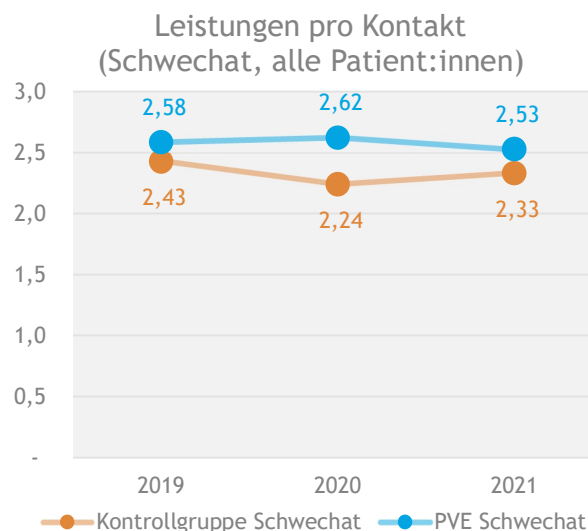
Die niedrigste Anzahl Leistungen je Kontakt wurde im Jahr 2021 in der PVE Böheimkirchen mit rund 2,35 dokumentiert. Dieser Wert lag knapp über dem Wert der Kontrollgruppe im (2,18) (siehe Abbildung 34).

Abbildung 34: Leistungen pro Kontakt - Böheimkirchen, alle Patient:innen



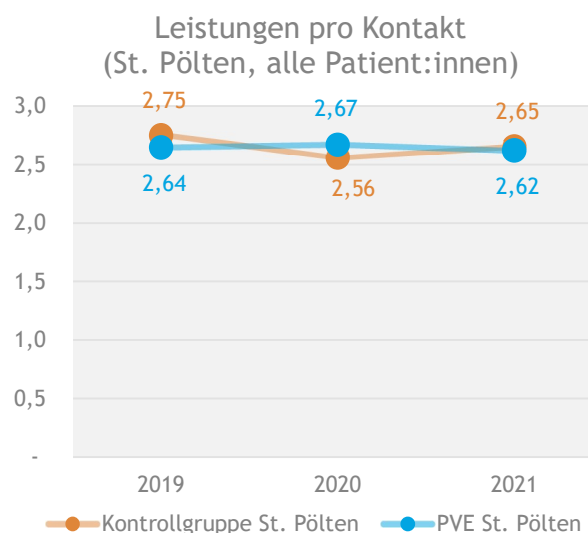
Die Leistungen je Kontakt der PVE Schwechat lagen 2021 mit rund 2,53 Leistungen im PVE-Mittelfeld und leicht über den Werten der Kontrollgruppe (2,33) (siehe Abbildung 35).

Abbildung 35: Leistungen pro Kontakt - Schwechat, alle Patient:innen



Die meisten Leistungen je Kontakt wurden im Jahr 2021 in der PVE St. Pölten dokumentiert (2,62). Dieser Wert lag knapp unter dem der Kontrollgruppe (2,65) (siehe Abbildung 36).

Abbildung 36: Leistungen pro Kontakt - St. Pölten, alle Patient:innen



4.1.11. LEISTUNGEN KERNTTEAM

In Summe ist die Anzahl der Leistungen des Kernteams in den PVE seit dem Jahr 2019 kontinuierlich angestiegen, wobei der deutlichste Anstieg in der PVE St. Pölten zu verzeichnen ist, während in der PVE Schwechat eine Verringerung ersichtlich ist (siehe Abbildung 37).

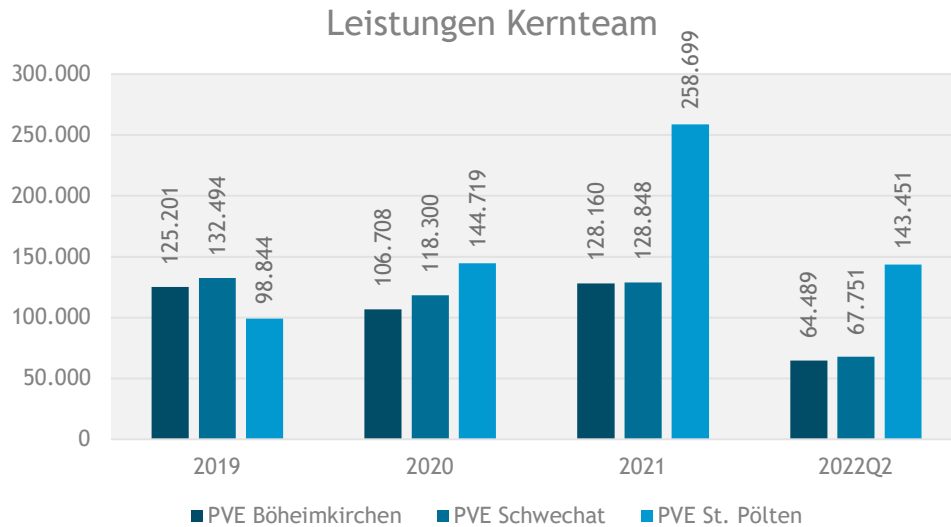


Abbildung 37: Leistungen Kernteam

4.1.12. LEISTUNGEN ERWEITERTES TEAM

Da kein erweitertes Team in den Kontrollgruppen zur Verfügung steht, gibt es zu dieser Kennzahl keine Vergleichszahlen. Es gibt außerdem keine Daten zum erweiterten Team von der SVS und BVAEV. Die folgenden Zahlen basieren damit ausschließlich auf den Daten zu den Versicherten der ÖGK. Die Dokumentation der Leistungen bzw. Kontakte in den PVE ist aufgrund der Verrechnung über die Kopfpauschale vermutlich nicht vollständig. Es wird von einer höheren Anzahl an Leistungen ausgegangen.

Bei Betrachtung der Leistungen des erweiterten Teams zeigen sich stark abweichende Werte zwischen den einzelnen PVE. Dabei ist zu beachten, dass in der PVE Schwechat während der Pandemie und insbesondere während den Lockdowns Konsultationen und Beratungen des gesamten erweiterten Teams extra erfasst wurden (siehe Abbildung 38).

Leistungen erweitertes Team

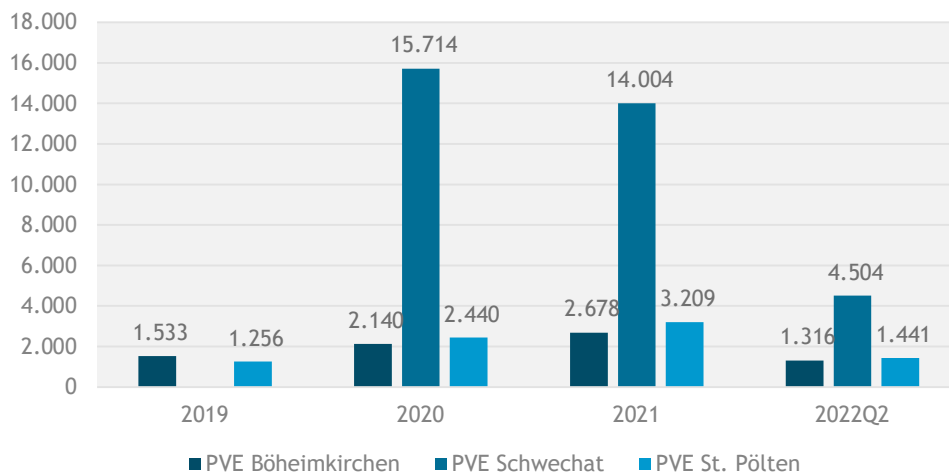


Abbildung 38: Leistungen erweitertes Team

4.1.13. (KERTEAM-)LEISTUNGEN / (KERTEAM-)KONTAKT

Die durchschnittliche Anzahl der (Kernteam-)Leistungen je (Kernteam-)Kontakt an Patient:innen mit (Kernteam-)Kontakt war im Jahr 2021 in den PVE etwas höher als in den Kontrollgruppen (2,53 PVE vs. 2,36 KTGR). Über die Jahre hinweg (2019-2021) blieben die (Kernteam-)Leistungen pro (Kernteam-)Kontakt sowohl in den PVE als auch in den Kontrollgruppen annähernd konstant (siehe Abbildung 39).

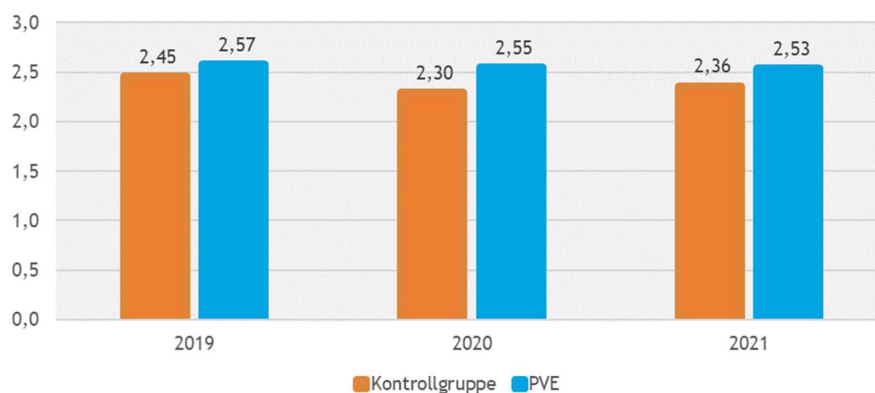
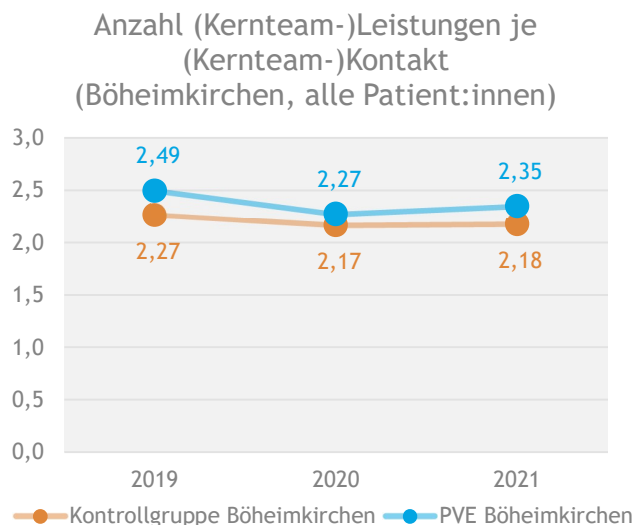
Anzahl (Kernteam-)Leistungen pro (Kernteam-)Kontakt
(alle Patient:innen)

Abbildung 39: Anzahl (Kernteam-)Leistungen pro (Kernteam-)Kontakt - alle Patient:innen

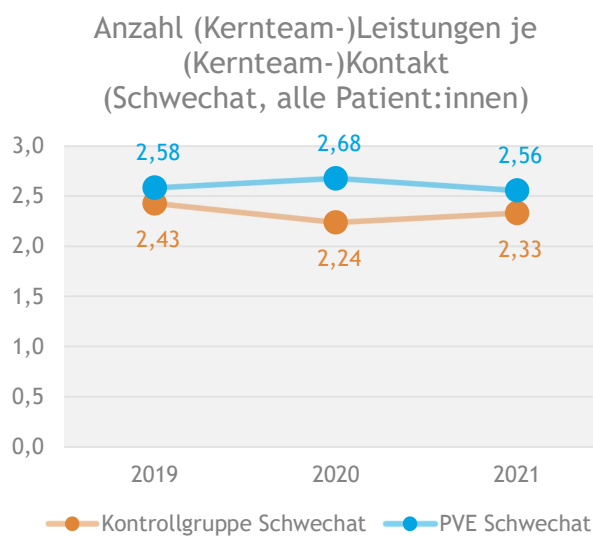
Die niedrigste Anzahl Kernteam-Leistungen je Kernteam-Kontakt wurden in der PVE Böhheimkirchen dokumentiert (2,35). Dieser Wert lag dennoch leicht über der Anzahl der Kontrollgruppe mit 2,18 (siehe Abbildung 40).

Abbildung 40: Anzahl (Kernteam-)Leistungen je (Kernteam-)Kontakt - Böhheimkirchen, alle Patient:innen



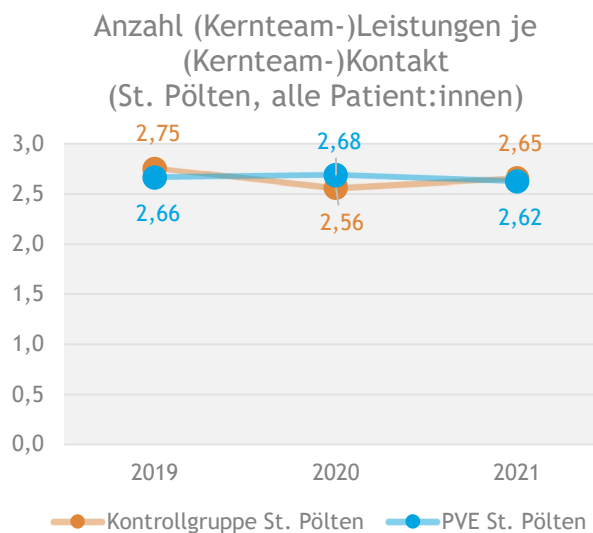
Die Anzahl der Kernteam-Leistungen je Kernteam-Kontakt betrug im Jahr 2021 in der PVE Schwechat 2,56 und lag damit im PVE-Mittelfeld und leicht über der Anzahl der Kontrollgruppe (2,33) (siehe Abbildung 41).

Abbildung 41: Anzahl (Kernteam-)Leistungen je (Kernteam-)Kontakt - Schwechat, alle Patient:innen



Die meisten Kernteam-Leistungen pro Kernteam-Kontakt wurden in der PVE St. Pölten dokumentiert (2,62). Dieser Wert lag dennoch leicht unter dem Wert der Kontrollgruppe (2,65) (siehe Abbildung 42).

Abbildung 42: Anzahl (Kernteam-)Leistungen je (Kernteam-)Kontakt - St. Pölten, alle Patient:innen



4.2. INDIKATOR 1 - ERREICHBARKEIT

Im Rahmen des Indikators 1 wird der Frage nachgegangen, ob sich die Zugänglichkeit im Vergleich zur allgemeinmedizinischen Regelversorgung verbessert hat. Die Patient:innen wurden im Fragebogen nach ihrer Einschätzung gebeten, ebenso die Manager:innen bzw. Gesellschafter:innen in einem eigenen kurzen Fragebogen. Darüber hinaus wurden Leistungsdaten zu den Hausbesuchen ausgewertet.

Zielsetzung	Erreichbarkeit
Fragestellung	Hat sich aus Patient:innen-Sicht die Zugänglichkeit im Vergleich zur allgemeinmedizinischen Regelversorgung verbessert?
Datenquelle/n	Anbieter:innen-Befragung, Recherche bundesweite Regelungen, Leistungsdaten, Patient:innen-Befragung
Grundlagen	PVE sollten wochentags unter Einschluss der Tagesrandzeiten geöffnet haben. Als erste Anlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem sollen die neuen Primärversorgungsstrukturen die Zugänglichkeit für die Patient:innen sicherstellen. Unter anderem soll die Zugänglichkeit durch aufsuchende Dienste und Hausbesuche sichergestellt werden.
Kennzahlen/ Kriterien	<p><u>Anbieter:innen-Befragung:</u> Wöchentliche Gesamtöffnungsstunden (geplant/ real) davon Stunden an Tagesrandzeiten + deren Inanspruchnahme davon Stunden am Wochenende Öffnungs- /Schließzeiten durch Pandemie</p> <p><u>Leistungsdaten:</u> Anzahl der Hausbesuche gesamt Anteil der Hausbesuche gesamt an Kontakten Anzahl & Anteil Hausbesuche pro Berufsgruppe und Jahr Anteil der Patient:innen mit Hausbesuchen</p> <p><u>Patient:innen-Befragung:</u> Fragen 14-15 (siehe Kapitel 11.1)</p>

Tabelle 19: Grundlage Indikator 1 - Erreichbarkeit

Nachfolgend werden die Ergebnisse pro Kennzahl dargestellt, am Ende das Gesamtergebnis (siehe S.44).

4.2.1. ÖFFNUNGSSTUNDEN UND -ZEITEN

Um die Zugänglichkeit der Primärversorgungsstrukturen für Patient:innen sicherzustellen, wurden wöchentliche Gesamtöffnungsstunden von 60 Stunden (werktags 7 bis 19 Uhr), davon 15 Stunden zu Randzeiten (7-8 und 17-19 Uhr) geplant. Alle drei PVE-Standorte realisierten diese geplanten Stunden pro Woche. Zusätzlich werden Wochenend-Dienste an allen Standorten in unterschiedlichem Ausmaß durchgeführt. In der PVE Böheimkirchen und der PVE St. Pölten gab es keine Änderungen bedingt durch die Covid-19-Pandemie oder andere Ereignisse. Die PVE-Schwechat war von 18.03. bis 15.05.2020 in der Zeit von 12:30 bis 13:30 aufgrund des Teamwechsels lediglich telefonisch erreichbar, um interne Ansteckungen möglichst zu verhindern.

4.2.2. BEDEUTUNG VON ÖFFNUNGSSTUNDEN AN TAGESRANDZEITEN UND WOCHENENDEN (FRAGE 14)

Für die überwiegende Mehrheit der befragten Patient:innen ist es sehr wichtig (51,8 %) bzw. eher wichtig (26,4 %), dass die Praxis an Tagesrandzeiten bzw. an Wochenenden und Feiertagen geöffnet ist (siehe Abbildung 43). Die befragten Patient:innen in der PVE Schwechat antworten noch häufiger mit „sehr wichtig“ (57,1 %).

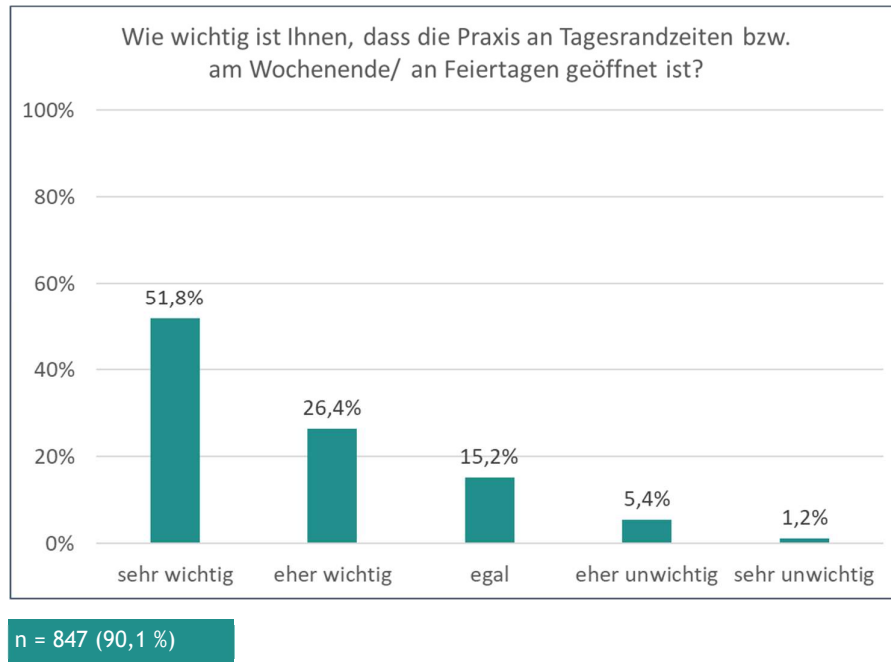


Abbildung 43: Wichtigkeit der Öffnungszeiten an Wochenenden/Feiertagen

4.2.3. INANSPRUCHNAHME DER TAGESRANDZEITEN (FRAGE 15 & ANBIETER:INNEN)

Mehr als die Hälfte der Befragten (57,7 %) gibt an, dass sie die Praxis in den letzten 12 Monaten an Tagesrandzeiten genutzt hat (siehe Abbildung 44). In der PVE Schwechat gibt es die meiste Zustimmung (66,8 %).

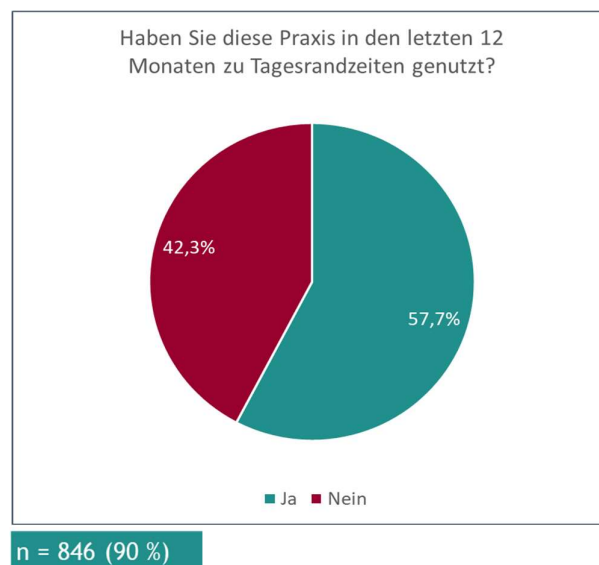


Abbildung 44: Nutzung der Praxis zu Tagesrandzeiten in den letzten 12 Monaten

Bezüglich der Inanspruchnahme der Öffnungszeiten wurde von den Anbieter:innen die durchschnittliche Anzahl der e-Card-Steckungen (Ankommen der Patient:innen) pro Zeitfenster erhoben. Es zeigt sich seit dem Jahr 2019 eine Zunahme in jedem Zeitfenster. Dies bestätigt die Angaben der Patient:innen-Befragung (siehe Abbildung 43 und Abbildung 44).

- **Montag bis Freitag 7 bis 8 Uhr:** Zwischen 2019 und 2022 zeigt sich eine Zunahme von 42 % (PVE Böheimkirchen) bis 138 % (PVE St. Pölten). Im Jahr 2022 wurden durchschnittlich 27 (PVE Böheimkirchen) bis 57 (PVE St. Pölten) e-Card-Steckungen je Stunde verzeichnet.
- **Montag bis Donnerstag 17 bis 18 Uhr:** Zwischen 2019 und 2022 zeigt sich eine Zunahme von 25 % (PVE Böheimkirchen) bis +167 % (PVE St. Pölten). Im Jahr 2022 wurden durchschnittlich 18 (PVE Schwechat) bis 32 (PVE St. Pölten) e-Card-Steckungen je Stunde verzeichnet.
- **Freitag 12 bis 17 Uhr:** Zwischen 2019 und 2022 zeigt sich eine Zunahme von 3 % (PVE Böheimkirchen) bis 210 % (PVE St. Pölten). Im Jahr 2022 wurden durchschnittlich 14 (PVE Böheimkirchen) bis 39 (PVE St. Pölten) e-Card-Steckungen je Stunde verzeichnet.
- **Freitag 17 bis 19 Uhr:** Zwischen 2019 und 2022 zeigt sich eine Zunahme von 10 % (PVE Schwechat) bis 479 % (PVE St. Pölten). Im Jahr 2022 wurden durchschnittlich 11 (PVE Schwechat) bis 55 (PVE St. Pölten) e-Card-Steckungen je Stunde verzeichnet.

4.2.4. ANZAHL HAUSBESUCHE GESAMT

Hausbesuche werden von allen drei PVE-Standorten durchgeführt, wobei die Zahlen in den Kontrollgruppen deutlich über jenen der PVE liegen (2021: 625 PVE vs. 2.436 KTGR, siehe Abbildung 45). Die Anzahl schwankt stark zwischen den Einrichtungen.

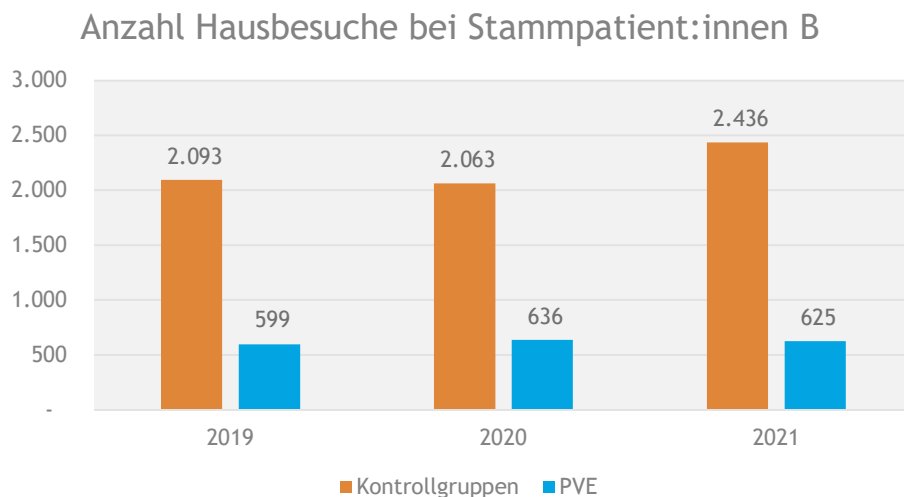


Abbildung 45: Anzahl Hausbesuche bei Stammpatient:innen B

4.2.5. ANTEIL HAUSBESUCHE GESAMT AN KONTAKTEN

Der Anteil der Hausbesuche an allen Kontakten der Stammpatient:innen B lag in allen Jahren in den PVE unter dem Anteil der Kontrollgruppen (2021: 1,0 % PVE vs. 1,8 % KTGR). In den PVE blieb der Anteil über die Jahre relativ konstant, bei den Kontrollgruppen sank der Anteil leicht (2019: 2,3 %, 2021: 1,8 %), wobei der Anteil der Hausbesuche an den Gesamtkontakten insgesamt sehr gering ist (siehe Abbildung 46).

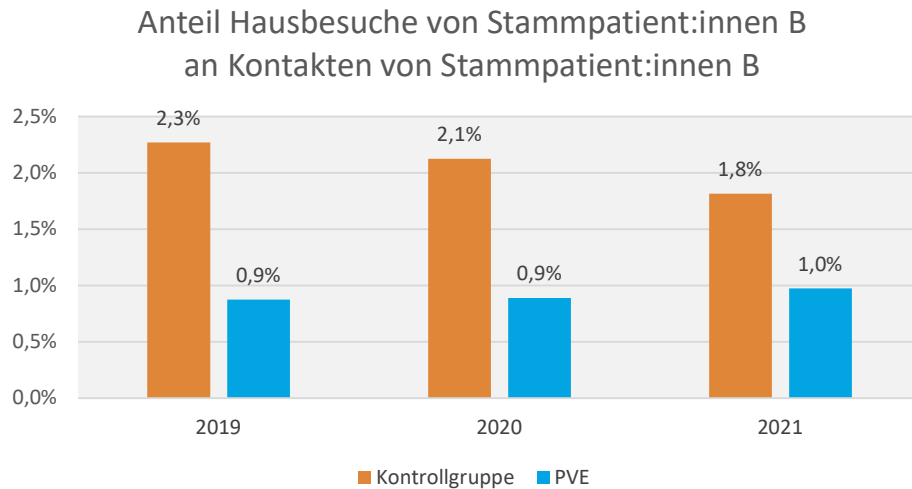


Abbildung 46: Anteil Hausbesuche von Stammpatient:innen B an Kontakten von Stammpatient:innen B

4.2.6. ANZAHL & ANTEIL HAUSBESUCHE PRO BERUFSGRUPPE UND JAHR

In der PVE Böheimkirchen und der PVE Schwechat wurden Hausbesuche vor allem von Ärzt:innen durchgeführt (2021 Stammpatient:innen B: 82 % Böheimkirchen und 98 % Schwechat). In der PVE St. Pölten hatte die Berufsgruppe „Case and Care Management“ im Jahr 2021 mit 45 % den größten Anteil an Hausbesuchen bei den Stammpatient:innen B.

Es wurden von allen drei PVE-Standorten Hausbesuche von Berufsgruppen des erweiterten Teams durchgeführt, v.a. von Sozialarbeiter:innen und ab 2020 auch vom Case and Care Management und den diplomierten Pflegekräften (siehe Tabelle 20 und Abbildung 47).

Hausbesuche bei Stammpatient:innen B je Berufsgruppe für PVE	2019	2020	2021	2022Q2
Arzt:Ärztin	574	461	491	219
Sozialarbeiter:innen	25	106	71	21
Case and Care Management	0	23	45	30
Diplomierte Pflegekräfte	0	40	16	0
Ergotherapie	0	0	2	3
Physiotherapie	0	5	0	0
Wundmanagement	0	1	0	15
Logopädie	0	0	0	6
Hausbesuche Gesamt	599	636	625	294

Tabelle 20: Hausbesuche bei Stammpatient:innen B je Berufsgruppe für PVE

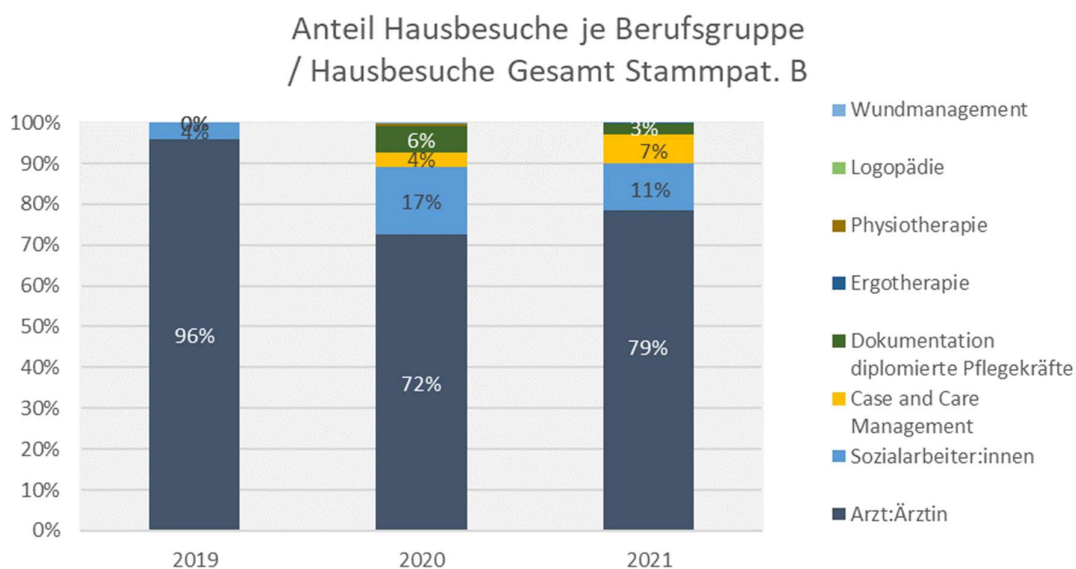


Abbildung 47: Anteil Hausbesuche je Berufsgruppe / Hausbesuche gesamt Stammpatient:innen B

Ergebnisse zur Zielsetzung „Erreichbarkeit“ (Indikator 1):

Durch die Umsetzung der geplanten erweiterten Öffnungszeiten von 60 Wochenstunden konnte die Zugänglichkeit zur allgemeinmedizinischen Regelversorgung verbessert werden. Die Inanspruchnahme und das Patient:innen-Feedback bestätigen den Bedarf.

Das Angebot von Hausbesuchen vom erweiterten Team wird nachgefragt und nimmt nach geringer Inanspruchnahme im ersten Jahr nach der Gründung zu. Die Anzahl der Hausbesuche gesamt liegt aber deutlich unter jener der Kontrollgruppen.

Gesamtergebnis Indikator 1: Erreichbarkeit

4.3. INDIKATOR 2 - LEISTUNGSANGEBOT UND INANSPRUCHNAHME

Im Rahmen des Indikators 2 wird die Frage analysiert, ob das Leistungsangebot der PVE und dessen Inanspruchnahme im Vergleich zur allgemeinmedizinischen Regelversorgung attraktiver ist. In den Evaluierungsstandards für Primärversorgungseinheiten wurden dazu keine Grundlagen angegeben. Im Zuge der Evaluation wurden Leistungsdaten ausgewertet und die Patient:innen in den Fragebögen um ihre Einschätzung gebeten.⁶

Zielsetzung	Leistungsangebot und Inanspruchnahme
Fragestellung	Attraktiver im Vergleich zur allgemeinmedizinischen Regelversorgung?
Datenquelle/n	Patient:innen-Befragung, Leistungsdaten
Grundlagen	<i>keine Angaben in Evaluierungsstandards für Primärversorgungseinheiten</i>
Kennzahlen/ Kriterien	<u>Leistungsdaten:</u> Anteil der Patient:innen, die sowohl 2018 Stammpatient:innen B als auch 2019 Stammpatient:innen A/B gewesen sind <u>Patient:innen-Befragung:</u> Fragen 4, 5, 6, 7, 13 (siehe Kapitel 11.1)

Tabelle 21: Grundlage für Indikator 2 - Leistungsangebot und Inanspruchnahme

Nachfolgend werden die Ergebnisse pro Kennzahl dargestellt, am Ende das Gesamtergebnis (siehe S. 49).

4.3.1. ANTEIL DER PATIENT:INNEN, DIE SOWOHL 2018 STAMMPATIENT:INNEN B ALS AUCH 2019 STAMMPATIENT:INNEN A/B GEWESEN SIND

Die Gesamtanzahl an Stammpatient:innen B im Jahr 2018 betrug in den PVE insgesamt 6.141 und in den Kontrollgruppen 11.829 (siehe Tabelle 22). Der Anteil jener Personen, die vor Gründung der PVE Stammpatient:innen B in der Vorgängerorganisation und 2019 Stammpatient:innen A/B in den PVE gewesen sind, beträgt 88,7 % (5.448 Personen). Im Vergleich mit der Kontrollgruppe (96,8 %) ist dieser Anteil um rund acht Prozentpunkte niedriger (siehe Abbildung 48).

PVE		Kontrollgruppe	
Stammpatient:innen B gesamt 2018	6.141	Stammpatient:innen B gesamt 2018	11.829
davon weiterhin Stammpat. A/B 2019	5.448	davon weiterhin Stammpat. A/B 2019	11.448
Anteil	88,7%	Anteil	96,8%

Tabelle 22: Anteil der Patient:innen, die sowohl 2018 Stammpatient:innen B in der Vorgängerorganisation/Kontrollgruppe als auch 2019 Stammpatient:innen A/B in der PVE/Kontrollgruppe gewesen sind

⁶ Anmerkungen:

- Zur Berechnung des Anteils der Patient:innen die vor Gründung der PVE Stammpatient:innen B in der Vorgängerorganisation und 2019 Stammpatient:innen A oder B in der PVE bzw. Kontrollgruppe gewesen sind, wurde zur besseren Vergleichbarkeit bei der PVE Böheimkirchen das gesamte Jahr 2018 der Vorgängerorganisation zugeteilt (die PVE Böheimkirchen wurde am 1.10.2018 gegründet).
- Bei der Auswertung der verrechenbaren Leistungen wurden Laborleistungen (Positionsnummern 812-1987) ausgeschlossen.

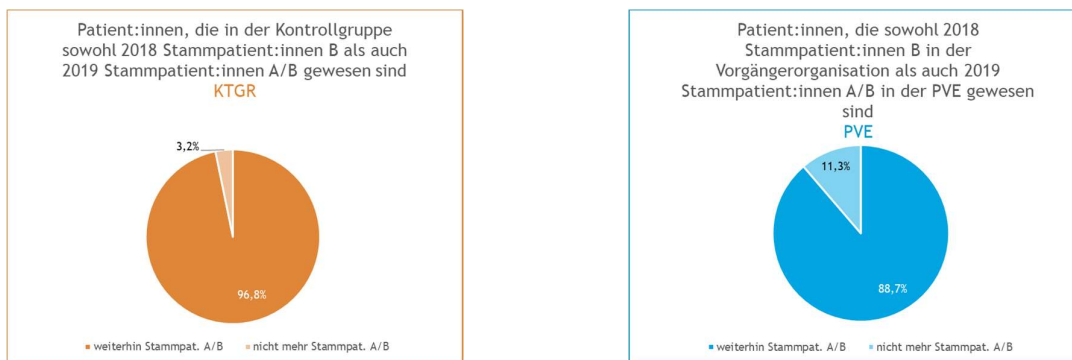


Abbildung 48: Patient:innen, die sowohl 2018 Stammpatient:innen B als auch 2019 Stammpatient:innen A/B gewesen sind - Kontrollgruppe vs. PVE

4.3.2. GRÜNDE FÜR DIE INANSPRUCHNAHME (FRAGE 4)

Die befragten Patient:innen nennen als wichtigste Gründe für den Besuch in der jeweiligen PVE, diese als hausärztliche Praxis in ihrer Nähe zu verstehen (59,0 %) sowie die langen Öffnungszeiten bzw. Öffnungszeiten zu Tagesrandzeiten (50,7 %), die gute Erreichbarkeit mit dem Auto bzw. mit öffentlichen Verkehrsmitteln (42,1 %) und die kurzen Wartezeiten (38,8 %). Den Befragten zu den Tagesrandzeiten sind die langen Öffnungszeiten (63,4 %) und die kurzen Wartezeiten (56,1 %) noch wichtiger.

Beim Vergleich der Standorte sticht heraus, dass die Befragten der PVE Schwechat diese zu einem viel höheren Anteil (71,2 %) als hausärztliche Praxis in ihrer Nähe verstehen. In der PVE St. Pölten ist dieser Anteil deutlich geringer (46,0 %). An diesem Standort wird häufiger die gute Erreichbarkeit (51,8 %) von den befragten Patient:innen genannt, in der PVE in Schwechat hingegen deutlich seltener (35,5 %). Die langen Öffnungszeiten sind in Böheimkirchen (37,1 %) weniger wichtig als an den anderen Standorten. Hier ist der mit Abstand wichtigste Grund (60,3 %) das Verständnis der PVE als hausärztliche Praxis in ihrer Nähe (siehe Tabelle 23).

Aus welchen Gründen haben Sie sich für die Behandlung in dieser Praxis entschieden? (Mehrfachnennungen möglich)	Zustimmung in Prozent			
	Gesamt	Böheimkirchen	Schwechat	St. Pölten
Hausarzt/Hausärztin in meiner Nähe	59,0%	60,3%	71,2%	46,0%
Lange Öffnungszeiten/ Öffnungszeiten: Tagesrandzeiten	50,7%	37,1%	58,3%	57,2%
Gute Erreichbarkeit mit dem Auto/ mit öffentlichen Verkehrsmitteln	42,1%	39,0%	35,3%	51,8%
Kurze Wartezeiten in der Ordination	38,8%	35,2%	25,3%	55,9%
Weil man sich mehr Zeit für mich nimmt	27,6%	23,5%	25,0%	33,1%
Vertretungsregelung/ zeitliche Verfügbarkeit (muss mir keine Vertretung suchen)	20,5%	18,7%	18,9%	24,1%
Zugang zu anderen Berufsgruppen in dieser Praxis	19,9%	20,0%	20,8%	19,0%
Spezifisches Leistungsangebot (z.B. Prävention, "Therapie Aktiv") bzw. besondere Leistungen, die ich sonst nicht gleich gefunden hätte	14,6%	18,1%	11,2%	18,0%
Barrierefreier Zugang zur Praxis	8,3%	6,8%	9,0%	9,0%
Sonstiges	7,4%	5,2%	5,8%	5,8%

n = 930 (98,9 %), insgesamt 2.717 Antworten

Tabelle 23: Gründe für die Behandlung in den PVE

4.3.3. FRÜHERE:R HAUSÄRZT:IN IN DER PVE (FRAGE 5)

Für eine bessere Einschätzung der Patient:innen-Gruppen wurde im Fragebogen erhoben, ob der:die frühere Hausärzt:in der Befragten nun in der PVE arbeiten würde. Rund 3 von 10 Personen stimmten hier zu (siehe Abbildung 49).

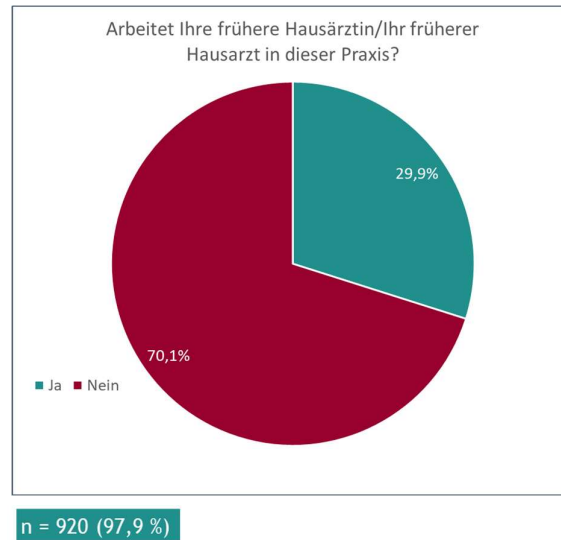
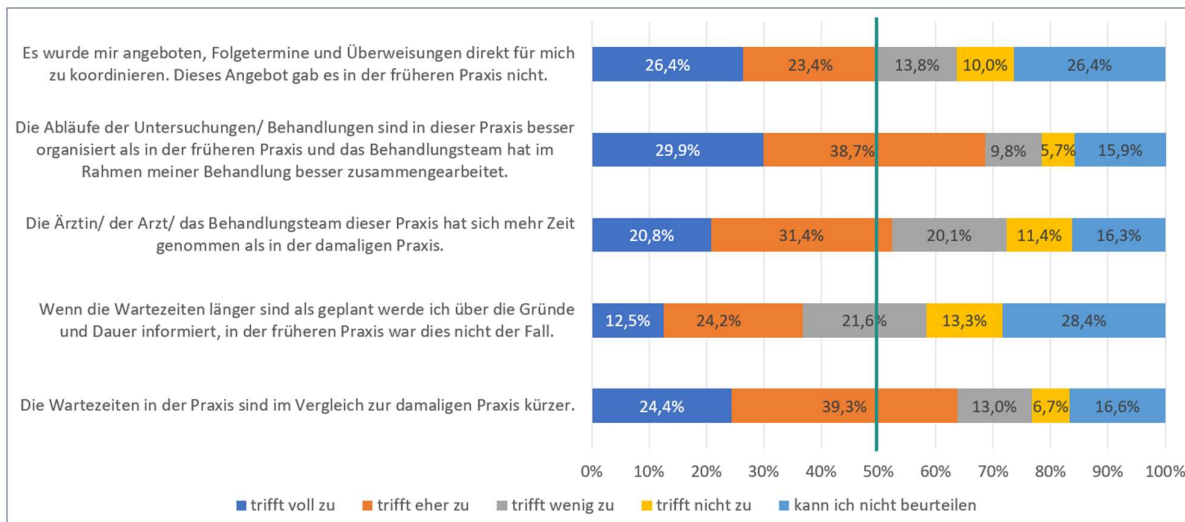


Abbildung 49: Frühere:r Hausärzt:in in der PVE

4.3.4. VERGLEICH ZU HAUSÄRZT:IN DAVOR (FRAGE 6)

Die Patient:innen wurden gebeten, die PVE mit jener Praxis zu vergleichen, in der ihr:e frühere:r Hausärzt:in gearbeitet hat. Alle Aussagen wurden dabei für die PVE im Vergleich zur früheren Hausärzt:innen-Praxis sehr positiv bewertet.

Die größten Verbesserungen werden bei der Organisation der Untersuchungs- und Behandlungsabläufe (trifft bei 68,6 % voll bzw. eher zu) und in der Verkürzung der Wartezeiten (trifft bei 63,7 % voll bzw. eher zu) erkannt. Beim Vergleich der PVE mit den früheren Hausärzt:innen-Praxen der befragten Patient:innen, wird das Angebot, dass Folgetermine und Überweisungen direkt von der PVE koordiniert werden, bestätigt (trifft bei von 49,8 % voll bzw. eher zu). Dieses Angebot gab es in den früheren Praxen der befragten Patient:innen nicht. Der Aussage, dass die Patient:innen informiert werden, wenn die Wartezeiten länger als geplant sind, wird nur von 36,7 % bestätigt. Dabei ist zu beachten, dass alle Zustimmungswerte noch höher werden, wenn man die Personen, die „kann ich nicht beurteilen“ angegeben haben, rausrechnet und dass die Beteiligung bei dieser Frage mit durchschnittlich 28,1 % bei allen Antwortmöglichkeiten sehr gering ausfällt (siehe Abbildung 50).



n = 261 - 270 (27,8 - 28,7 %)

Abbildung 50: Vergleich zum:zur Hausärzt:in davor

Die Verkürzung der Wartezeiten wird an den verschiedenen Standorten sehr unterschiedlich bewertet: Während in der PVE St. Pölten die Zustimmung mit 82,5 % am höchsten ist, liegt diese in den PVE Schwechat (63,4 %) und Böhheimkirchen (58,1 %) deutlich darunter. In Bezug auf die Organisation der Untersuchungs- und Behandlungsabläufe geben die in den Randzeiten Befragten mit 83,4 % häufiger "trifft voll bzw. eher zu" an als im Schnitt (68,6 %). Der Anteil ist in den PVE Schwechat (76,1 %) und St. Pölten (79 %) deutlich über dem Schnitt und in der PVE Böhheimkirchen am geringsten (60,1 %). Bei der Aussage, dass die Patient:innen informiert werden, wenn die Wartezeiten länger sind als geplant, ist die Zustimmung in Schwechat am höchsten (41,3 %), in St. Pölten am niedrigsten (31,6 %).

4.3.5. INANSPRUCHNAHME UNTERSCHIEDLICHER BERUFSGRUPPEN IN DEN PVE (FRAGE 7)

Auf die Frage, welche Berufsgruppen die Befragten in den letzten 12 Monaten in der PVE in Anspruch genommen haben, wurden die Allgemeinmediziner:innen (82,7 %) am häufigsten genannt. Rund die Hälfte der Befragten wurden vom Pflegepersonal – inkl. Wundpflege, Case und Care Management – betreut. Von den therapeutischen Berufen wurden die Physiotherapeut:innen am häufigsten (16,1 %) und die Logopäd:innen am seltensten (1,3 %) genannt (siehe Abbildung 51). Dabei ist darauf hinzuweisen, dass nicht alle Berufsgruppen an allen PVE-Standorten verfügbar sind.

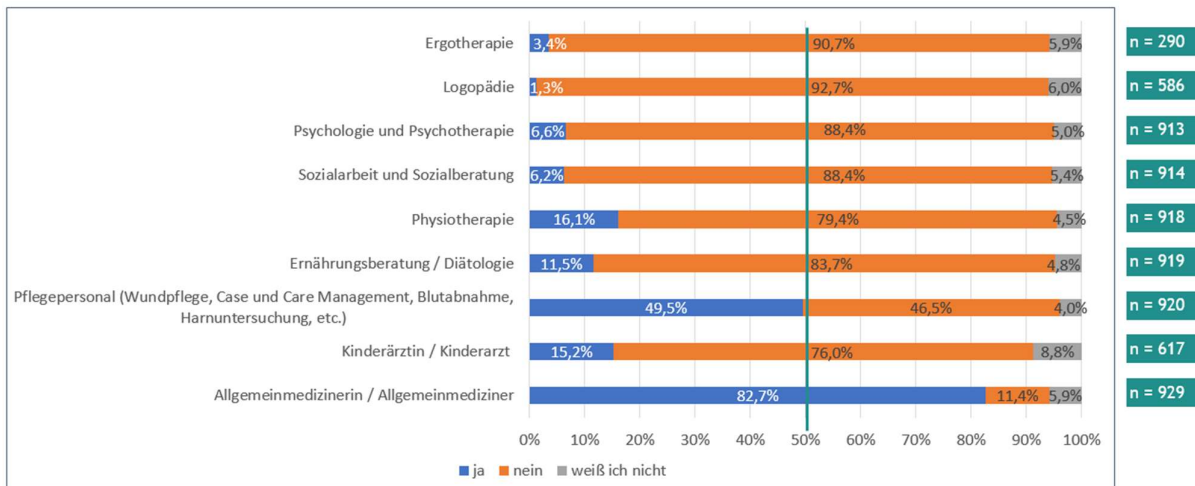


Abbildung 51: Inanspruchnahme unterschiedlicher Berufsgruppen in den PVE

4.3.6. ALTERNATIVEN ZUR INANSPRUCHNAHME (FRAGE 13)

Die meisten Befragten gaben an, dass sie – wenn es diese PVE nicht gäbe – mit ihrem Anliegen eine andere Kassen-Ordination besucht hätten, 67,5 % eine andere hausärztliche Praxis, 10,5 % eine andere fachärztliche Praxis. Mit 11,9 % wäre ein relevanter Teil in eine Spitalsambulanz gegangen. 8,6 % würden eine:n Wahlärzt:in aufsuchen (siehe Abbildung 52).

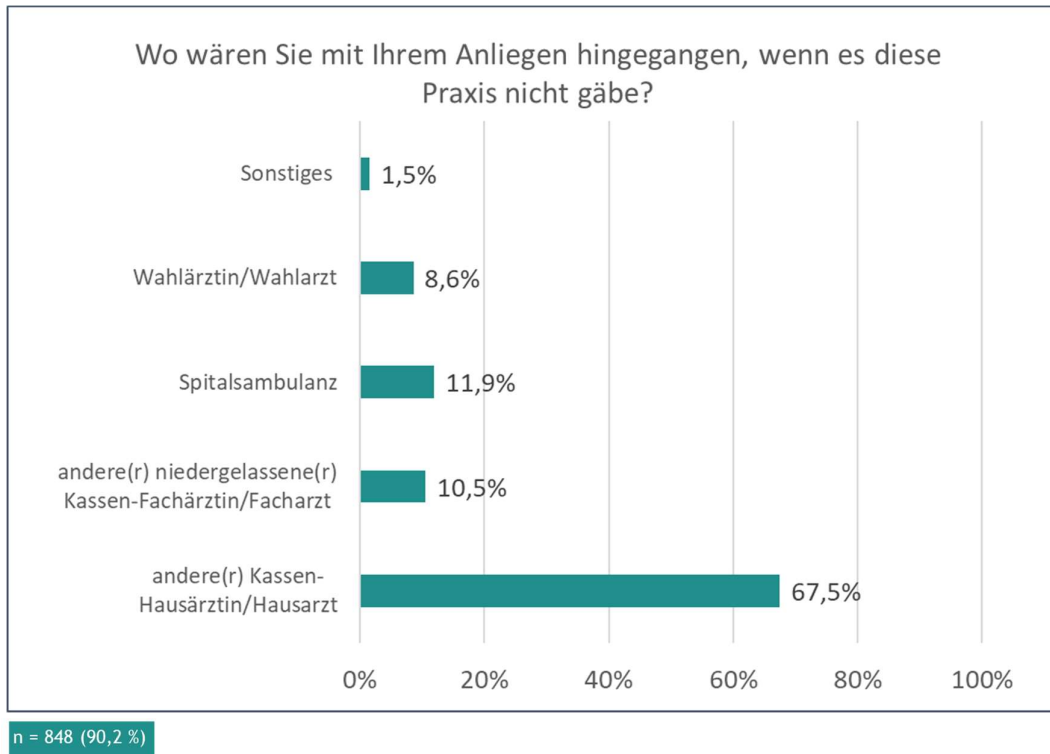


Abbildung 52: Alternativen zur Inanspruchnahme

Die Patient:innen der PVE Schwechat würden im Vergleich mit jenen der PVE St. Pölten (13,8 %) und der PVE Böhmeikirchen (12,8 %) zu einem geringeren Anteil eine Spitalsambulanz aufsuchen (9,3 %).

Ergebnis zur Zielsetzung „Leistungsangebot und Inanspruchnahme“ (Indikator 2):

Das Leistungsangebot der PVE ist durch die Bereitstellung unterschiedlichster Fachbereiche sehr attraktiv und wird gut angenommen. Gründe für die Inanspruchnahme der PVE sind u.a. lange Öffnungszeiten, die gute Erreichbarkeit und kurze Wartezeiten. Die Mehrheit der befragten Patient:innen nehmen die PVE als hausärztliche Praxis in ihrer Nähe wahr, obwohl bei den meisten Patient:innen nicht der:die frühere Hausärzt:in in der PVE arbeitet.

Auf Basis der Leistungsdaten konnte ermittelt werden, dass von jenen Personen, die in der Vorgängerorganisation 2018 Stammpatient:innen B gewesen sind, die überwiegende Mehrheit 2019 weiterhin in den PVE Stammpatient:in A/B ist. Beim Vergleich der PVE mit den früheren Hausärzt:innen-Praxen der Patient:innen konnten vor allem Verbesserungen bei der Organisation der Untersuchungs- und Behandlungsabläufe und in der Verkürzung der Wartezeiten festgestellt werden.

Gesamtergebnis Indikator 2: Leistungsangebot und Inanspruchnahme

4.4. INDIKATOR 3 - VERSORGUNG CHRONISCH KRANKER

Im Rahmen des Indikators 3 wird der Frage nachgegangen, ob es in den PVE spezifische Angebote für die Versorgung chronisch kranker, multimorbider und geriatrischer Patient:innen gibt und wie diese in Anspruch genommen werden. Dazu wurden einerseits die Manager:innen und Gesellschafter:innen mittels eines Fragebogens befragt und andererseits auch Leistungsdaten zum Thema Diabetes und dem Disease Management Programm (DMP) „Therapie Aktiv“ ausgewertet.

Bei einem „Disease Management Programm“ handelt es sich wörtlich übersetzt um ein Programm zum „Krankheitsmanagement“, das für die Betreuung von chronisch Kranken eingesetzt wird. Damit wird chronisch Kranken sowohl eine intensivere Betreuung durch Ärzt:innen als auch mehr Wissen über die Krankheit verschafft.

Erläuterung 6: Beschreibung Disease Management Programm (DMP)

Zur besseren Vergleichbarkeit von PVE und Kontrollgruppen wurden die Daten auch altersstandardisiert (siehe Erläuterung 4) betrachtet.⁷

Zielsetzung	Leistungsangebot und Inanspruchnahme
Fragestellung	Spezifische Angebote für die Versorgung chronisch kranker, multimorbider und geriatrischer Patient:innen? (Vergleich zur Kontrollgruppe hinsichtlich leitliniengerechter Versorgung)
Datenquelle	Leistungsdaten, Recherche Dokumentation (Anbieter:innen-Befragung)
Grundlagen	Die kontinuierliche Begleitung, Betreuung, Anleitung und Behandlung von erkrankten Menschen nach dem State of the Art sowie die Durchführung von integrierten Versorgungsprogrammen zählen zu den Anforderungen an die gestärkte Primärversorgung in neuen Strukturen. Aktuell wird das <i>DMP Therapie aktiv</i> angeboten.
Kennzahlen/ Kriterien	<p><u>Recherche Dokumentation:</u> PVE-Teilnahme am DMP „Therapie Aktiv“ ja/nein Erweiterung der Dokumentation durch Teilnahme DMP ja/nein Leistungen, die in die Dokumentation einfließen</p> <p><u>Leistungsdaten:</u> Stammpatient:innen mit Diagnose Diabetes Stammpatient:innen mit Leistungen DMP Typ-II-Diabetiker:innen, die sowohl 2018 Stammpatient:innen B als auch 2019 Stammpatient:innen A/B gewesen sind</p>

Tabelle 24: Grundlage für Indikator 3 - Versorgung chronisch Kranker

Nachfolgend werden die Ergebnisse pro Kennzahl dargestellt, am Ende das Gesamtergebnis (siehe S. 56).

⁷ Anmerkungen:

Anhand der Datenqualität der abgerechneten Daten ist keine Detailanalyse der leitliniengerechten Versorgung möglich.

4.4.1. PVE-TEILNAHME AM DISEASE MANAGEMENT PROGRAMM (DMP) „THERAPIE AKTIV“

Um die kontinuierliche Begleitung, Betreuung, Anleitung und Behandlung von erkrankten Menschen sicherzustellen, nehmen alle drei Standorte – wie in der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung vorgeschrieben – am DMP „Therapie Aktiv“ teil und haben ihre Dokumentation dadurch erweitert.

Folgende Leistungen werden an allen PVE-Standorten angeboten:

- DMP Diabetes mellitus II Erstbetreuung (Pos.Nr. 641)
- DMP Diabetes mellitus II Folgebetreuung (Pos.Nr. 642)
- Feedback-Gespräch (Pos.Nr. 645)

Zusätzlich zu diesem Angebot bietet der Standort Böhheimkirchen Patient:innen-Schulungen und Diätologietermine an.

Es wird darauf hingewiesen, dass es an jedem PVE-Standort deutlich mehr Typ-II-Diabetiker:innen als Teilnehmer:innen am DMP „Therapie Aktiv“ gibt. Trotz Unterstützung in den PVE wollen nicht alle Patient:innen am Programm teilnehmen bzw. können / wollen den verpflichtenden Quartalstermin nicht einhalten.

4.4.2. STAMMPATIENT:INNEN MIT DIAGNOSE DIABETES & LEISTUNGEN DMP

Entsprechend dem Diabetes-Algorithmus der ÖGK wurden für die Stammpatient:innen B die Anteile der Typ-II-Diabetiker:innen eruiert. Im Algorithmus werden Patient:innen einbezogen, die mit oraler Antidiabetika-Therapie, Insulintherapie bei einem Alter von mindestens 50 Jahren oder einer Kombinationstherapie behandelt werden bzw. Leistungen aus dem DMP „Therapie Aktiv“ erhalten.

Der Anteil der Stammpatient:innen B mit Typ II Diabetes lag über alle Jahre hinweg (2019-2021) unter jenem der Kontrollgruppe. Im Jahr 2021 lag der Anteil in den PVE bei 5,8 %, in den Kontrollgruppen bei 10,6 % (siehe Abbildung 53).

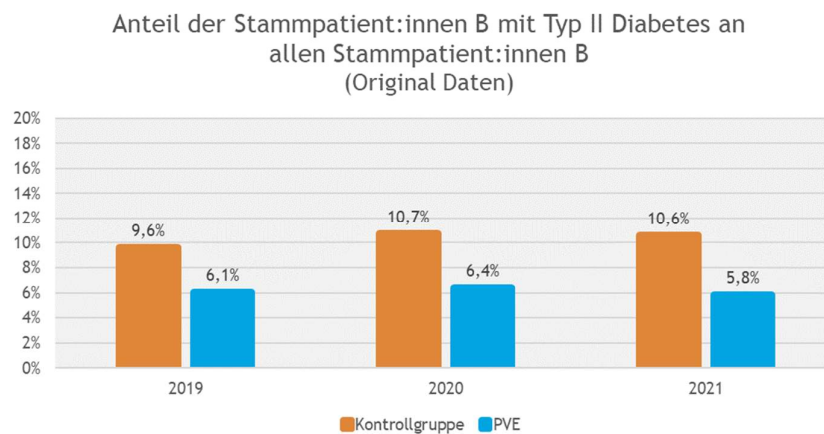


Abbildung 53: Anteil der Stammpatient:innen B mit Typ II Diabetes an allen Stammpatient:innen Kontrollgruppe vs. PVE (Original Daten)

Nach erfolgter Altersstandardisierung ist der Anteil der Typ-II-Diabetiker:innen an allen Stammpatient:innen B ebenfalls etwas niedriger als in den Kontrollgruppen (2021: 6,0 % PVE vs. 7,3 % KTGR). Der Unterschied ist allerdings kleiner (siehe Abbildung 54).

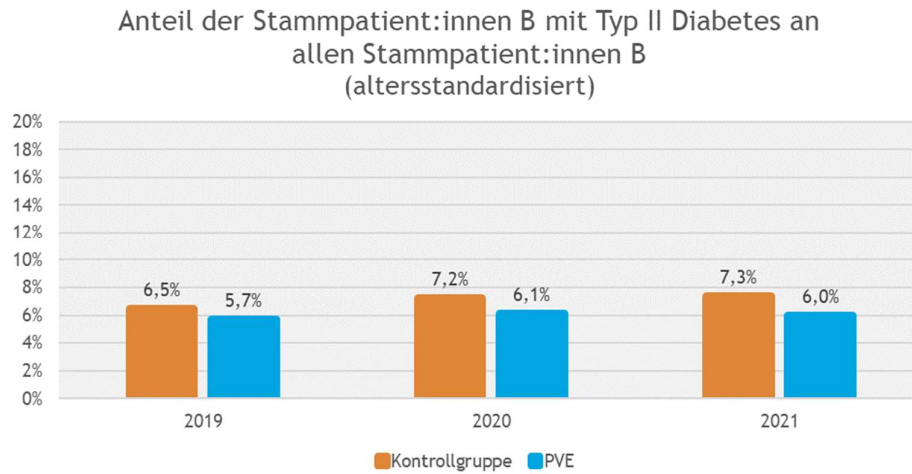
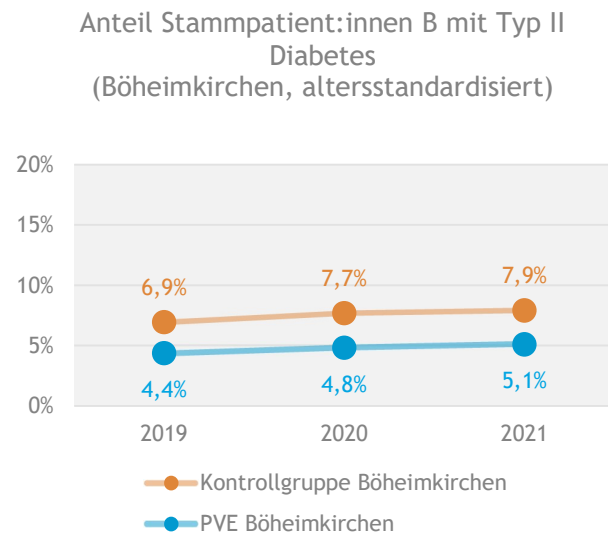


Abbildung 54: Anteile der Stammpatient:innen B mit Typ II Diabetes an allen Stammpatient:innen B Kontrollgruppe vs. PVE (altersstandardisierte Daten)

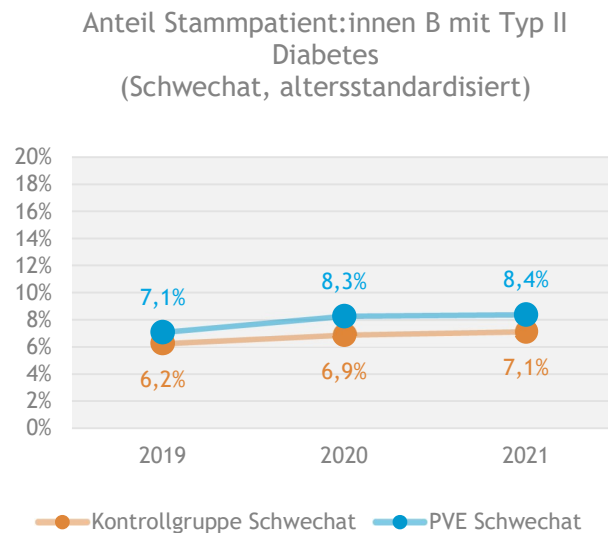
Bei Betrachtung der einzelnen Standorte zeigt sich, dass der altersstandardisierte Anteil an Stammpatient:innen B mit Typ II Diabetes im Jahr 2021 in der PVE Böheimkirchen mit 5,1 % deutlich unter dem Anteil in der Kontrollgruppe (7,9 %) lag (siehe Abbildung 55).

Abbildung 55: Anteil Stammpatient:innen B mit Typ II Diabetes - Böheimkirchen, altersstandardisiert



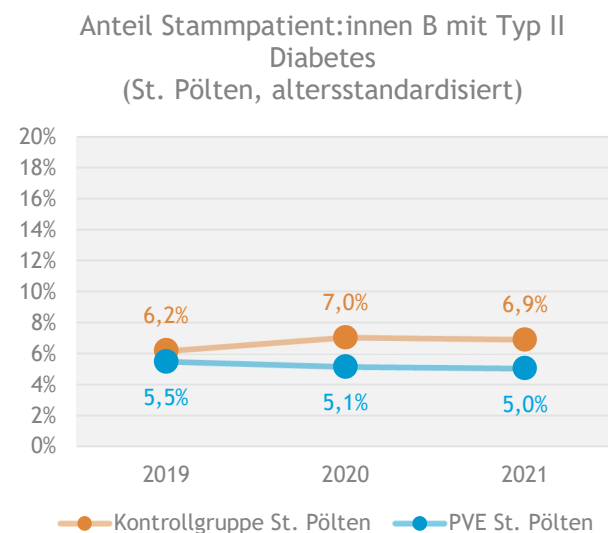
Für den Standort Schwechat waren im Gegensatz dazu mehr Stammpatient:innen B mit Typ II Diabetes in der PVE (8,4 %) als in der Kontrollgruppe (7,1 %) (siehe Abbildung 56).

Abbildung 56: Anteil Stammpatient:innen B mit Typ II Diabetes - Schwechat, altersstandardisiert



In St. Pölten lag der Anteil Stammpatient:innen B mit Typ II Diabetes mit 5,0 % in der PVE deutlich unter dem Anteil der Kontrollgruppe mit 6,9 % (siehe Abbildung 57).

Abbildung 57: Anteil Stammpatient:innen B mit Typ II Diabetes - St. Pölten, altersstandardisiert



Auch bei den Stammpatient:innen A lagen die Werte in den PVE unterhalb jener in den Kontrollgruppen. Bei Betrachtung der Stammpatient:innen A mit Typ II Diabetes zeigen sich im Vergleich mit den Kontrollgruppen altersstandardisiert im Jahr 2021 niedrigere Werte in den PVE (5,2 % PVE vs. 7,1 % KTGR). Ähnliche Werte wurden auch für alle Patient:innen mit Typ II Diabetes altersstandardisiert für das Jahr 2021 berechnet (5,3 % PVE vs. 7,1 % KTGR).

Bei Betrachtung der Stammpatient:innen B mit Leistungen aus DMP und der Gegenüberstellung dieser mit den zuvor mittels Algorithmus identifizierten Typ-II-Diabetiker:innen zeigt sich, dass der Anteil der im DMP versorgten Diabetiker:innen in den PVE durchwegs deutlich höher ist (zwischen 21 % und 24 %) als in den Kontrollgruppen (rund 9 %) (siehe Abbildung 58). Es wird darauf hingewiesen, dass die DMP-Teilnahme-Verpflichtung der PVE nicht für die Kontrollgruppen gilt und diese Werte nicht altersstandardisiert sind.

Anteil der im DMP eingeschriebenen Stammpatient:innen B an den Stammpatient:innen B mit Typ II Diabetes

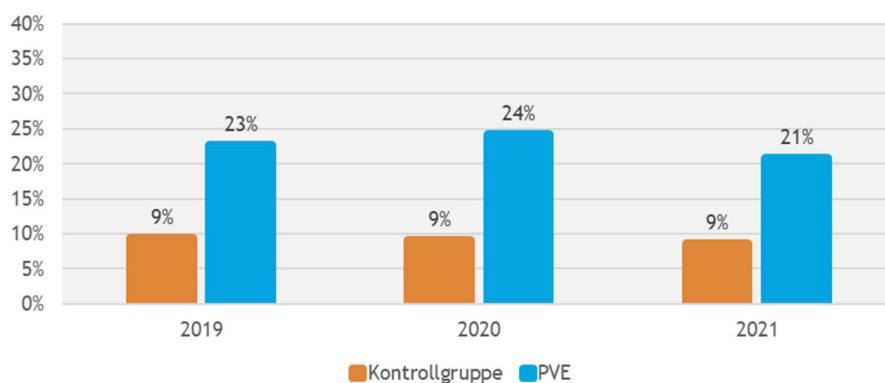


Abbildung 58: Anteil der im DMP eingeschriebenen Stammpatient:innen B an den Stammpatient:innen B mit Typ II-Diabetes

4.4.3. TYP-II-DIABETIKER:INNEN, DIE SOWOHL 2018 STAMMPATIENT:INNEN B ALS AUCH 2019 STAMMPATIENT:INNEN A/B GEWESEN SIND

Von den Stammpatient:innen B mit Diabetes mellitus Typ II (DM2) aus den Vorgängerorganisationen (2018) war der Großteil (77,3 % PVE) 2019 weiterhin Stammpatient:in A oder B. Der Anteil in den Kontrollgruppen betrug 85,8 % und lag somit über jenem der PVE (siehe Abbildung 59).

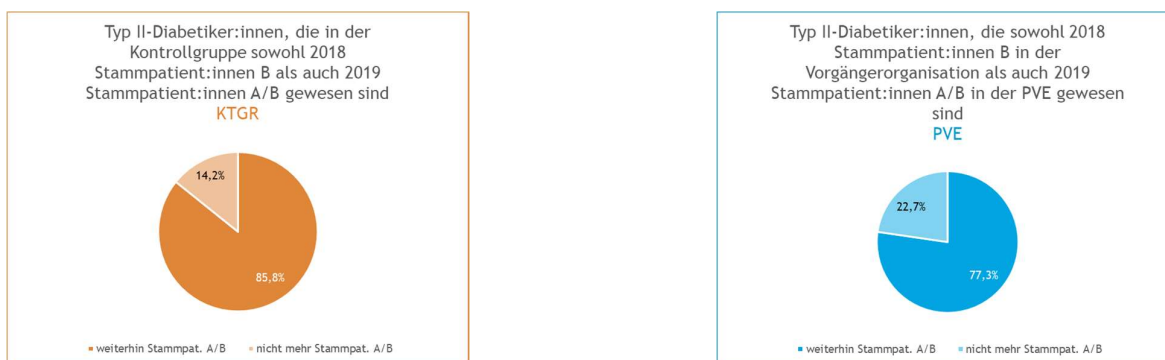


Abbildung 59: Anteil der Typ-II-Diabetiker:innen, die sowohl 2018 Stammpatient:innen B als auch 2019 Stammpatient:innen A/B gewesen sind - Kontrollgruppe vs. PVE

Bei Betrachtung der einzelnen Standorte zeigt sich bezüglich der Kontrollgruppen ein homogenes Bild – der Anteil an Typ II-Diabetiker:innen, die sowohl 2018 Stammpatient:innen B als auch 2019 Stammpatient:innen A/B gewesen sind, lag bei rund 85 % bis 87 %. Für die PVE (2018: Vorgängerorganisation, 2019: PVE) wurden insgesamt niedrigere Anteile verzeichnet (siehe Abbildung 60-Abbildung 62). In der PVE Böheimkirchen war der Anteil an Typ II-Diabetiker:innen, die 2019 weiterhin Stammpatient:innen A/B gewesen sind, mit rund 74 % am niedrigsten (siehe Abbildung 60). Der Anteil war mit 75 % in der PVE Schwechat ähnlich (siehe Abbildung 61), während in der PVE St. Pölten mit rund 81 % der höchste Anteil an Typ II-Diabetiker:innen, die sowohl in der Vorgängerorganisation 2018 Stammpatient:innen B als auch 2019 Stammpatient:innen A/B gewesen sind, verzeichnet wird (siehe Abbildung 62).



Abbildung 60: Anteil der Typ-II-Diabetiker:innen, die sowohl 2018 Stammpatient:innen B als auch 2019 Stammpatient:innen A/B gewesen sind - Böheimkirchen - Kontrollgruppe vs. PVE

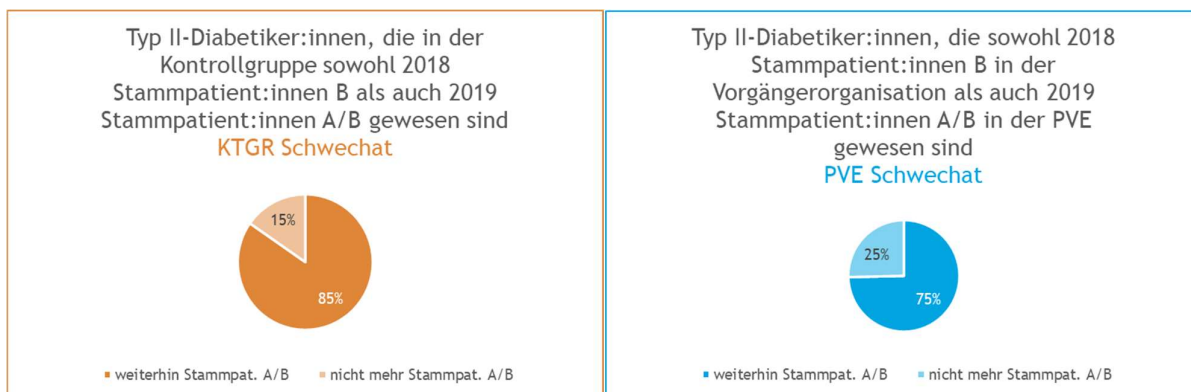


Abbildung 61: Anteil der Typ-II-Diabetiker:innen, die sowohl 2018 Stammpatient:innen B als auch 2019 Stammpatient:innen A/B gewesen sind - Schwechat - Kontrollgruppe vs. PVE



Abbildung 62: Anteil der Typ-II-Diabetiker:innen, die sowohl 2018 Stammpatient:innen B als auch 2019 Stammpatient:innen A/B gewesen sind - St. Pölten - Kontrollgruppe vs. PVE

Ergebnisse zur Zielsetzung „Leistungsangebot und Inanspruchnahme“:**Indikator 3: Versorgung chronisch Kranker**

Um die Versorgung chronisch Kranker sicherzustellen, nehmen alle drei Standorte wie vorgegeben am Disease Management Programm (DMP) „Therapie Aktiv“ teil. Das Leistungsangebot ist damit breiter als in den Kontrollgruppen, die nur teilweise an DMP teilnehmen, und wird im Vergleich auch von einem doppelt so hohen Anteil an Patient:innen mit Typ II Diabetes in Anspruch genommen. Der altersstandardisierte Anteil der Stammpatient:innen B mit Typ II Diabetes ist in den PVE niedriger als in den Kontrollgruppen, obwohl der Großteil der Stammpatient:innen B mit Typ II Diabetes in den Vorgängerorganisationen (2018) auch in der PVE (2019) Stammpatient:in A/B gewesen ist.

Gesamtergebnis Indikator 3: Versorgung chronisch Kranker

4.5. INDIKATOR 4 - PATIENT:INNEN-ZUFRIEDENHEIT

Im Rahmen des Indikators 4 wurden die Patient:innen im Fragebogen bezüglich mehrerer Qualitätsaspekte ausführlich zu ihrer Zufriedenheit mit der PVE befragt, unter anderem auch im Vergleich zur früheren hausärztlichen Praxis sowie zu den einzelnen Berufsgruppen.

Zielsetzung	Zugänglichkeit, Umfang Leistungsangebot, Koordination und Kontinuität
Fragestellung	Ist die PVE aus Patient:innen-Sicht attraktiver im Vergleich zur allgemeinmedizinischen Regelversorgung?
Datenquelle/n	Patient:innen-Befragung
Grundlagen	Eine gut funktionierende PVE bietet niederschweligen Zugang zur Gesundheitsversorgung und hat unter anderem zum Ziel die Zufriedenheit der Patient:innen zu erhöhen, ein Aspekt dabei sind die Wartezeiten. Die Unterstützung bei der Orientierung der Patient:innen im Gesundheitssystem in Form von adäquater Informationsorganisation ist eine wesentliche Aufgabe der neuen Primärversorgung. Die Verbesserung der Zugänglichkeit an Tagesrandzeiten ist eine Zielsetzung der Neuausrichtung der Primärversorgung. PVE sollten wochentags unter Einschluss der Tagesrandzeiten geöffnet haben.
Kennzahlen/ Kriterien	Fragen 8-12, 16, 19-21 (siehe Kapitel 11.1)

Tabelle 25: Grundlage für Indikator 4 - Patient:innen-Zufriedenheit

Nachfolgend werden die Ergebnisse pro Kennzahl dargestellt, am Ende das Gesamtergebnis (siehe S. 63).

4.5.1. ZUFRIEDENHEIT MIT DEM ANGEBOT DER EINZELNEN BERUFSGRUPPEN (FRAGE 8)

Bei der Frage nach der Zufriedenheit mit dem Angebot der jeweiligen Berufsgruppe konnte festgestellt werden, dass die Patient:innen mit allen Angeboten in hohem Maße zufrieden sind. Die Zustimmungsraten (sehr und eher zufrieden) liegen zwischen rund 92 % (Ernährungsberatung) und 100 % (Ergotherapie). Aufgrund der geringen Anzahl an Antworten ist die Aussagekraft bei den therapeutischen Berufen eingeschränkt. Die Zustimmungsrate liegt bei den Allgemeinmediziner:innen bei über 98 % (siehe Abbildung 63).

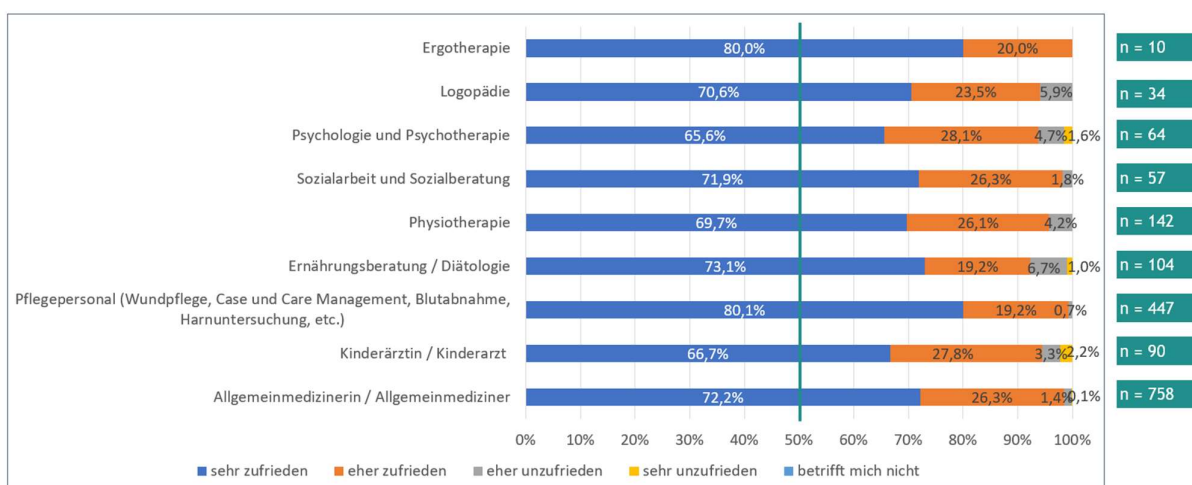


Abbildung 63: Zufriedenheit mit dem Angebot der einzelnen Berufsgruppen

4.5.2. WARTEZEITEN & TERMINVEREINBARUNGEN BERUFSGRUPPEN (FRAGE 9)

Neben der Inanspruchnahme und der Zufriedenheit mit den einzelnen Berufsgruppen, wurde außerdem gefragt, wie einfach es gewesen sei, einen Termin zu bekommen. Auch hier liegen die Zustimmungsraten (sehr einfach / einfach) im hohen Bereich zwischen rund 88 % (Logopädie) und 100 % (Ergotherapie). Wie auch bei Frage 8 ist allerdings die Aussagekraft aufgrund der geringen Anzahl an Antworten bei den therapeutischen Berufen eingeschränkt. Die Zustimmung liegt bei den Allgemeinmediziner:innen bei knapp 96 % (siehe Abbildung 64).

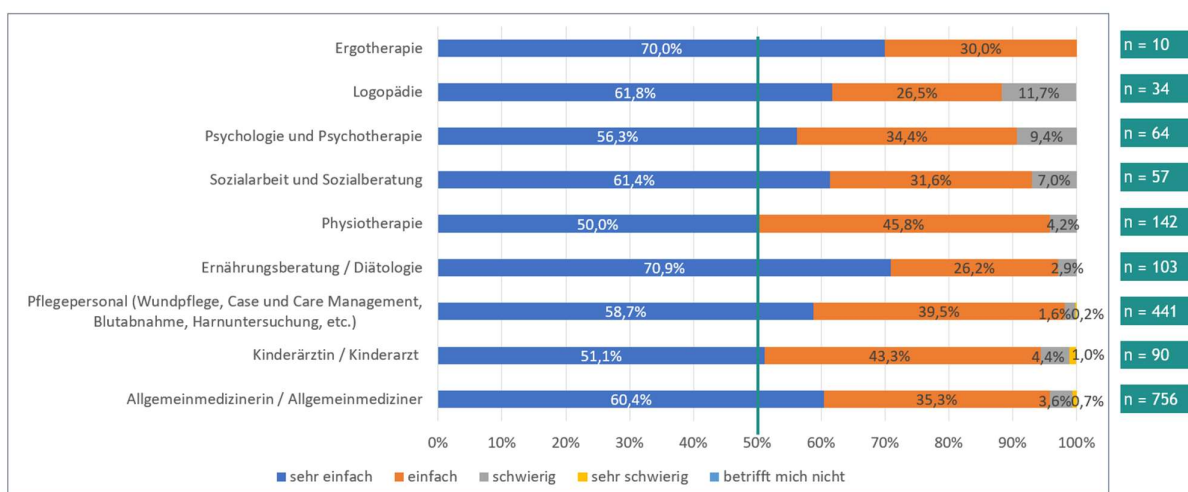


Abbildung 64: Terminvereinbarung PVE Berufsgruppen

4.5.3. WARTEZEITEN & TERMINVEREINBARUNGEN ALLGEMEIN (FRAGE 10)

Auch über alle Berufsgruppen hinweg wurde nach der Zufriedenheit bzgl. Wartezeiten und Terminvereinbarung gefragt. 83,2 % bestätigen (trifft voll/ eher zu) kurze Wartezeiten in der PVE bei vorangegangener Terminvereinbarung. 28,6 % der Befragten geben an, dass sie bei längeren Wartezeiten als geplant nicht über die Gründe und die Dauer informiert werden würden (trifft wenig/ nicht zu). 74,9 % stimmen zu (trifft voll/ eher zu), dass Akutpatient:innen noch am selben Tag einen Termin erhalten. Die Zustimmungsraten wären bei den letzten beiden Aussagen deutlich höher, rechnete man die Personen, die diese Frage nicht beurteilen konnten, heraus (siehe Abbildung 65).

Die Zustimmung (trifft voll/ eher zu) zu den kurzen Wartezeiten ist in der PVE St. Pölten (93,6 %) deutlich höher als in der PVE Schwechat (68,8 %). Die PVE Böhmeimkirchen liegt mit 87,0 % dazwischen. Bei den anderen Aussagen gibt es keine relevanten Unterschiede.

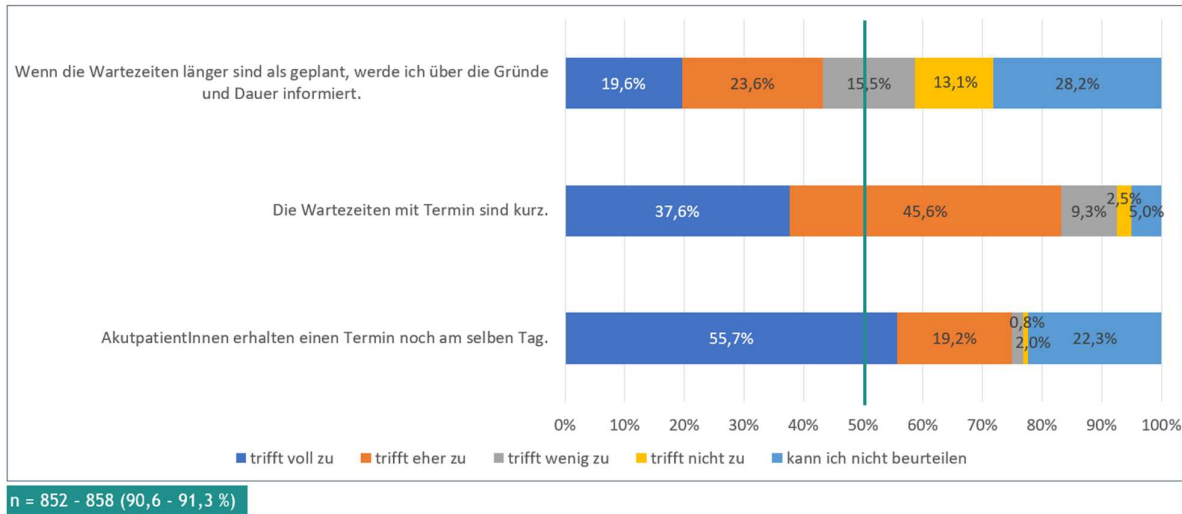


Abbildung 65: Wartezeiten und Terminvereinbarung PVE

4.5.4. GESPRÄCHE MIT ÄRZT:IN & BEHANDLUNGSTEAM (FRAGE 11)

Die Qualität der Kommunikation zwischen Ärzt:innen bzw. Behandlungsteam und Patient:innen wird sehr hoch eingeschätzt. Dazu zählen das Zuhören der behandelnden Personen (95,7 %), das Zeitnehmen (94,6 %), das Eingehen auf Fragen mit verständlichen Antworten (94,2 %), das Einbeziehen der Patient:innen in medizinische Entscheidungen (88,0 %) sowie das Einbeziehen der bisherigen Krankengeschichte bzw. Informationen aus Vorbesuchen in die Untersuchung/ Behandlung (87,7 %) (siehe Abbildung 66).

Bei allen Aussagen kann die PVE St. Pölten den höchsten Anteil an Zustimmungen (trifft voll zu) verzeichnen, die PVE Schwechat hingegen den niedrigsten. Bei der Kategorie „Mein:e Ärzt:in/Mein Behandlungsteam hat in der Untersuchung/Behandlung meine bisherige Krankengeschichte und eventuelle Informationen aus Vorbesuchen mitberücksichtigt.“ erkennt man auch noch beim Zusammenzählen von „trifft voll zu“ und „trifft eher zu“ Unterschiede zwischen der PVE Schwechat (81,9 %) und den PVE St. Pölten und Böhmeimkirchen (beide rund 90 %).

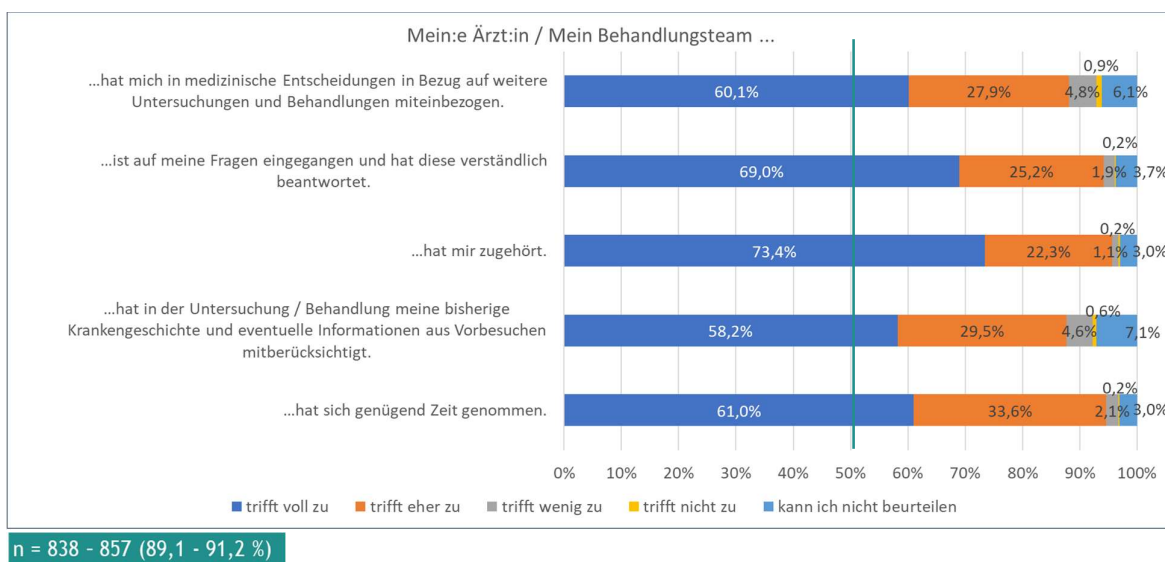
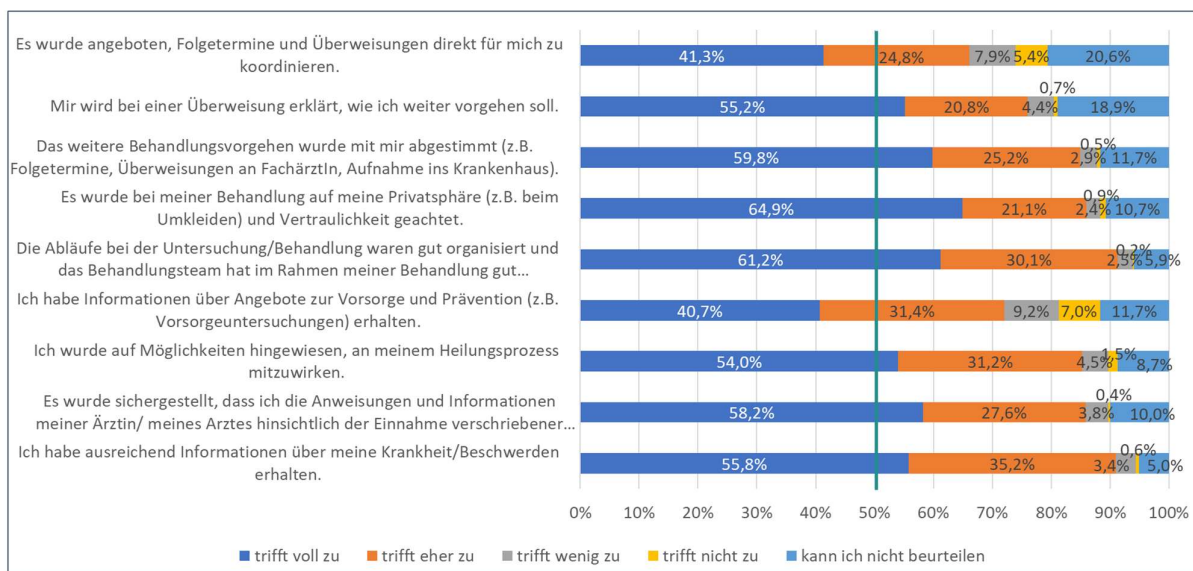


Abbildung 66: Gespräche mit Ärzt:in und Behandlungsteam

4.5.5. UNTERSUCHUNG / BEHANDLUNG (FRAGE 12)

Während bei Frage 6 (siehe Kapitel 4.3.4) die Qualitätsaspekte im Vergleich mit der vorangegangenen hausärztlichen Praxis bewertet wurden, werden bei Frage 12 die Aspekte im Bereich Untersuchung und Behandlung ohne Vergleich abgefragt. Die höchsten Zustimmungsraten (rund 91 %) findet man bei den Aussagen „Ich habe ausreichend Informationen über meine Krankheit/ Beschwerden erhalten.“ und „Die Abläufe bei der Untersuchung/ Behandlung waren gut organisiert und das Behandlungsteam hat im Rahmen meiner Behandlung gut zusammengearbeitet.“ Die Zustimmung ist außerdem bei der Abstimmung des weiteren Behandlungsvorgehens mit den Patient:innen, der Beachtung der Privatsphäre bei der Behandlung, dem Hinweis auf Möglichkeit zur Mitwirkung beim Heilungsprozess und der Sicherstellung durch die Ärzt:innen, dass die Anweisungen und Informationen hinsichtlich der Einnahme verschriebener Medikamente verstanden werden, fast genauso hoch. Der Erhalt von Informationen über Angebote zur Vorsorge und Prävention (72,1 %) und das Angebot, Folgetermine und Überweisungen direkt für die Patient:innen zu koordinieren (66,1 %) wurden am schlechtesten, aber immer noch von mindestens 2/3 der Befragten bewertet. Dabei ist zu beachten, dass alle Zustimmungswerte noch höher werden, wenn man die Personen, die „kann ich nicht beurteilen“ angegeben haben, rausrechnet (siehe Abbildung 67).



n = 835-855 (88,8 - 90,9 %)

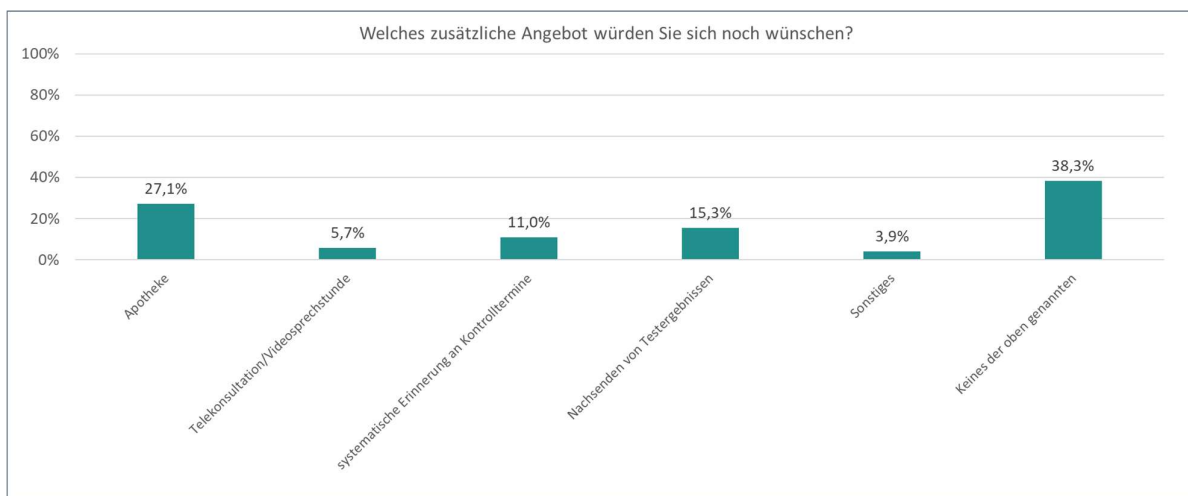
Abbildung 67: Qualitätsaspekte in Bezug auf Untersuchung/Behandlung

Bei mehreren Aspekten gibt es kaum Unterschiede zwischen den Standorten. Bei der Aussage „Die Abläufe bei der Untersuchung/ Behandlung waren gut organisiert und das Behandlungsteam hat im Rahmen meiner Behandlung gut zusammengearbeitet.“ bekommt die PVE Böheimkirchen (72,6 %) eine deutlich niedrigere Zustimmung (trifft voll/ eher zu) als die PVE Schwechat (91,3 %) und die PVE St. Pölten (91,9 %).

4.5.6. WUNSCH NACH ZUSÄTZLICHEN ANGEBOTEN (FRAGE 16)

Bei der Frage nach zusätzlichen Angeboten geben 27,1 % der befragten Patient:innen an, sich in der PVE eine Apotheke zu wünschen. 15,3 % wünschen sich das Nachsenden von Testergebnissen, 11 % die systematische Erinnerung an Kontrolltermine sowie 5,7 % Telekonsultation bzw. Videosprechstunden (siehe Abbildung 68).

Die Patient:innen der PVE St. Pölten sowie die in den Randzeiten befragten Patient:innen wünschen sich deutlich häufiger eine Apotheke (36,3 %) als jene der PVE Böheimkirchen (18,1 %). Die Patient:innen der PVE Schwechat wünschen sich hingegen deutlich häufiger eine systematische Erinnerung an Kontrolltermine (15,4 % im Vergleich zu 7,4 % in der PVE St. Pölten) und das Nachsenden von Testergebnissen (20,2 % im Vergleich zu 11,9 % in der PVE St. Pölten).

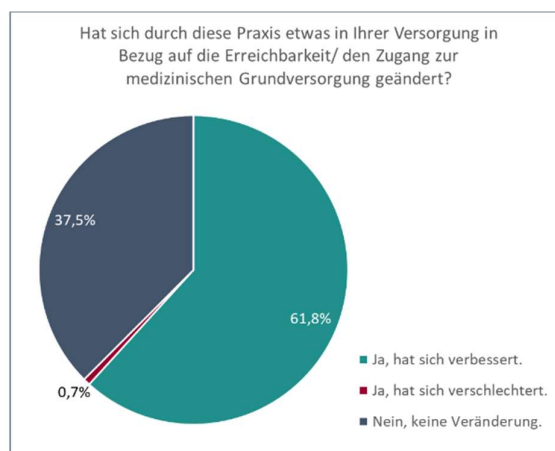


n = 801 (85,2 %), insgesamt 953 Antworten

Abbildung 68: Wunsch nach zusätzlichen Angeboten

4.5.7. VERÄNDERUNG DER VERSORGUNG IN BEZUG AUF DIE ERREICHBARKEIT/ DEN ZUGANG ZUR MEDIZINISCHEN GRUNDVERSORGUNG (FRAGE 17)

61,8 % der befragten Patient:innen geben an, dass sich durch die PVE etwas in ihrer Versorgung in Bezug auf die Erreichbarkeit bzw. den Zugang zur medizinischen Grundversorgung geändert hat, nur 0,7 % (6 Personen insgesamt) haben eine Verschlechterung wahrgenommen (siehe Abbildung 69).



n = 829 (88,2 %)

Abbildung 69: Veränderung der Versorgung in Bezug auf die Erreichbarkeit/ den Zugang zur med. Grundversorgung

Der Anteil der Befragten, die angeben, dass sich die Erreichbarkeit bzw. der Zugang zur medizinischen Grundversorgung verbessert hat, liegt in der PVE St. Pölten am höchsten (66,8 %), in der PVE Schwechat am niedrigsten (56,8 %). Die an den Tagesrandzeiten befragten Patient:innen (n = 41) sehen noch häufiger eine Verbesserung (75,7 %).

4.5.8. VERÄNDERUNG DER VERSORGUNG IN BEZUG AUF DIE ABDECKUNG DER MEDIZINISCHEN BEDÜRFNISSE (FRAGE 18)

60,2 % der befragten Patient:innen geben an, dass sich durch die PVE etwas in ihrer Versorgung in Bezug auf die Abdeckung der medizinischen Bedürfnisse verbessert hat, nur 1,0 % (8 Personen insgesamt) haben eine Verschlechterung wahrgenommen (siehe Abbildung 70).

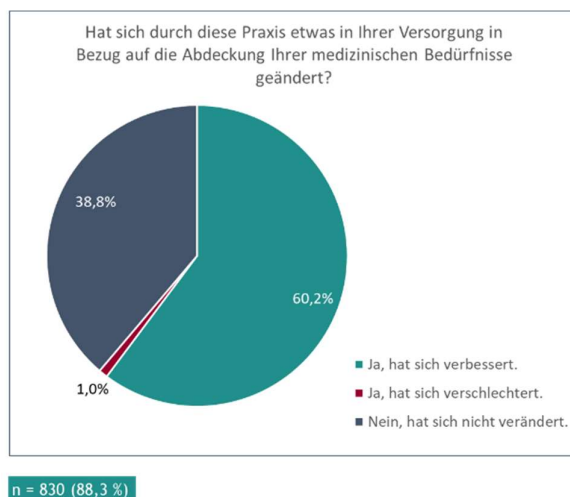


Abbildung 70: Veränderung der Versorgung in Bezug auf die Abdeckung der medizinischen Bedürfnisse

Der Anteil der Befragten, die angeben, dass sich die Abdeckung der medizinischen Bedürfnisse verbessert hat, liegt in der PVE St. Pölten am höchsten (66,8 %), in der PVE Schwechat am niedrigsten (55,8 %). Die an den Tagesrandzeiten befragten Patient:innen sehen noch häufiger eine Verbesserung (75,0 %).

4.5.9. ZUFRIEDENHEIT MIT UNTERSUCHUNG/ BEHANDLUNG & WEITEREMPFEHLUNG (FRAGE 19)

Insgesamt ist die Zufriedenheit der befragten Patient:innen im höchsten Maße gegeben (96,8 %). Daher wird auch der Aussage, dass die Befragten die PVE weiterempfehlen wurden, größtenteils zugestimmt (95,9 %) (siehe Abbildung 71).

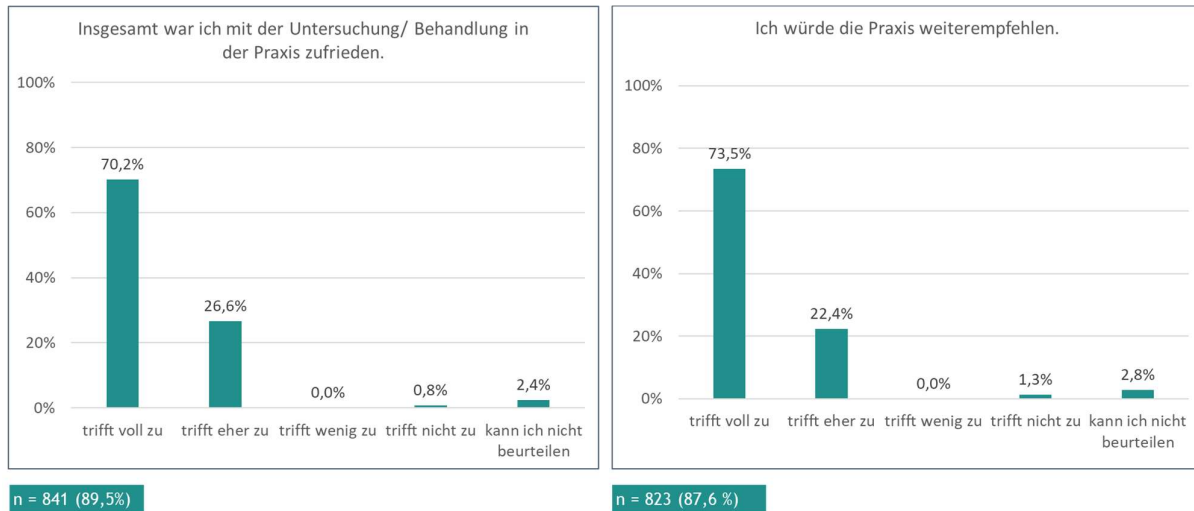


Abbildung 71: Zufriedenheit mit Untersuchung/Behandlung und Weiterempfehlung

Ergebnisse zur Zielsetzung „Zugänglichkeit, Umfang Leistungsangebot, Koordination und Kontinuität“: Indikator 4: Patient:innenzufriedenheit

In allen Qualitätsaspekten zeigt sich, dass die Patient:innen mit den Leistungen der PVE (sehr) zufrieden sind. Das gilt durchgehend für alle Kennzahlen, auch für jene, die über das Thema Untersuchungen bzw. Behandlungen hinaus gehen, z.B. Gespräche mit Ärzt:innen und dem Behandlungsteam, das Angebot der zusätzlichen Berufsgruppen sowie die Themen Wartezeiten und Terminvereinbarungen. Bestätigt wird diese Zufriedenheit auch dadurch, dass die überwiegende Mehrheit der befragten Patient:innen die jeweilige PVE weiterempfehlen würde.

Darüber hinaus geben rund 6 von 10 Befragten an, dass sich die Erreichbarkeit bzw. der Zugang zur medizinischen Grundversorgung sowie ihre Versorgung in Bezug auf die Abdeckung der medizinischen Bedürfnisse durch die PVE verbessert haben.

Gesamtergebnis Indikator 4: Patient:innenzufriedenheit

4.6. INDIKATOR 5 - INFORMATIONSAUSTAUSCH UND ZUSAMMENARBEIT: KOORDINATION

Im Rahmen des Indikators 5 wurden die Anbieter:innen in den Interviews nach den Fallbesprechungen der PVE gefragt. Darüber hinaus wurden zusätzlich auch die Team-Treffen thematisiert.

Zielsetzung	Koordination
Fragestellung	Gibt es geplante Fallbesprechungen, wie oft, wie lang dauern diese?
Datenquelle	Anbieter:innen-Befragung
Grundlagen	Darstellung der Häufigkeit von Fallbesprechungen im Zeitverlauf
Kennzahlen/ Kriterien	Anzahl Fallbesprechungen pro Quartal Umfang der Fallbesprechungen Veranstaltung weiterer Austauschformate

Tabelle 26: Grundlage für Indikator 5 - Informationsaustausch und Zusammenarbeit: Koordination

Nachfolgend werden die Ergebnisse pro Kennzahl dargestellt, am Ende das Gesamtergebnis (siehe S. 65).

4.6.1. FALLBESPRECHUNGEN & VERANSTALTUNG WEITERER AUSTAUSCHFORMATE

Fallbesprechungen sind Teil des Alltags in den PVE und finden häufig statt – entweder im Rahmen der täglichen Besprechungen oder nach Bedarf. Insgesamt finden in der PVE Böheimkirchen 48-55 Fallbesprechungen pro Quartal statt. Die PVE Schwechat steigerte sich im Laufe der Jahre von 33 Fallbesprechungen pro Quartal im Jahr 2020 zu 64 im Jahr 2022. Die höchste Zahl (120) weist die PVE St. Pölten auf. Der Umfang der Fallbesprechungen ist je nach PVE-Standort individuell. In Böheimkirchen und St. Pölten werden täglich Teambesprechungen abgehalten, welche in St. Pölten ca. 5-10 Minuten pro Tag in Anspruch nehmen. In Schwechat werden Fallbesprechungen nach Bedarf durchgeführt und sind mit einem Aufwand von ca. 15 Minuten verbunden (siehe Abbildung 72).

Um den Informationsaustausch und eine gute Zusammenarbeit sicherzustellen, finden an allen PVE-Standorten regelmäßig Team-Treffen in unterschiedlichen Formaten und Zusammensetzungen statt. Es gibt sowohl Kernteam- als auch Gesamtteambesprechungen (siehe ebenfalls Abbildung 72).

PVE Böheimkirchen	PVE Schwechat	PVE St. Pölten
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Regelmäßige Besprechungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Teambesprechung: täglich 5-10 Minuten ▪ Kernteambesprechung (Ärzt:innen, DGKP, Assistent:innen): <i>monatlich</i> ▪ Besprechung Ärzt:innen: monatlich ▪ PVE-Sitzung: monatlich 90 Minuten, abwechselnd medizinisch (<i>6x/Jahr</i>) bzw. organisatorisch (<i>6x/Jahr</i>) ▶ Fallbesprechungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anzahl pro Quartal: 48-55 ▪ Umfang: <i>innerhalb der täglichen Teambesprechung bzw. der zweimonatlichen medizinischen PVE-Sitzung</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Regelmäßige Besprechungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Teambesprechung des Ordin.-Teams (Schalter, Ordin.assistenz, DGKP, Ärzt:innen, GF): <i>wöchentlich</i> ▪ Teambesprechung des Therapeut:innen-Teams (Therapeut:innen, Ärzt:innen, GF): <i>jede zweite Woche</i> ▪ Supervision (Psychotherapie, Sozialarbeit, fallweise weitere Therapeut:innen): <i>alle sechs Wochen</i> ▪ Besprechungen des ärztlichen Teams mit GF: <i>JF 1x im Quartal, bei Bedarf kurze zusätzliche Besprechungen, viel elektronischer Austausch</i> ▶ Fallbesprechungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anzahl pro Quartal: 33 (2020), 46 (2021), 64 (2022) ▪ Umfang: <i>nach Bedarf, 5 bis max. 30 Minuten, i.d.R. 15 Minuten</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Regelmäßige Besprechungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Teamsitzung Gesamtteam: <i>5x/ Jahr</i> ▪ Sitzung Ärzt:innen mit Management: <i>wöchentlich</i> ▪ Update für alle: <i>wöchentlich per Mail</i> ▶ Fallbesprechungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anzahl pro Quartal: 120 ▪ Umfang: <i>5-10 Minuten 1x/ Tag</i>

Abbildung 72: Fallbesprechungen und Veranstaltung weiterer Austauschformate

Ergebnisse zur Zielsetzung „Koordination“:**Indikator 5: Informationsaustausch und Zusammenarbeit: Koordination**

Zur Koordination der benötigten Leistungen eines:einer Patient:in werden in jeder PVE Fallbesprechungen – entweder im Rahmen der täglichen Besprechungen oder nach Bedarf – durchgeführt.

Darüber hinaus finden an allen PVE-Standorten regelmäßig Team-Treffen in unterschiedlichen Formaten und Zusammensetzungen statt, um den Informationsaustausch und eine gute Zusammenarbeit sicherzustellen.

Gesamtergebnis Indikator 5: Informationsaustausch und Zusammenarbeit: Koordination

4.7. INDIKATOR 6 - STANDARDISIERTE UND STRUKTURIERTE DOKUMENTATION IN EINER E-PATIENT:INNEN-AKTE

Im Rahmen des Indikators 6 wird der Frage nachgegangen, ob die PVE über ein effizientes System zur Verwaltung und Dokumentation von Informationen (Korrespondenz, Testergebnisse etc.) der Patient:innen verfügen. Dazu wurden die Manager:innen und Gesellschafter:innen mittels eines kurzen Fragebogens befragt.

Zielsetzung	Kontinuität und Koordination (intern)
Fragestellung	Standardisierte, elektronische Dokumentation in einer Patient:innen-Akte?
Datenquelle/n	Anbieter:innen-Befragung
Grundlagen	Dieser Indikator gibt an, ob die Versorgungseinrichtung über ein effizientes System/Protokoll zur Verwaltung und Dokumentation von Informationen (Korrespondenz, Testergebnisse etc.) aller Patient:innen verfügt.
Kennzahlen/ Kriterien	Verfügbarkeit standardisierte, elektronische Dokumentation ja/nein Einsichtbarkeit der Dokumentation durch andere Berufsgruppen ja/nein Systematische Erinnerung der Patient:innen ja/nein Proaktive Kommunikation von Testergebnissen ja/nein Möglichkeit des selbstständigen Abrufs für Patient:innen ja/nein Nachverfolgung verordneter Untersuchungen ja/nein

Tabelle 27: Grundlage für Indikator 6 - Standardisierte und strukturierte Dokumentation in einer E-Patient:innen-Akte

Nachfolgend werden die Ergebnisse pro Kennzahl dargestellt, am Ende das Gesamtergebnis (siehe S. 67).

4.7.1. FORMEN DER STANDARDISIERTEN, ELEKTRONISCHEN DOKUMENTATION ALLER PATIENT:INNEN

An allen Standorten gibt es eine standardisierte elektronische Patient:innen-Dokumentation, auf die alle Berufsgruppen lesend und schreibend Zugriff haben – außer auf jene der Psychologie bzw. Psychotherapie. Bei medizinischer Notwendigkeit werden die Patient:innen proaktiv kontaktiert, allerdings könnten systematische Erinnerungen für Patient:innen noch ausgebaut werden. Derzeit können Patient:innen noch nicht selbstständig auf alle Inhalte ihre E-Akte zugreifen – nur Covid-Testergebnisse sind abrufbar. Die Nachverfolgung verordneter Untersuchungen ist derzeit noch nicht systematisiert (siehe Tabelle 28).

	PVE Böheimkirchen	PVE Schwechat	PVE St. Pölten
Verfügbarkeit standardisierte, elektronische Dokumentation	+	+	+
Einsichtbarkeit der Dokumentation durch andere Berufsgruppen	+	+	+
Systematische Erinnerung der Patient:innen	+	-	+
Proaktive Kommunikation von Testergebnissen	+	+	+
Möglichkeit des selbstständigen Abrufs für Patient:innen	-	-	-
Nachverfolgung verordneter Untersuchungen	+	+	+

Tabelle 28: Formen der standardisierten, elektronischen Dokumentation

- Systematische Erinnerung der Patient:innen

In der PVE Böheimkirchen werden Patient:innen an Vorsorgeuntersuchungen via SMS erinnert. In der PVE Schwechat ist Umsetzung einer SMS-Erinnerung derzeit in Arbeit. Statt einer elektronischen Erinnerung werden mit den Patient:innen der PVE St. Pölten Termine bei der Befundbesprechung persönlich oder telefonisch vereinbart.

- Proaktive Kommunikation von Testergebnissen

In der PVE Böheimkirchen erfolgt eine schnelle Kontaktaufnahme mit den Patient:innen bei stark abweichenden Befunden. Auch in der PVE Schwechat erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit eine telefonische Kontaktaufnahme. In der PVE St. Pölten wird jedes Labor persönlich und telefonisch besprochen. Negative COVID-Ergebnisse werden per SMS übermittelt.

- Nachverfolgung verordneter Untersuchungen

Die Nachverfolgung von verordneten Untersuchungen erfolgt in der PVE Böheimkirchen teilweise in Form von Erinnerungen im System, bei Dienstübergaben und bei täglichen Besprechungen im Kernteam mit Durchsicht aller eingehenden Befunde. In der PVE Schwechat erfolgt die Nachverfolgung im Rahmen von Folgeordinationen und in der PVE St. Pölten dann, wenn Untersuchungen im Haus stattgefunden haben. Die Nachverfolgung verordneter Untersuchungen ist derzeit noch in keiner PVE systematisiert.

Ergebnisse zur Zielsetzung „Kontinuität und Koordination (intern)“:

Indikator 6: Standardisierte und strukturierte Dokumentation in einer E-Patient:innen-Akte

Die Kontinuität der Behandlung und die Koordination der entsprechenden Leistungen des gesamten Teams werden durch eine gemeinsame Dokumentation sichergestellt. Die Nachverfolgung verordneter Untersuchungen findet allerdings noch nicht systematisiert statt. Auch systematische Erinnerungen an Vorsorgeuntersuchungen und die proaktive Kommunikation von Testergebnissen könnten im Sinne einer effizienten, patient:innen-orientierten Versorgung ausgebaut werden.

Gesamtergebnis Indikator 6: Standardisierte und strukturierte Dokumentation in einer E-Patient:innen-Akte

4.8. INDIKATOR 7 - STANDARDISIERTER UND STRUKTURIERTER INFORMATIONSTRANSFER

Im Rahmen des Indikators 7 wird der Frage nachgegangen, ob ein standardisierter Datenaustausch zwischen den PVE und externen Kooperationspartner:innen vorliegt und welche Vereinbarungen geschlossen wurden. Dazu wurden die Manager:innen und Gesellschafter:innen mittels eines kurzen Fragebogens befragt.

Zielsetzung	Kontinuität und Koordination (extern)
Fragestellung	Standardisierter, (elektronischer/schriftlicher) Datenaustausch? Gibt es ein System/Protokoll zum Austausch von Informationen (Korrespondenz, Befunde, spezielle Patient:innenerfordernisse)?
Datenquelle/n	Anbieter:innen-Befragung, Analyse der Hauptleistungsträger:innen
Grundlagen	Formalisierte Vereinbarung mit Kooperationspartner:innen über patient:innenbezogenen Informationsaustausch
Kennzahlen/ Kriterien	Verfügbarkeit eines standardisierten (elektronischen/schriftlichen) Datenaustauschs mit externen Kooperationspartner:innen ja/nein Anzahl formalisierter Vereinbarungen mit externen Kooperationspartner:innen Abdeckungsgrad Vereinbarungen mit Hauptleistungsträger:innen

Tabelle 29: Grundlage für Indikator 7 - Standardisierter und strukturierter Informationstransfer

Nachfolgend werden die Ergebnisse pro Kennzahl dargestellt, am Ende das Gesamtergebnis (siehe S. 69).

4.8.1. DATENAUSTAUSCH MIT EXTERNEN KOOPERATIONSPARTNER:INNEN

Befunde von externen Anbieter:innen (z.B. Labor) werden an allen drei PVE-Standorten über Standort-spezifische Programme elektronisch empfangen.

4.8.2. VEREINBARUNGEN MIT EXTERNEN KOOPERATIONSPARTNER:INNEN

Die PVE sind regional gut mit weiteren Anbieter:innen vernetzt. Auf Nachfrage werden in allen PVE Kontakte zu regionalen Fachärzt:innen für weitere Beratung und Überweisungen an die Patient:innen weitergegeben.

Die PVE Böheimkirchen ist im regionalen Austausch mit Fachärzt:innen und Therapeut:innen.

Die PVE Schwechat tauscht sich im Bedarfsfall mit dem Palliativ-Team Hainburg, mit Acute Community Nurses oder dem Pflege-Notdienst vor Ort aus. Wenn es aufgrund der Dringlichkeit eines Problems unbedingt erforderlich ist, erfolgen Anrufe durch PVE-Mitarbeiter:innen bzw. -Ärzt:innen bei Fachärzt:innen, Instituten oder Kliniken, um den Prozess zu beschleunigen.

Die PVE St. Pölten hat direkte Kontakte mit allen Abteilungen des Universitätsklinikums (UK) St. Pölten, um sich bei Bedarf Beratung zu holen. Außerdem gibt es seit 2022 eine Kooperation der PVE St. Pölten mit dem Notruf NÖ (Einbindung in den Akutversorgungsnachweis).

Ansonsten gibt es keine formalisierten Vereinbarungen mit externen Kooperationspartner:innen.

4.8.3. ABDECKUNGSGRAD VEREINBARUNGEN MIT HAUPTLEISTUNGSTRÄGER:INNEN

An allen Standorten sind Vereinbarungen mit allen Hauptleistungsträger:innen vorhanden.

Ergebnisse zur Zielsetzung „Kontinuität und Koordination (extern)“:

Indikator 7: Standardisierter und strukturierter Informationstransfer

In allen PVE findet ein elektronischer Datenaustausch mit externen Kooperationspartner:innen statt, allerdings noch nicht (vollständig) automatisiert. Derzeit gibt es nur eine einzige formalisierte Vereinbarung mit externen Kooperationspartner:innen (PVE St. Pölten mit dem Notruf NÖ). Allerdings sind alle Standorte regional mit weiteren Anbieter:innen vernetzt, um sich bei Bedarf beraten zu lassen bzw. den Patient:innen mögliche Kontakte zur Verfügung stellen zu können.

Gesamtergebnis Indikator 7: Standardisierter und strukturierte Informationstransfer

4.9. INDIKATOR 8 - ZUFRIEDENHEIT MIT ARBEITSBEDINGUNGEN

Im Rahmen des Indikators 8 wird der Frage nachgegangen, wie attraktiv der Arbeitsplatz in der PVE für die Gesellschafter:innen und Mitarbeiter:innen ist und wie zufrieden sie mit dem Umfeld und den Bedingungen sind (Interviews mit Anbieter:innen). Zusätzlich wurde über die Zusammenarbeit, über Wünsche sowie – mit den Gesellschafter:innen und den Manager:innen – über die Konzeptions- und Gründungsphase gesprochen.

Zielsetzung	Kontinuität und Kooperation
Fragestellung	Attraktivität des Arbeitsplatzes und Zufriedenheit mit Umfeld/ Bedingungen
Datenquelle/n	Befragung von Mitarbeiter:innen und Gesellschafter:innen
Grundlagen	Der Indikator gibt einen Hinweis darauf, wie hoch die Zufriedenheit der Ärzt:innen/PVE-Teammitglieder mit der Arbeit im Versorgungsmodell ist.
Kennzahlen/ Kriterien	Zufriedenheit (<i>qualitative Beschreibung aus Interviews</i>)

Tabelle 30: Grundlage für Indikator 8 - Zufriedenheit mit Arbeitsbedingungen

Nachfolgend werden die Ergebnisse pro Kennzahl dargestellt, am Ende das Gesamtergebnis (siehe S. 72).

4.9.1. ZUFRIEDENHEIT DER MITARBEITER:INNEN UND GESELLSCHAFTER:INNEN

Alle Interviewten aus allen PVE berichten von einer (sehr) hohen Arbeitszufriedenheit. Sie empfinden PVE als bessere Arbeitsumgebung als Krankenhäuser oder – bei Therapeut:innen und Ärzt:innen – die (ausschließliche) Selbständigkeit. Besonders die Zusammenarbeit im Team wird als positiver Einflussfaktor genannt. Die Möglichkeiten für den Austausch – innerhalb der Profession ebenso wie berufsgruppenübergreifend – spielen dabei eine große Rolle. Für Ärzt:innen sei die Entlastung durch die Pflegekräfte auf der einen und durch das Management auf der anderen Seite sehr wertvoll. Auch die Arbeitsbedingungen werden positiv beschrieben. Das Spektrum reicht von kurzen Anfahrtswegen, guter Ausstattung bis hin zu geregelten Arbeitszeiten mit der Möglichkeit Dienste zu tauschen. Die Vereinbarkeit von Beruf und Privatem sei besser möglich als anderswo. Die Arbeit wird darüber hinaus als abwechslungsreich, spannend und befriedigend bezeichnet.

Faktoren, die sich negativ auf die Arbeitszufriedenheit auswirken, seien die teilweise fehlende Wertschätzung von Patient:innen, die teilweise fehlende Möglichkeit zur Kommunikation mit Kolleg:innen, fehlender Informationsfluss und technische Ausfälle. Auch die Sorge vor der Schließung weiterer Ordinationen im Umfeld und damit einem noch höheren Patient:innen-Aufkommen wurde genannt. Insgesamt war eine sehr große Zufriedenheit beobachtbar.

4.9.2. ZUSAMMENARBEIT IN DEN PVE

Die Zusammenarbeit laufe – nach ein paar Schwierigkeiten in der Gründungsphase – nun in allen PVE sehr gut, geben alle befragten Gruppen an. Die Austauschmöglichkeiten untereinander neben der Möglichkeit des eigenständigen Arbeitens, das Arbeitsklima und der Führungsstil werden positiv beschrieben. Die Teammitglieder fühlen sich gehört und auf Augenhöhe mit den Betreiber:innen.

Für Management und Betreiber:innen fiele durch die Größe der Teams administrativer Mehraufwand an und eine Steigerung der Komplexität, die nicht zu unterschätzen sei. Es brauche auch Möglichkeiten für gemeinsame Sitzungen und Teambuilding, die nicht einfach umzusetzen seien.

Der Arbeitsalltag wird als abwechslungsreich beschrieben. Es käme täglich neuer Input. Teilweise müsse der Kommunikations- und Informationsfluss im Team noch verbessert werden.

4.9.3. WÜNSCHE DER MITARBEITER:INNEN

Gefragt nach Wünschen der Mitarbeiter:innen wurde in allen PVE eine Erweiterung genannt – sowohl des Teams als auch des Angebots, z.B. im Bereich der Prävention und für Gruppen. Die PVE würden aber an die Grenzen verfügbarer Ressourcen stoßen, z.B. hinsichtlich der Räumlichkeiten.

Auch technische Verbesserungsmöglichkeiten werden angeführt, bei Software (z.B. für Dokumentation), Hardware (z.B. Tablets bei Sprachbarrieren) und medizintechnischen Geräten (z.B. EKG und Ultraschall zur Vermeidung weiterer Patient:innen-Wege).

Eine Vernetzung mit Therapeut:innen außerhalb der PVE sei erstrebenswert, damit Patient:innen nach den (wenigen) Einheiten in der PVE (z.B. im Bereich Psychologie/ Psychotherapie) weitervermittelt werden könnten.

Es wird das Bedürfnis nach Schließzeiten formuliert, damit die Teammitglieder auch Fortbildungen und Teambuilding-Maßnahmen besuchen können. Teamzeiten sollten außerdem verrechenbar sein.

Weiters wird der Wunsch nach klaren Ansprechpersonen und regelmäßigem Kontakt mit Vertragspartner:innen geäußert sowie nach einem Austausch mit anderen PVE.

Klare Strukturen und Informationen, was PVE seien und wofür diese stehen, werden als notwendig erachtet – einerseits gerichtet an die Allgemeinheit (Patient:innen), andererseits an Professionist:innen (Ärzt:innen, Krankenhäuser, Gesundheitshotline 1450). Vergleiche mit niedergelassenen Ärzt:innen seien aufgrund der anderen Rahmenbedingungen nicht sinnvoll.

Das Thema Bezahlung/ Verrechenbarkeit wurde von mehreren befragten Gruppen angesprochen (Management, Betreiber:innen, Team). Die Anstellung weiterer Therapeut:innen wäre erschwert, da lediglich das Gehalt bezahlt werden kann, nicht aber die Miete für die entsprechenden Räumlichkeiten. Bei der Berechnung der diplomierten Pflegekräfte wären Urlaube etc. nicht eingerechnet worden. Insgesamt brauche man mehr Personal als berechnet. Eine bessere Bezahlung einzelner Berufsgruppen sowie österreichweit einheitliche Regelungen bzgl. der Stundensätze werden gewünscht.

4.9.4. KONZEPTIONSPHASE

Aus der Konzeptionsphase berichteten die Gründer:innen und Manager:innen von einem Mangel an Unterstützung. Ein besserer Austausch sowie Zahlen und Fakten als Grundlage hätten gefehlt. Von den Stakeholdern hätte man sich mehr Unterstützung erwartet. Eine regionale Vernetzung sei schon durch die Vorgängerorganisationen vorhanden gewesen.

Das Engagement und die Motivation der Betreiber:innen seien die wichtigste Grundlage für die erfolgreiche Gründung gewesen. Die Konzeptionsphase wäre vor allem durch „learning by doing“ geprägt gewesen.

Alle drei PVE konnten auf bestehenden Ordinationen aufbauen, zwei davon auf Gruppenpraxen. Die Interviewten waren der Meinung, dass die Gründung ohne Vorgängerorganisationen kaum möglich gewesen wäre – vor allem nicht in derselben Zeit.

4.9.5. GRÜNDUNGSPHASE

Aus der Gründungsphase werden folgende förderliche und hinderliche Faktoren vom Management und den Betreiber:innen der drei PVE genannt:

- Förderliche Faktoren:
 - Vorgängerorganisationen (bestehendes Team, bestehende längere Öffnungszeiten)
 - Bekanntschaft und gute Gesprächskultur zwischen den Gründer:innen
 - Langsamer Start
- Hinderliche Faktoren:
 - Wenig Zeit im Vorfeld des Eröffnungsdatums
 - Unklarheiten bei den Aufgabenbereichen zwischen diplomierten Pflegekräften und Ordinationsassistent:innen
 - Zu kleine Räumlichkeiten
 - Schnelles Wachstum
 - Mangelnde Unterstützung

Ergebnisse zur Zielsetzung „Kontinuität und Kooperation“:

Indikator 8: Zufriedenheit mit Arbeitsbedingungen

Die Kooperation im Team wird als sehr gut bewertet, die interviewten Teammitglieder streichen die Zusammenarbeit und ihre hohe Zufriedenheit mit der Arbeit in den PVE hervor.

Berufsgruppenübergreifender Austausch, Kommunikation auf Augenhöhe zwischen allen Gruppen, geregelte Arbeitszeiten und ein abwechslungsreicher Arbeitsalltag lassen eine hohe Arbeitsplatz-Attraktivität erkennen, die Grundvoraussetzung für die Kontinuität im Team und damit für die gute Behandlung der Patient:innen ist.

Gesamtergebnis Indikator 8: Zufriedenheit mit Arbeitsbedingungen

4.10. INDIKATOR 9 - ANZAHL VERSORGTER PERSONEN UND DEREN EINZUGSGEBIET

Im Rahmen des Indikators 9 wird der Frage nachgegangen, wie der Versorgungsgrad der Patient:innen im Vergleich zur allgemeinmedizinischen Regelversorgung eingeschätzt wird (Interviews mit Anbieter:innen) und wie sich das Einzugsgebiet der Patient:innen darstellt (Leistungsdaten).⁸

Zielsetzung	Zugänglichkeit
Fragestellung	Wie ist der Versorgungsgrad im Vergleich zur allgemeinmedizinischen Regelversorgung? Wie ist das Einzugsgebiet? Wie entwickelt sich die Inanspruchnahme?
Datenquelle/n	Leistungsdaten, Anbieter:innen-Befragung
Grundlagen	<i>keine Angaben in Evaluierungsstandards für Primärversorgungseinheiten</i>
Kennzahlen/ Kriterien	<u>Anbieter:innen-Befragung:</u> Versorgungswirksamkeit
	<u>Leistungsdaten:</u> Anzahl + Anteil Herkunft der Stammpatient:innen (auf Bezirksebene) vs. Anzahl + Anteil Herkunft der Nicht-Stammpatient:innen Anzahl + Anteil Herkunft der Kontakte (alle Gruppen, auf Bezirksebene)

Tabelle 31: Grundlage für Indikator 9 - Anzahl versorgter Personen und deren Einzugsgebiet

Nachfolgend werden die Ergebnisse pro Kennzahl dargestellt, am Ende das Gesamtergebnis (siehe S. 82).

4.10.1. PATIENT:INNEN & VERSORGUNGSWIRKSAMKEIT

Die Versorgungswirksamkeit wurde von allen Interviewten (Gesellschafter:innen und Mitarbeiter:innen) sehr hoch bewertet. Dabei wurden der Umfang und die Kontinuität der Versorgung herausgestrichen, die durch die Bündelung der Behandlungsschritte an keiner anderen Stelle als in der PVE-Struktur in dieser Form gewährleistet seien. Es gebe weniger Lücken im Behandlungsprozess, fortlaufende berufsgruppenübergreifende Dokumentation und eine für Patient:innen unkomplizierte Möglichkeit von weiteren Berufsgruppen behandelt zu werden (z.B. kein Suchen nach Therapeut:innen, einfache Terminkoordination, alle Angebote im selben Haus). Auch die Zusatzangebote kämen den Patient:innen zugute (z.B. Prävention), allerdings wäre hier noch mehr möglich. Darüber hinaus seien die Öffnungszeiten ein großer Vorteil für die Patient:innen.

Generell wurde von einer hohen Patient:innen-Zufriedenheit berichtet. Teilweise seien die Patient:innen aufgrund ihrer Ungeduld herausfordernd. Sowohl Patient:innen als auch Ärzt:innen in der Umgebung wüssten häufig nicht, was eine PVE sei und tue. Auf der einen Seite würden PVE mit Ambulanzen verwechselt (alle können zu jeder Zeit kommen) und auf der anderen Seite mit einer hausärztlichen Praxis (man kommt immer zur selben behandelnden Person). Diese Fehleinschätzungen würden immer wieder zu Unmut führen. Die generelle Schließung von Kassenordinationen oder Urlaubssperren würden die Situation noch erschweren.

4.10.2. ANZAHL UND ANTEIL DER HERKUNFT DER PATIENT:INNEN

Im Folgenden werden die Einzugsgebiete aller PVE-Standorte gesamt und getrennt auf Basis von Heimatbezirk und Bundesländern dargestellt sowie die Anzahl versorgter Personen auf Bezirksebene nach Standorten.

⁸Anmerkungen:

Es kann aufgrund der unterschiedlichen Heimatbezirke keine Vergleichsanalyse der einzelnen Standorte mit den Kontrollgruppen durchgeführt werden.

A) EINZUGSGEBIET PVE GESAMT

• Stammpatient: innen B

Bei Betrachtung des Einzugsgebietes aller PVE zeigt sich, dass der Anteil der Stammpatient:innen B, die nicht aus dem PVE-Heimatbezirk stammen, im Laufe der Jahre 2019 bis 2021 etwas zugenommen (ein Prozentpunkt) hat. Dies spricht für eine zunehmende überregionale Versorgung durch die PVE (siehe Abbildung 73).

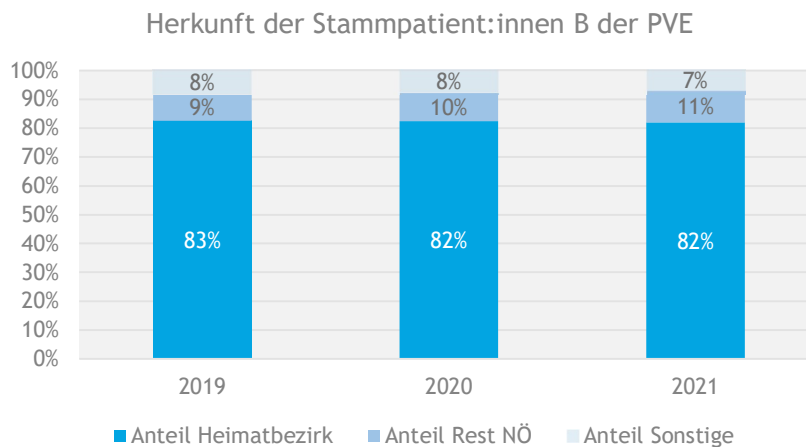


Abbildung 73: Herkunft der Stammpatient:innen B der PVE

Der Anteil der Stammpatient:innen A, die aus dem jeweiligen Heimatbezirk stammen, lag im Jahr 2021 mit rund 76 % unter dem Anteil der Stammpatient:innen B. Entsprechend höher lag bei den Stammpatient:innen A auch der Anteil der Patient:innen aus dem restlichen Niederösterreich (15 %) bzw. der Anteil der Patient:innen mit sonstiger Herkunft (10 %).

Bei Betrachtung aller Patient:innen zeigt sich, dass der Anteil der Patient:innen, die im Jahr 2021 aus dem Heimatbezirk stammten mit rund 66 % noch niedriger war. Rund 24 % aller Patient:innen stammte im Jahr 2021 aus dem restlichen Niederösterreich und rund 11 % der Patient:innen waren sonstiger Herkunft (größtenteils Österreich). Dies deutet darauf hin, dass PVE eine überregionale Versorgung für Patient:innen bieten. Dies könnte durch die Öffnungszeiten erklärt werden.

• Nicht-Stammpatient:innen

Bei Betrachtung des Einzugsgebietes aller PVE zeigt sich, dass der Anteil der Nicht-Stammpatient:innen (Patient:innen, die nicht als Stammpatient:innen A oder B gezählt werden) aus dem restlichen Niederösterreich mit 46 % im Vergleich mit den Stammpatient:innen B (11 %) deutlich größer war (siehe Abbildung 74). Ebenfalls größer war der Anteil der Patient:innen mit sonstiger Herkunft (größtenteils Rest-Österreich) (8 % Nicht-Stammpatient:innen vs. 7 % Stammpatient:innen B). Hierfür zeichnet zu einem großen Teil die Zunahme der überregionalen Versorgung der PVE St. Pölten verantwortlich.

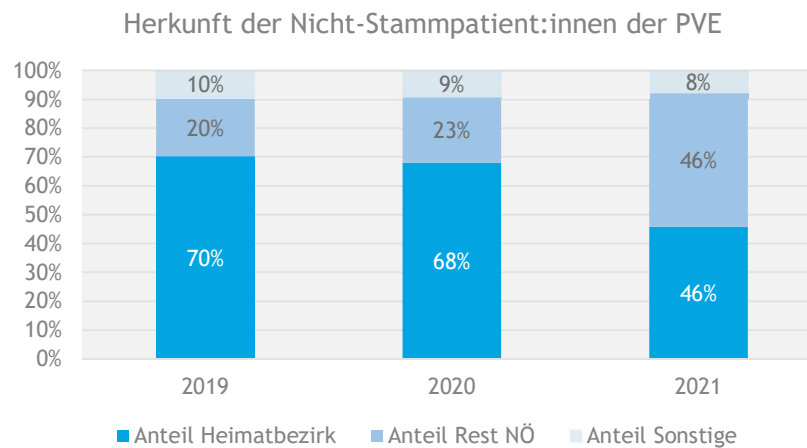


Abbildung 74: Herkunft der Nicht-Stammpatient:innen der PVE

- Kontakte**

Auch bei Betrachtung der Herkunft aller Kontakte der PVE zeigt sich eine leichte Abnahme des Anteils der Kontakte aus dem Heimatbezirk (von 83 % im Jahr 2019 auf 80 % im Jahr 2021) und eine leichte Zunahme der überregionalen Versorgung auch anderer niederösterreichischer Bezirke (von 10 % im Jahr 2019 auf 14 % im Jahr 2021) (siehe Abbildung 75).

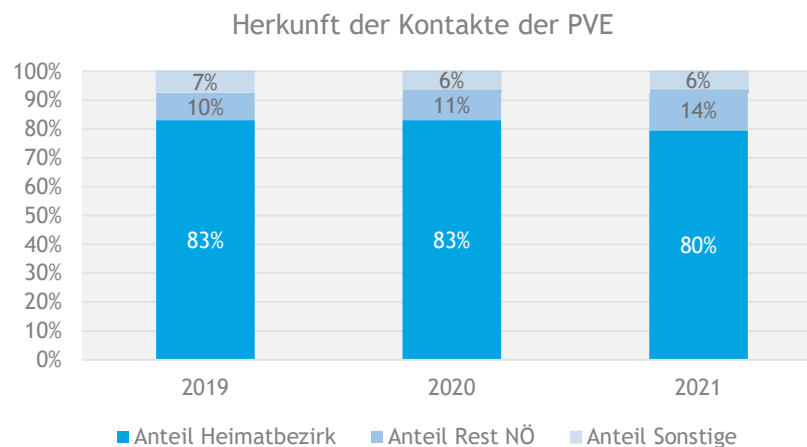


Abbildung 75: Herkunft der Kontakte PVE

B) EINZUGSGEBIET PVE BÖHEIMKIRCHEN

• Stammpatient:innen B

Im Jahr 2021 waren 95 % der Stammpatient:innen B der PVE Böheimkirchen Niederösterreicher:innen, wobei insgesamt rund 86 % aus dem Heimatbezirk der PVE (St. Pölten Land) und rund 9 % aus dem restlichen Niederösterreich (siehe Abbildung 76) stammen. Der Heimatbezirk St. Pölten Land war 2021 mit 3.544 Stammpatient:innen B am stärksten vertreten. Danach folgten die Bezirke St. Pölten Stadt (286), die Stadt Wien (75), Tulln (68) und Melk (15) (siehe Abbildung 77). Über die Jahre hinweg (2019-2021) blieb der Anteil der Patient:innen aus dem Heimatbezirk konstant.

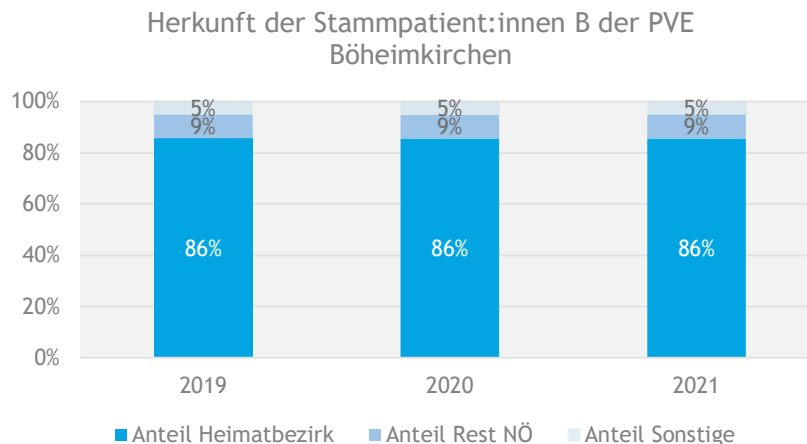


Abbildung 76: Herkunft der Stammpatient:innen B - PVE Böheimkirchen (2019-2021)

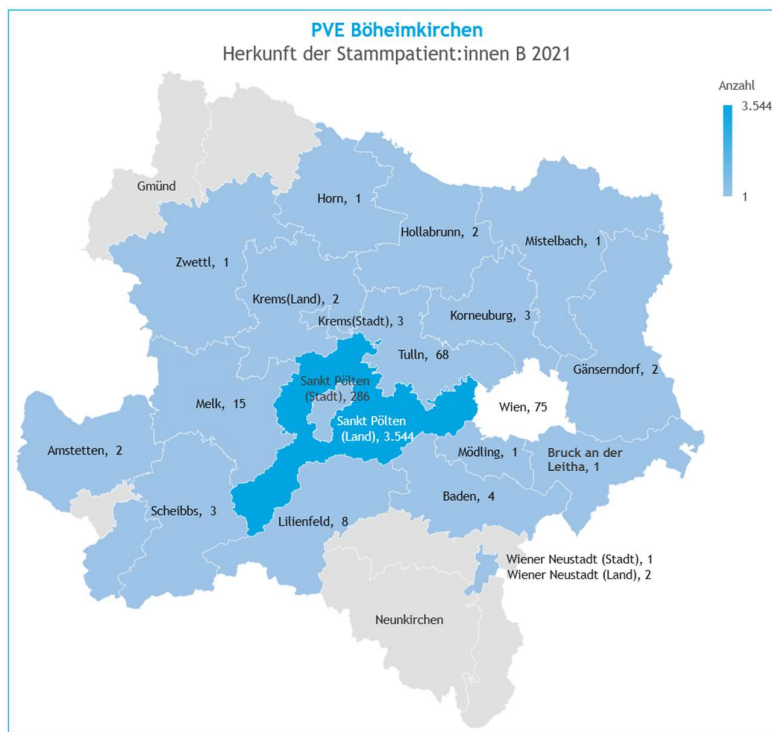


Abbildung 77: Herkunft Stammpatient:innen B 2021 - PVE Böheimkirchen

• **Nicht-Stammpatient:innen**

Im Jahr 2021 waren 92 % der Nicht-Stammpatient:innen der PVE Böheimkirchen Niederöreicher:innen, wobei insgesamt rund 74 % aus dem Heimatbezirk der PVE (St. Pölten Land) und rund 18 % aus dem restlichen Niederösterreich (siehe Abbildung 78) stammen. Der Heimatbezirk St. Pölten Land war 2021 mit 1.896 Nicht-Stammpatient:innen am stärksten vertreten. Danach folgten die Bezirke St. Pölten Stadt (238), Tulln (112), die Stadt Wien (90) und Melk (30) (siehe Abbildung 79). Über die Jahre (2019-2021) hinweg blieb der Anteil aus dem Heimatbezirk relativ konstant (74-79 %).

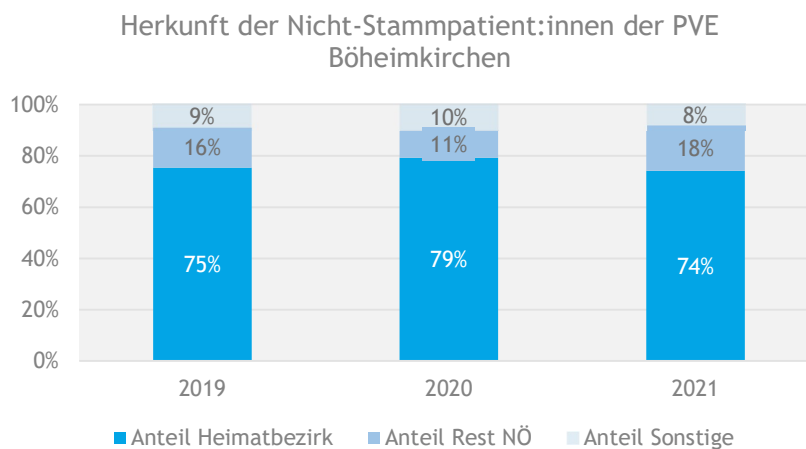


Abbildung 78: Herkunft der Nicht-Stammpatient:innen B - PVE Böheimkirchen (2019-2021)

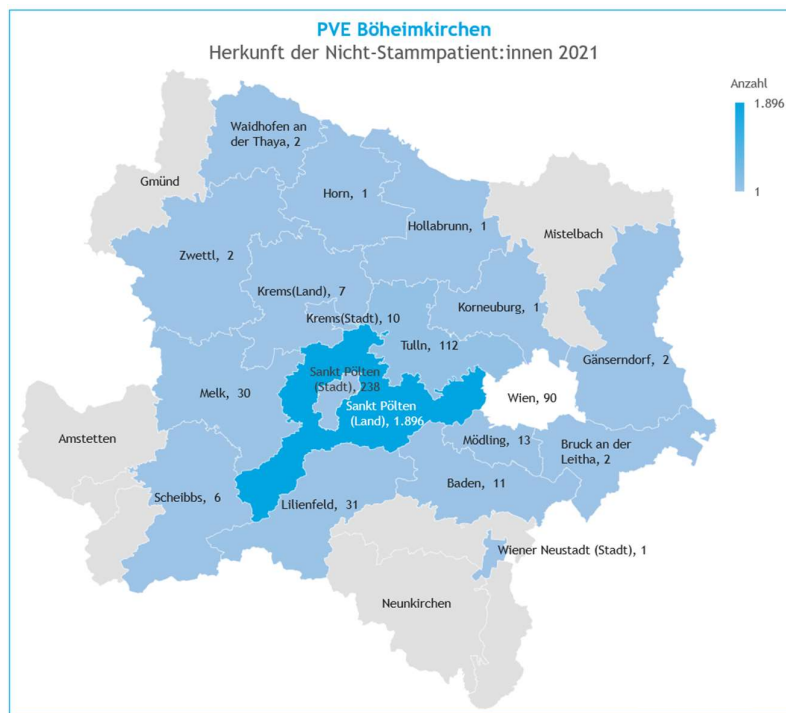


Abbildung 79: Herkunft Nicht-Stammpatient:innen B 2021 - PVE Böheimkirchen

C) EINZUGSGEBIET PVE SCHWECHAT

• Stammpatient:innen B

Im Jahr 2021 waren 86 % der Stammpatient:innen B der PVE Schwechat Niederösterreicher:innen, wobei insgesamt rund 83 % aus dem Heimatbezirk der PVE (Bruck an der Leitha) und rund 4 % aus dem restlichen Niederösterreich (siehe Abbildung 80) stammen. Der Heimatbezirk Bruck an der Leitha war 2021 mit 3.601 Stammpatient:innen B am stärksten vertreten. Danach folgte die Stadt Wien (415) sowie die Bezirke Mödling (24) und Baden (24) (siehe Abbildung 81). Über die Jahre hinweg (2019-2021) blieb der Anteil des Heimatbezirkes relativ konstant (81-83 %).

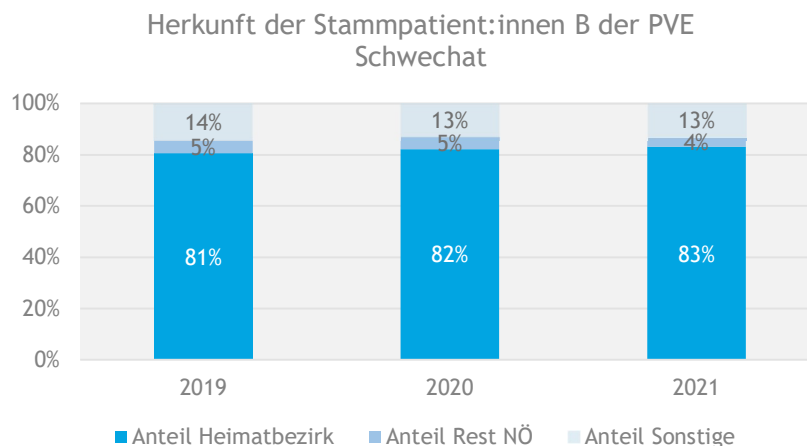


Abbildung 80: Herkunft der Stammpatient:innen B - PVE Schwechat (2019-2021)

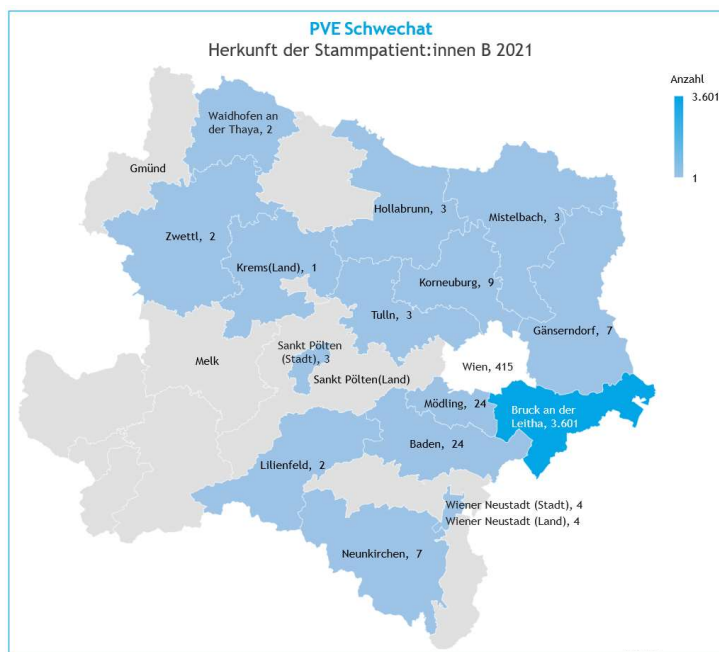


Abbildung 81: Herkunft der Stammpatient:innen B 2021 - PVE Schwechat

• **Nicht-Stammpatient:innen**

Im Jahr 2021 waren 88 % der Nicht-Stammpatient:innen der PVE Schwechat Niederösterreicher:innen, wobei insgesamt rund 77 % aus dem Heimatbezirk der PVE (Bruck an der Leitha) und rund 11 % aus dem restlichen Niederösterreich (siehe Abbildung 82) stammen. Der Heimatbezirk Bruck an der Leitha war 2021 mit 5.621 Nicht-Stammpatient:innen am stärksten vertreten. Danach folgte die Stadt Wien (619) sowie die Bezirke Mödling (245) und Baden (161) (siehe Abbildung 83). Über die Jahre (2019-2021) hinweg blieb der Anteil des Heimatbezirkes relativ konstant (74-78 %).

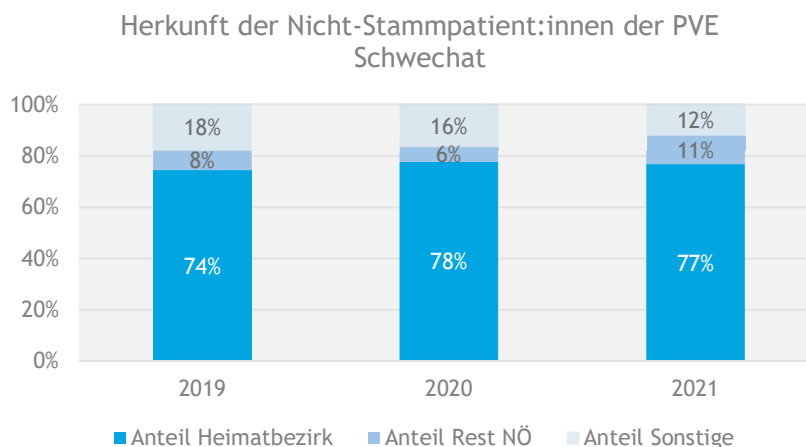


Abbildung 82: Herkunft der Nicht-Stammpatient:innen - PVE Schwechat (2019–2021)

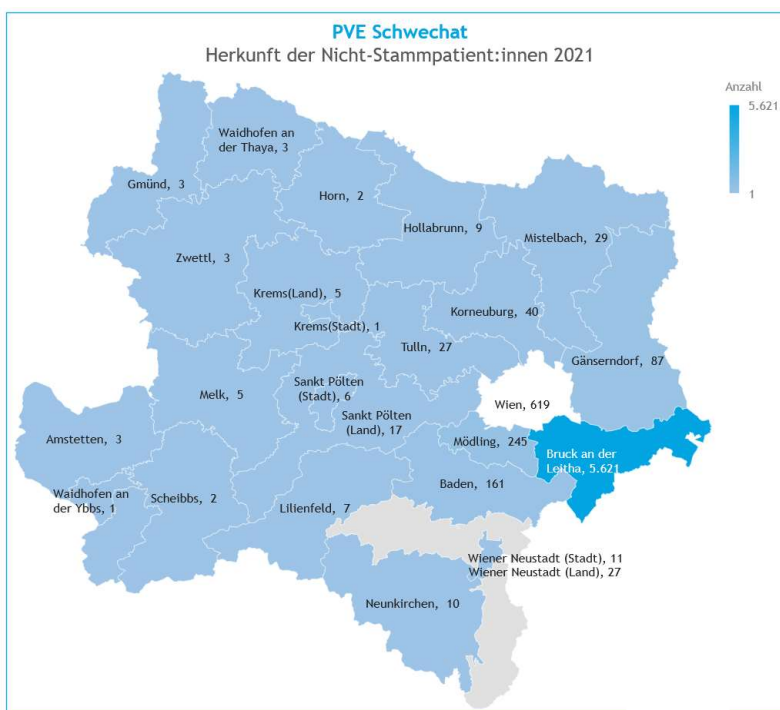


Abbildung 83: Herkunft der Nicht-Stammpatient:innen 2021 - PVE Schwechat

D) EINZUGSGEBIET PVE ST. PÖLTEN

• Stammpatient:innen B

Im Jahr 2021 waren 95 % der Stammpatient:innen B der PVE St. Pölten Niederösterreicher:innen, wobei insgesamt rund 78 % aus dem Heimatbezirk der PVE (St. Pölten Stadt) und rund 17 % aus dem restlichen Niederösterreich (siehe Abbildung 84) stammen. Der Heimatbezirk St. Pölten Stadt war 2021 mit 5.508 Stammpatient:innen B am stärksten vertreten. Danach folgten St. Pölten Land (964), die Stadt Wien (95) sowie die Bezirke Melk (56) und Tulln (23) (siehe Abbildung 85). Über die Jahre hinweg (2019-2021) blieb der Anteil des Heimatbezirkes relativ konstant (78-81 %).

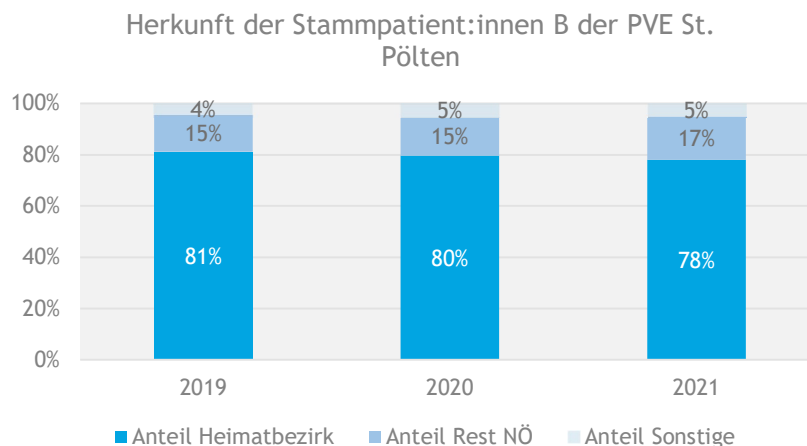


Abbildung 84: Herkunft der Stammpatient:innen B - PVE St. Pölten (2019-2021)

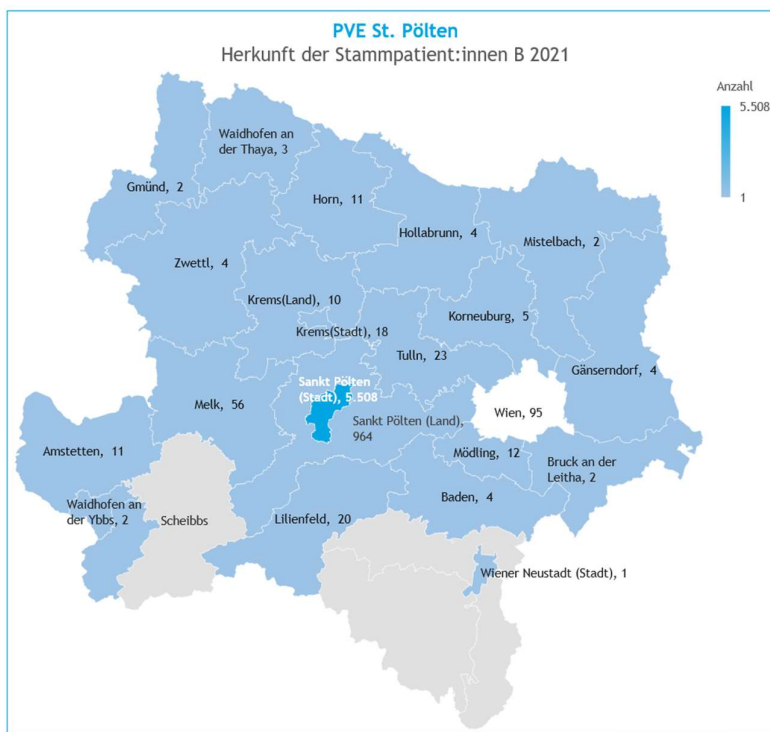


Abbildung 85: Herkunft der Stammpatient:innen B 2021 - PVE St. Pölten

• **Nicht-Stammpatient:innen**

Im Jahr 2021 waren 93 % der Nicht-Stammpatient:innen der PVE St. Pölten Niederöreicher:innen, wobei insgesamt rund 37 % aus dem Heimatbezirk der PVE (St. Pölten Stadt) und rund 56 % aus dem restlichen Niederösterreich (siehe Abbildung 86) stammen. Der Heimatbezirk St. Pölten Stadt war 2021 mit 12.851 Nicht-Stammpatient:innen am stärksten vertreten. Danach folgten die Bezirke St. Pölten Land (10.268), Lilienfeld (1.903), Melk (1.538) und die Stadt Wien (1.273) (siehe Abbildung 87). Über die Jahre hinweg (2019-2021) ist der Anteil des Heimatbezirkes an Nicht-Stammpatient:innen deutlich gesunken (von 2019: 65 % auf 2021:37 %).

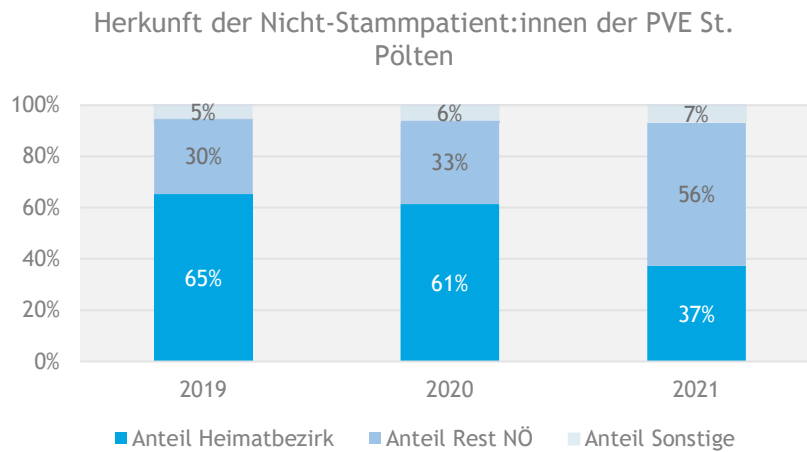


Abbildung 86: Herkunft der Nicht-Stammpatient:innen - PVE St. Pölten (2019-2021)

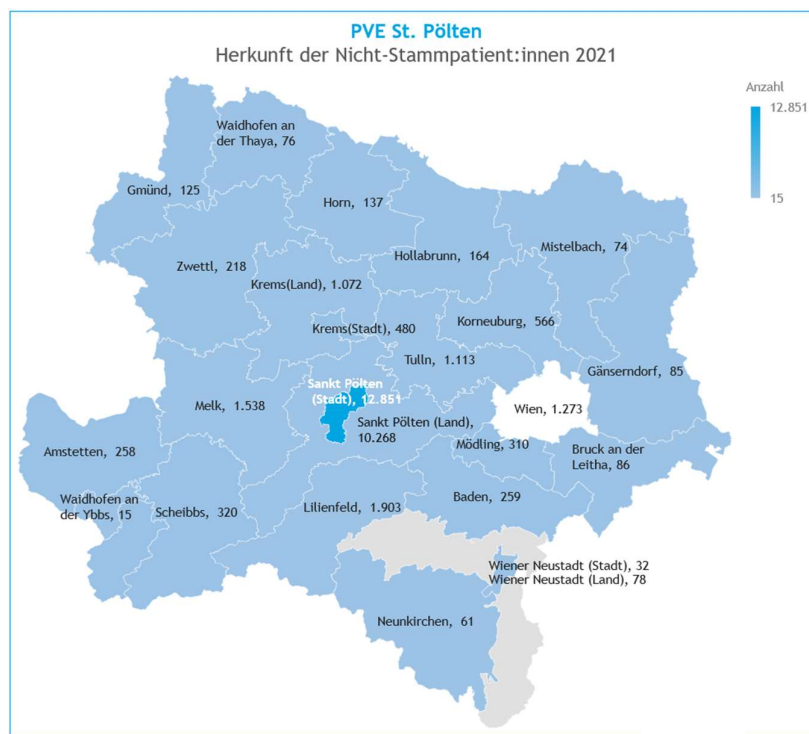


Abbildung 87: Herkunft der Nicht-Stammpatient:innen 2021 - PVE St. Pölten

Ergebnisse zur Zielsetzung „Zugänglichkeit“:**Indikator 9: Anzahl versorgter Personen und deren Einzugsgebiet**

Der Versorgungsgrad der Patient:innen aus dem direkten Umfeld, also dem Heimatbezirk der jeweiligen PVE, lässt auf eine gute Zugänglichkeit schließen. Diese wird durch die erweiterten Öffnungszeiten über das gesamte Jahr, die unkomplizierte Inanspruchnahme weiterer Gesundheits- und Sozialberufe sowie deren berufsgruppenübergreifende, kontinuierliche Zusammenarbeit gefördert und kann in dieser Form aktuell nur durch das Modell der PVE geboten werden kann. Die überregionale Versorgung (Niederösterreich und teilweise Wien) hat im Laufe der Jahre 2019 bis 2021 zugenommen. Ein Vergleich mit der Regelversorgung ist mit den vorliegenden Daten (Kontrollgruppen sind in unterschiedlichen Bezirken angesiedelt) nicht möglich.

Gesamtergebnis Indikator 9: Anzahl versorgter Personen und deren Einzugsgebiet

4.11. INDIKATOR 10 - PATIENT:INNEN-VERSORGUNG MIT MEDIKAMENTEN (POLYPHARMAZIE)

Mit Bezug auf die dem Indikator 10 zugrunde liegenden Zielsetzung *Umfang des Leistungsangebotes* wird die Frage analysiert, wie es sich mit den Medikamentenverordnungen bei älteren Menschen verhält. Da keine einheitliche Begriffsdefinition von Polypharmazie existiert, wurde in Abstimmung mit den Auftraggeber:innen entschieden, sich nach der häufigsten Vorgabe zu richten und „Stammpatient:innen mit mehr als fünf in eingelösten Medikamenten enthaltenen Wirkstoffe im Quartal“ in den Leistungsdaten zu untersuchen. Um die PVE und die Kontrollgruppen vergleichen zu können, wurde auch ein Vergleich über die altersstandardisierten Daten (siehe Erläuterung 4) vorgenommen. Zusätzlich zu den Vorgaben wurde ausgewertet, wie viele Personen sowohl in der Vorgängerorganisation 2018 als auch in der PVE 2019 Stammpatient:innen mit Polypharmazie gewesen sind.⁹

Zielsetzung	Umfang Leistungsangebot
Fragestellung	Verbesserung der Qualität von Medikamentenverordnungen bei älteren Menschen
Datenquelle/n	Leistungsdaten
Grundlagen	Eine einheitliche Begriffsdefinition von Polypharmazie existiert in der internationalen Fachliteratur nicht. In der Regel ist die Anzahl von (gleichzeitig) eingenommenen Arzneimitteln das Kriterium der Definition (quantitative Definition); wobei die konkrete Anzahl, ab wann man von Polypharmazie spricht, in der Literatur stark variiert. Einige Autoren bezeichnen es bereits bei gleichzeitiger Einnahme von zwei Arzneimitteln als Polypharmazie, andere wiederum erst ab der gleichzeitigen Einnahme von zehn Arzneimitteln. Am häufigsten kennzeichnet die Menge von fünf oder mehr gleichzeitig eingenommenen Arzneimitteln Polypharmazie.
Kennzahlen/ Kriterien	Anteil der Stammpatient:innen mit mehr als 5 in eingelösten Medikamenten enthaltenen Wirkstoffen im Quartal (altersstandardisiert) Anteil der Patient:innen, die sowohl 2018 Stammpatient:innen B als auch 2019 Stammpatient:innen A/B mit Polypharmazie gewesen sind

Tabelle 32: Grundlage für Indikator 10 - Patient:innen-Versorgung mit Medikamenten (Polypharmazie)

Nachfolgend werden die Ergebnisse pro Kennzahl dargestellt, am Ende das Gesamtergebnis (siehe S. 87).

⁹ Anmerkungen:

- Die Datenbasis lässt lediglich eine Analyse der eingelösten Verordnungen zu, auf die Verschreibungen besteht kein Zugriff.
- Auch zur tatsächlichen Einnahme kann über die vorhandene Datenbasis keine Aussage getroffen werden.
- Durch die kontaktlose Heilmittelverordnung über die e-Medikation-Applikation entfiel seit Beginn der Corona-Pandemie in der Abrechnung der Apotheke mit den Versicherungsträgern die Information zu den verordnenden Ärzt:innen.

4.11.1. STAMMPATIENT:INNEN MIT MEHR ALS 5 IN EINGELÖSTEN MEDIKAMENTEN ENTHALTENEN WIRKSTOFFEN IM QUARTAL (POLYPHARMAZIE)

Der Anteil der Stammpatient:innen B mit Polypharmazie ist in den PVE deutlich geringer als in den Kontrollgruppen. Im Jahr 2021 verzeichneten die PVE insgesamt 12 % Stammpatient:innen B mit Polypharmazie, während es in den Kontrollgruppen 21 % waren (siehe Abbildung 88). Dieser Unterschied bleibt auch nach erfolgter Altersstandardisierung erhalten (2021: 12 % PVE vs. 17 % KTGR) (siehe Abbildung 89).

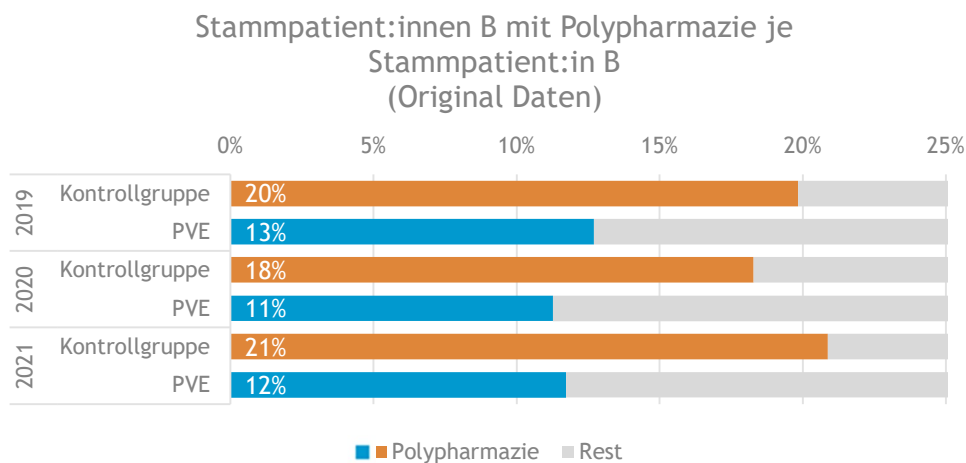


Abbildung 88: Stammpatient:innen B mit Polypharmazie je Stammpatient:in B - 2019-2021, Original Daten

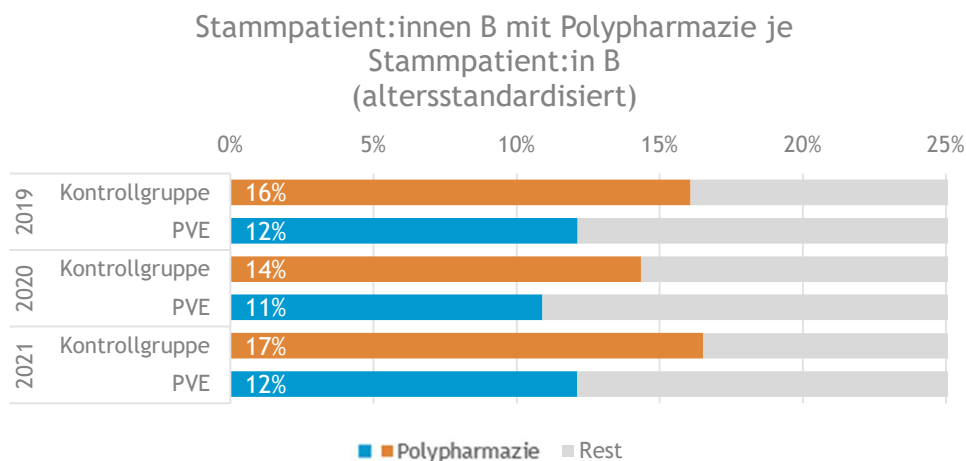


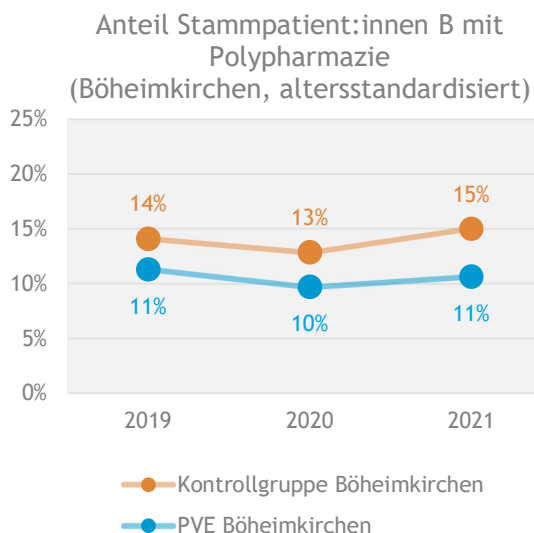
Abbildung 89: Stammpatient:innen B mit Polypharmazie je Stammpatient:in B - 2019-2021, altersstandardisiert

Der Anteil ist auch bei Betrachtung aller Patient:innen ähnlich (2021 altersstandardisiert: 12 % PVE vs. 16 % KTGR). Bei den Stammpatient:innen A wird die altersstandardisierte Differenz im Jahr 2021 mit 10 % (PVE) zu 19 % (KTGR) noch deutlicher.

Auch bei Betrachtung der Polypharmazie-Anteile der einzelnen Standorte zeigt sich, dass die PVE durchwegs niedrigere Anteile an Stammpatient:innen B mit Polypharmazie aufweisen.

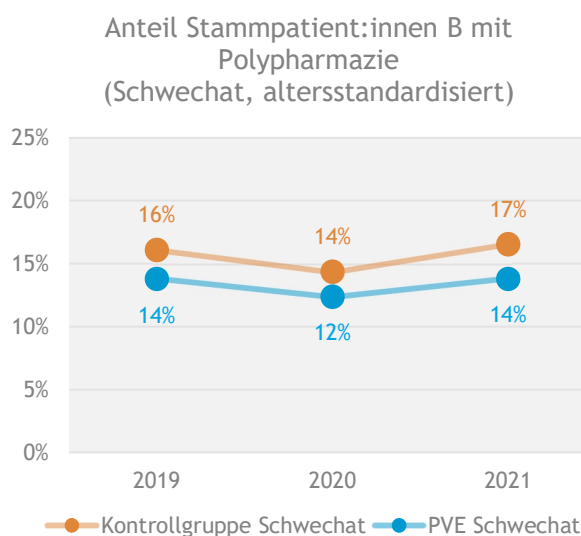
Den niedrigsten PVE-Anteil verzeichnete im Jahr 2021 altersstandardisiert die PVE Böhheimkirchen mit rund 11 %. Dieser Anteil lag auch deutlich unter dem Anteil der Kontrollgruppe von 15 % (siehe Abbildung 90).

Abbildung 90: Anteil Stammpatient:innen B mit Polypharmazie - Böhheimkirchen, altersstandardisiert



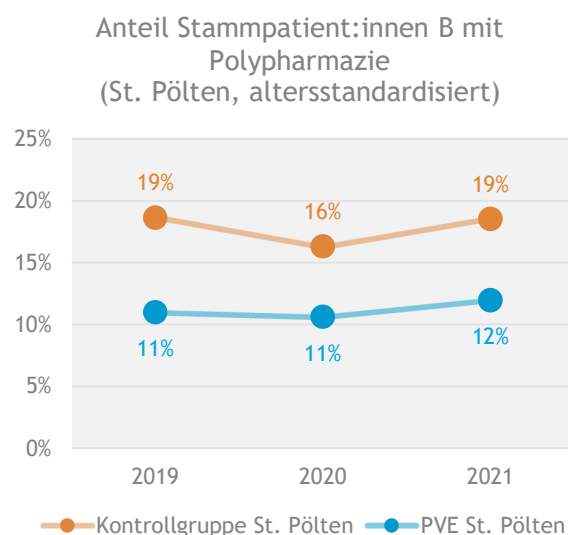
In der PVE Schwechat wurden im Jahr 2021 altersstandardisiert rund 14 % Stammpatient:innen B mit Polypharmazie verzeichnet. Dieser Anteil ist der höchste im PVE-Vergleich, liegt aber dennoch deutlich unter dem Anteil der Kontrollgruppe von 17 % (siehe Abbildung 91).

Abbildung 91: Anteil Stammpatient:innen B mit Polypharmazie - Schwechat, altersstandardisiert



In der PVE St. Pölten lag der Anteil Stammpatient:innen B mit Polypharmazie im Jahr 2021 altersstandardisiert mit rund 12 % im PVE-Mittelfeld und deutlich unter dem Anteil der Kontrollgruppe von 19 % (siehe Abbildung 92).

Abbildung 92: Anteil Stammpatient:innen B mit Polypharmazie - St. Pölten, altersstandardisiert



4.11.2. ANTEIL DER PATIENT:INNEN, DIE SOWOHL 2018 STAMMPATIENT:INNEN B ALS AUCH 2019 STAMMPATIENT:INNEN A/B MIT POLYPHARMAZIE GEWESEN SIND

Der Anteil jener Patient:innen mit Polypharmazie, die vor der Gründung der PVE Stammpatient:innen B in der Vorgängerorganisation und 2019 weiterhin Stammpatient:innen A oder B in der PVE gewesen sind (50 %), lag unter dem Anteil in den Kontrollgruppen (54 %) (siehe Abbildung 93).

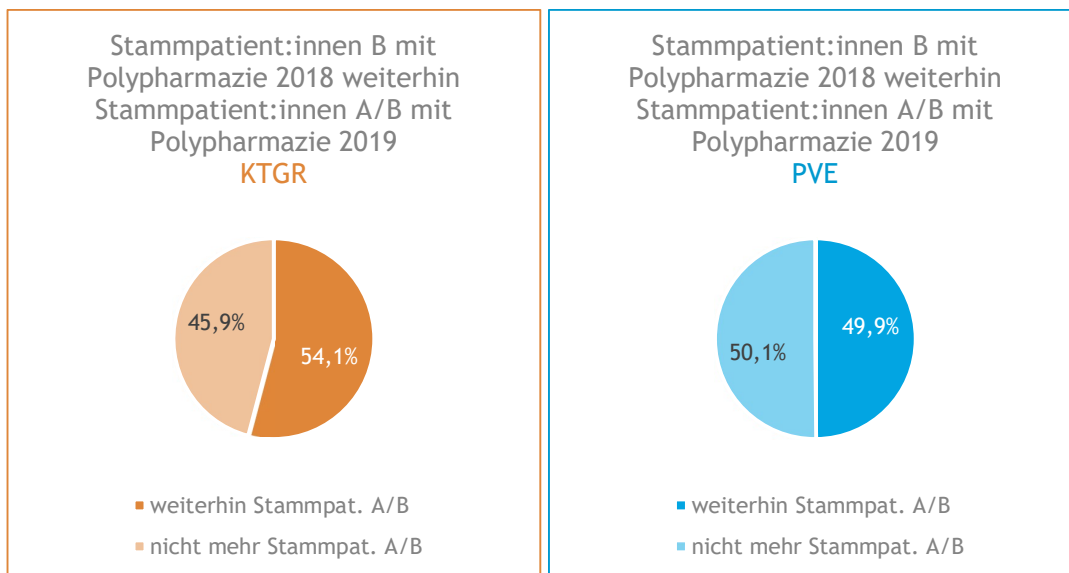


Abbildung 93: Stammpatient:innen B mit Polypharmazie 2018 weiterhin Stammpatient:innen A/B mit Polypharmazie 2019 - Kontrollgruppe vs. PVE

Bei Betrachtung der einzelnen Standorte zeigt sich, dass die Anteile der Polypharmazie-Stammpatient:innen B 2018, die 2019 weiterhin Stammpatient:innen mit Polypharmazie gewesen sind, in der Kontrollgruppe zwischen 48 % und 62 % lagen. In der PVE Böheimkirchen lag der Anteil bei 50 % (siehe Abbildung 94), in der PVE Schwechat bei 56 % (siehe Abbildung 95) und in der PVE St. Pölten bei 45 % (siehe Abbildung 96). In den PVE Böheimkirchen und Schwechat waren die Anteile an Polypharmazie-Stammpatient:innen ähnlich jenen der Kontrollgruppen. Nur die PVE St. Pölten wies 2019 einen deutlich geringeren Anteil auf (45 % PVE vs. 62 % KTGR).

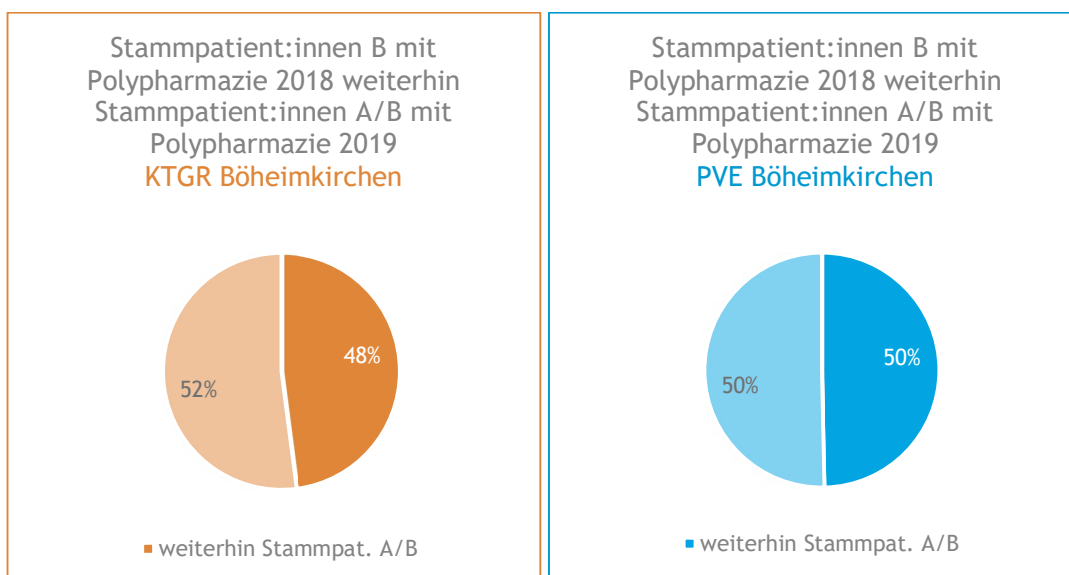


Abbildung 94: Stammpatient:innen B mit Polypharmazie 2018 weiterhin Stammpatient:innen A/B 2019 mit Polypharmazie 2019 - Böheimkirchen - Kontrollgruppe vs. PVE

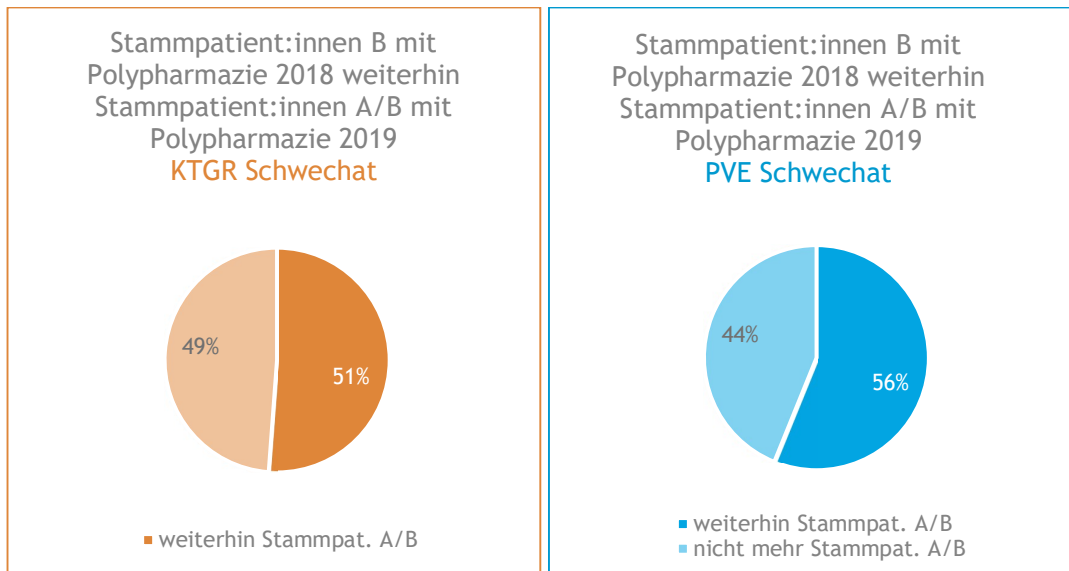


Abbildung 95: Stammpatient:innen B mit Polypharmazie 2018 weiterhin Stammpatient:innen A/B 2019 mit Polypharmazie 2019 - Schwechat - Kontrollgruppe vs. PVE

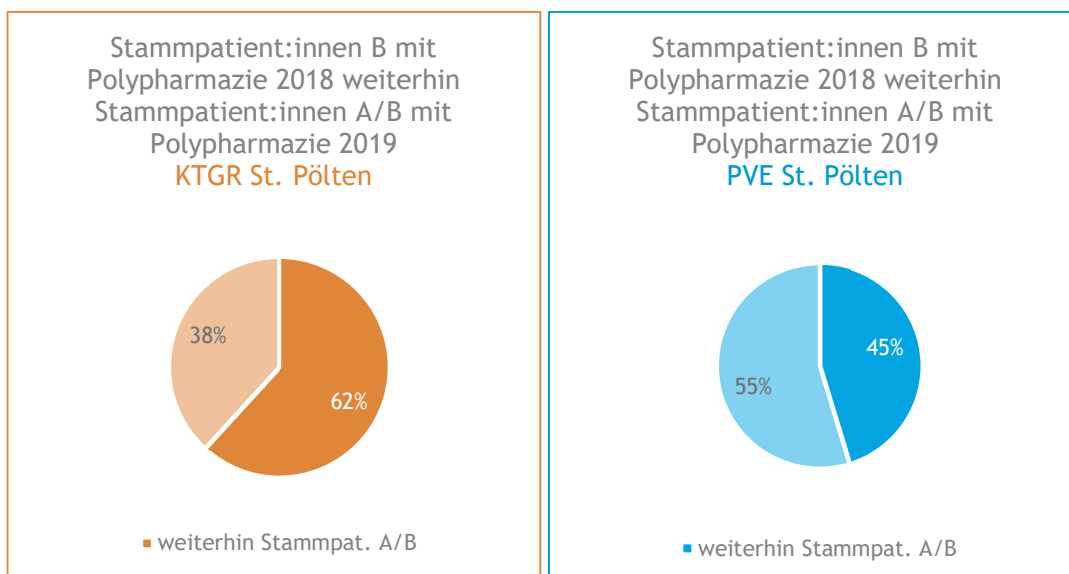


Abbildung 96: Stammpatient:innen B mit Polypharmazie 2018 weiterhin Stammpatient:innen A/B 2019 mit Polypharmazie 2019 - St. Pölten - Kontrollgruppe vs. PVE

**Ergebnisse zur Zielsetzung „Umfang Leistungsangebot“:
Indikator 10 Patient:innen-Versorgung mit Medikamenten (Polypharmazie)**

Im Rahmen der Untersuchung des Leistungsangebots sollte vor allem die Verbesserung der Qualität im Sinne einer Straffung der Medikamentenverordnungen bei älteren Menschen betrachtet werden. Der Anteil jener (Stamm-)Patient:innen, die polypharmazeutisch – also mit mehr als fünf in eingelösten Medikamenten enthaltenen Wirkstoffen im Quartal – behandelt werden, ist in den PVE durchwegs geringer als in den Kontrollgruppen. Ein Grund dafür könnte möglicherweise sein, dass die Kontinuität in der Behandlung der Patient:innen – z.B. durch die erweiterten Öffnungszeiten sowie die Angebote der weiteren Gesundheits- und Sozialberufe mit einer gemeinsamen Dokumentation – auch einen positiven Einfluss auf die Medikamentenverordnungen hat.

Gesamtergebnis Indikator 10: Patient:innen-Versorgung mit Medikamenten (Polypharmazie)

4.12. INDIKATOR 11 - PATIENT:INNEN-STRUKTUR INKL. DIAGNOSECODIERUNG

Im Rahmen des Indikators 11 wird über die Auswertung der Leistungsdaten der Frage nachgegangen, welche Patient:innen mit welcher Diagnose in den PVE behandelt werden, um damit Wissen zum Versorgungsbedarf zu generieren.¹⁰

Zielsetzung	Wissensgenerierung zum Versorgungsbedarf
Fragestellung	Welche Patient:innen mit welcher Diagnose werden in den PVE behandelt?
Datenquelle/n	Leistungsdaten
Grundlagen	<i>keine Angaben in Evaluierungsstandards für Primärversorgungseinheiten</i>
Kennzahlen/ Kriterien	Anteil der ICPC-2-Diagnosen an allen Diagnosen Anteil der Kontakte mit ICPC-2-Diagnose Anteil der Kontakte ohne ICPC-2-Diagnose Anteil der Kontakte mit unzureichender Diagnose (reine Textdiagnosen) Top 10 ICPC-2-Diagnosen

Tabelle 33: Grundlage für Indikator 11 - Patient:innen-Struktur inkl. Diagnosecodierung

Nachfolgend werden die Ergebnisse pro Kennzahl dargestellt, am Ende das Gesamtergebnis (siehe S. 91).

4.12.1. ANTEIL DER ICPC-2-DIAGNOSEN AN ALLEN DIAGNOSEN

Auf Basis der vergebenen Leistungsfallnummern wurde überprüft, ob zumindest eine entsprechende ICPC-2-Diagnose vorhanden ist. In der PVE Böheimkirchen wurde dies nahezu gänzlich über den Betrachtungszeitraum erfüllt, 2021 sogar zu 100 %. In der PVE Schwechat stieg der Anteil stetig und 2021 wurde ebenfalls bei 100 % der Leistungsfallnummern eine ICPC-2-Diagnose dokumentiert. In der PVE St. Pölten war der Anteil deutlich geringer und verringerte sich zusätzlich ab 2019 von 53 % auf 17 % im Jahr 2021 (siehe Abbildung 97).

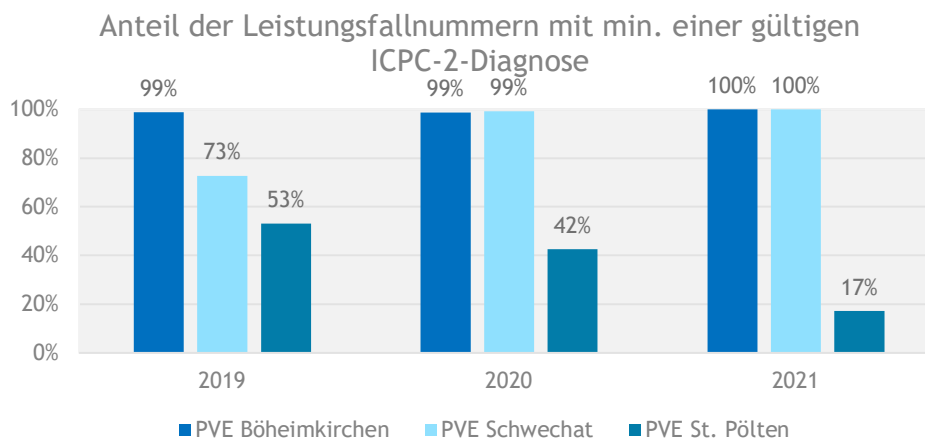


Abbildung 97: Anteil der Leistungsfallnummern mit min. einer gültigen ICPC-2-Diagnose

¹⁰ Anmerkungen:

- Ein Vergleich mit den Kontrollgruppen ist nicht möglich, da außerhalb der PVE nicht nach ICPC-2 codiert wird.
- Die Diagnosecodierungen sind nur für ÖGK-versicherte Patient:innen vorhanden.

4.12.2. ANTEIL DER KONTAKTE MIT / OHNE / MIT UNZUREICHENDER DIAGNOSE

Für die Berechnung des Anteils der Kontakte mit, ohne bzw. mit unzureichender Diagnose, also reiner Text-Diagnose, wurden ausschließlich Kontakte von ÖGK-Versicherten verwendet, da von SVS und BVAEB keine Diagnose-Daten zur Verfügung stehen. Außerdem wurden sämtliche COVID-Leistungen bei den Kontakten inkludiert, da keine klare Trennung zwischen Covid- und anderen Diagnosen möglich war (z.B. A44 Präventive Impfung/ Medikation). Der Anteil an Kontakten mit ICPC-2-Diagnose ist zwischen 2019 (32,3 %) und dem zweiten Quartal 2022 (27,8 %) gesunken. Gleichzeitig ist die Anzahl der Kontakte insgesamt stark gestiegen (von 113.722 im Jahr 2019 auf 217.839 im Jahr 2021) (siehe Tabelle 34).

PVE Gesamt	2019		2020		2021	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Kontakte mit ICPC-2-Diagnose	36.748	32,31%	36.878	29,91%	54.439	24,99%
Kontakte ohne Diagnose	58.212	51,19%	61.976	50,26%	73.980	33,96%
Kontakte mit unzureichender Diagnose	18.762	16,50%	24.463	19,84%	89.420	41,05%
Kontakte gesamt	113.722	100,00%	123.317	100,00%	217.839	100,00%

Tabelle 34: Anteil der Kontakte mit, ohne bzw. mit unzureichender Diagnose (nur ÖGK inkl. Covid-Leistungen)

4.12.3. TOP 10 DIAGNOSEN

Bei der Auswertung der zehn häufigsten ICPC-2-Diagnosen 2021 zeigt sich ein heterogenes Codierverhalten zwischen den einzelnen Standorten. Dies ist hauptsächlich bedingt durch fehlende Vorgaben (siehe Tabelle 35 - Tabelle 37).

An allen drei Standorten sind die Diagnosen K85 bzw. K86 (Bluthochdruck), T90 (Diabetes mellitus, primär nicht insulinabhängig), P76 (Depressive Störung) und A34 (Blutuntersuchung) unter den Top 10.

Die Diagnose L03 (Untere Rückensymptome/-beschwerden) ist unter den Top 10 an den PVE-Standorten Böheimkirchen und Schwechat vertreten, die Diagnose R74 (Infektion obere Atemwege, akut) an den beiden PVE-Standorten Schwechat und St. Pölten und die Diagnose T93 (Fettstoffwechselstörung) an den beiden PVE-Standorten Böheimkirchen und St. Pölten.

Die Reihung in der PVE Böheimkirchen zeigt A49 (Andere Vorsorgemaßnahme) an erster Stelle und die PVE Schwechat A44 (Präventive Impfung/Medikation). Diese Kategorien dürften sich überschneiden und den speziellen Covid-Leistungen 2021 geschuldet sein.

Nur in der PVE Böheimkirchen sind die Diagnosen A77 (Virale Erkrankung, andere NNB, Rang 4), A92 (Allergie/allergische Reaktion NNB, Rang 7) und L95 (Osteoporose, Rang 9) in den zehn häufigsten Diagnosen vertreten (siehe Tabelle 35).

PVE Böhheimkirchen: Top 10 ICPC-2-Diagnosen Patient:innen Gesamt (2021)		
Rang	ICPC-2-Diagnose	Anzahl
1	A49 Andere Vorsorgemaßnahme	3.315
2	K86 Bluthochdruck, unkomplizierter	2.579
3	T93 Fettstoffwechselstörung	1.646
4	A77 Virale Erkrankung, andere NNB	1.017
5	T90 Diabetes mellitus, primär nicht insulinabhängig	909
6	P76 Depressive Störung	830
7	A92 Allergie/allergische Reaktion NNB	622
8	L03 Untere Rückensymptome/-beschwerden	614
9	L95 Osteoporose	589
10	A34 Blutuntersuchung	588

Tabelle 35: TOP 10 ICPC-2-Diagnosen Patient:innen Gesamt PVE Böhheimkirchen

Die Diagnosen A85 (Unerwünschte Wirkung eines Medikaments, Rang 8), D11 (Durchfall, Rang 9) und N01 (Kopfschmerz, Rang 10) sind nur in der PVE Schwechat in den zehn häufigsten Diagnosen vertreten (siehe Tabelle 36).

PVE Schwechat: Top 10 ICPC-2-Diagnosen Patient:innen Gesamt (2021)		
Rang	ICPC-2-Diagnose	Anzahl
1	A44 Präventive Impfung/Medikation	8.799
2	K85 Erhöhter Blutdruck	1.675
3	R74 Infektion obere Atemwege, akut	1.235
4	T90 Diabetes mellitus, primär nicht insulinabhängig	699
5	L03 Untere Rückensymptome/-beschwerden	672
6	A34 Blutuntersuchung	612
7	P03 Depressives Gefühl	504
8	A85 Unerwünschte Wirkung eines Medikaments	446
9	D11 Durchfall	352
10	N01 Kopfschmerz	293

Tabelle 36: TOP 10 ICPC-2-Diagnosen Patient:innen Gesamt PVE Schwechat

Nur in der PVE St. Pölten sind die Diagnosen T91 (Vitamin-/Nährstoffmangel, Rang 3), A48 (Klärung/Besprechung des Beratungsanlasses mit dem Patienten, Rang 7), R05 (Husten, Rang 8) und D73 (Gastroenteritis, vermutlich infektiös, Rang 9) in den zehn häufigsten Diagnosen vertreten (siehe Tabelle 37).

PVE St. Pölten: Top 10 ICPC-2-Diagnosen Patient:innen Gesamt (2021)		
Rang	ICPC-2-Diagnose	Anzahl
1	R74 Infektion obere Atemwege, akut	1.130
2	K86 Bluthochdruck, unkomplizierter	769
3	T91 Vitamin- /Nährstoffmangel	643
4	T93 Fettstoffwechselstörung	573
5	A34 Blutuntersuchung	397
6	T90 Diabetes mellitus, primär nicht insulinabhängig	369
7	A48 Klärung/Besprechung des Beratungsanlasses mit dem Patienten	312
8	R05 Husten	291
9	D73 Gastroenteritis, vermutlich infektiös	240
10	P76 Depressive Störung	232

Tabelle 37: TOP 10 ICPC-2-Diagnosen Patient:innen Gesamt PVE St. Pölten

**Ergebnisse zur Zielsetzung „Wissensgenerierung zum Versorgungsbedarf“
Indikator 11 Patient:innen-Struktur inkl. Diagnosecodierung**

Um den Versorgungsbedarf der Patient:innen zu eruieren, wurden die ICPC-2-Diagnosen untersucht. Eine abschließende Darstellung des Versorgungsbedarfs ist allerdings auf Basis der vorliegenden Datenqualität und dem fehlenden Diagnosen-Vergleich zur Kontrollgruppe nicht möglich. Während der Anteil an Leistungsfallnummern mit min. einer gültigen ICPC-2-Diagnose in der PVE Böhleimkirchen (seit 2019) und der PVE Schwechat (seit 2021) zu rund 100 % erfüllt ist, ist jener der PVE St. Pölten niedrig und im Jahresverlauf 2019 bis 2021 weiter gesunken. Darüber hinaus zeigt sich bei der Auswertung der zehn häufigsten ICPC-2-Diagnosen 2021 ein heterogenes Codierverhalten zwischen den einzelnen Standorten, das zum großen Teil durch fehlende Codiervorgaben bedingt ist. Erst nach einer Vereinheitlichung und dem Vorliegen von vollständigen Daten werden valide Schlussfolgerungen zum Versorgungsbedarf abgeleitet werden können.

Gesamtergebnis Indikator 11: Patient:innen-Struktur inkl. Diagnosecodierung

4.13. INDIKATOR 12 - ABSCHLIEßENDE VERSORGUNG UND ÜBERWEISUNGSQUOTEN

Im Rahmen des Indikators 12 wird der Frage nachgegangen, für wie viele Patient:innen Behandlungen ohne Einbeziehung von Anbieter:innen einer höheren Versorgungsstufe – im Sinne einer Reduktion der Patient:innen-Wege – in der Primärversorgung abgeschlossen werden. Da diesbezüglich keine Grundlagen aus den Evaluierungsstandards für Primärversorgungseinheiten vorliegen und in den Daten der „Abschluss“ einer Behandlung nicht eindeutig ersichtlich ist, wurde der Anteil jener Patient:innen berechnet, die innerhalb eines Kalenderjahres ausschließlich Leistungen auf Ebene der Primärversorgung erhalten haben. Zur besseren Vergleichbarkeit von PVE und Kontrollgruppen wurden die Daten auch altersstandardisiert (siehe Erläuterung 4) betrachtet.¹¹

Zielsetzung	Koordination (Reduktion von Patient:innen-Wegen)
Fragestellung	Anteil der Fälle, die ohne Einbeziehung von Anbieter:innen einer höheren Versorgungsstufe in der Primärversorgung abgeschlossen werden (Reduktion von Patient:innen-Wegen)
Datenquelle/n	Leistungsdaten
Grundlagen	<i>keine Angaben in Evaluierungsstandards für Primärversorgungseinheiten</i>
Kennzahlen/ Kriterien	Anteil der Patient:innen, deren Behandlungen ausschließlich auf Ebene der Primärversorgung abgeschlossen wurden Anteil der Patient:innen mit nachfolgender Versorgung (unabhängig von Überweisungen) (<i>siehe Indikator 13</i>)

Tabelle 38: Grundlage für Indikator 12 - Abschließende Versorgung und Überweisungsquoten

Nachfolgend werden die Ergebnisse pro Kennzahl dargestellt, am Ende das Gesamtergebnis (siehe S. 95).

4.13.1. ANTEIL DER PATIENT:INNEN, DEREN BEHANDLUNGEN AUSSCHLIEßLICH AUF EBENE DER PRIMÄRVERSORGUNG ABGESCHLOSSEN WURDEN

Sowohl in den Originaldaten als auch in den altersstandardisierten Daten zeigt sich, dass im Vergleich mit der Kontrollgruppe in allen Jahren (2019-2021) weniger Stammpatient:innen B der PVE-Standorte in übergeordneten Versorgungsstrukturen (z.B. Fachärzt:innen oder Spitäler) behandelt wurden. Im Jahr 2021 wurden 29,1 % der Stammpatient:innen B ausschließlich in der PVE behandelt, während es in der Kontrollgruppe lediglich 25,1 % waren (siehe Tabelle 39, Abbildung 98 und Abbildung 99).

Es ist daher davon auszugehen, dass in den PVE mehr Stammpatient:innen B abschließend behandelt werden konnten. Bei Betrachtung der Stammpatient:innen A zeigt sich der Unterschied noch deutlicher (2021 altersstandardisiert: 37 % PVE vs. 27 % KTGR).

KTGR Gesamt original	2019	2020	2021	PVE Gesamt original	2019	2020	2021
Stamppat. B gesamt	17.291	16.911	17.330	Stamppat. B gesamt	11.066	11.506	15.527
davon nur Primärvers.	4.368	4.585	4.354	davon nur Primärvers.	3.062	3.391	4.520
Anteil	25,3%	27,1%	25,1%	Anteil	27,7%	29,5%	29,1%

Tabelle 39: Stammpatient:innen B mit ausschließlicher Primärversorgung - PVE vs. Kontrollgruppen

¹¹ Anmerkungen:

- Zur Ermittlung der Patient:innen, die ausschließlich Leistungen auf Ebene der Primärversorgung erhalten haben wurden folgende fachärztliche Disziplinen exkludiert: Augenheilkunde und Optometrie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Zahnmedizin sowie Medizinische und Chemische Labordiagnostik.
- Zuweisungen in Spitäler können nicht vollständig ausgewertet werden.
- Besuche bei Wahlärzt:innen sind nur dann berücksichtigt, wenn dafür im Untersuchungszeitraum eine Kostenerstattung erfolgt ist.

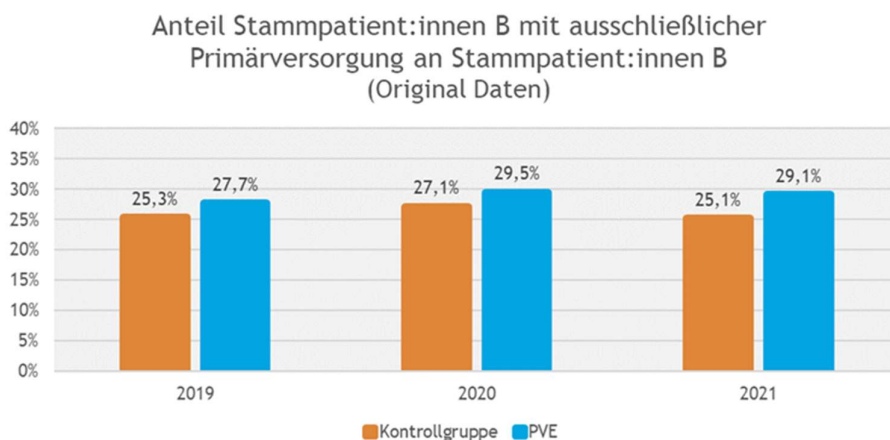


Abbildung 98: Anteil Stammpatient:innen B mit ausschließlicher Primärversorgung an Stammpatient:innen B - Original Daten

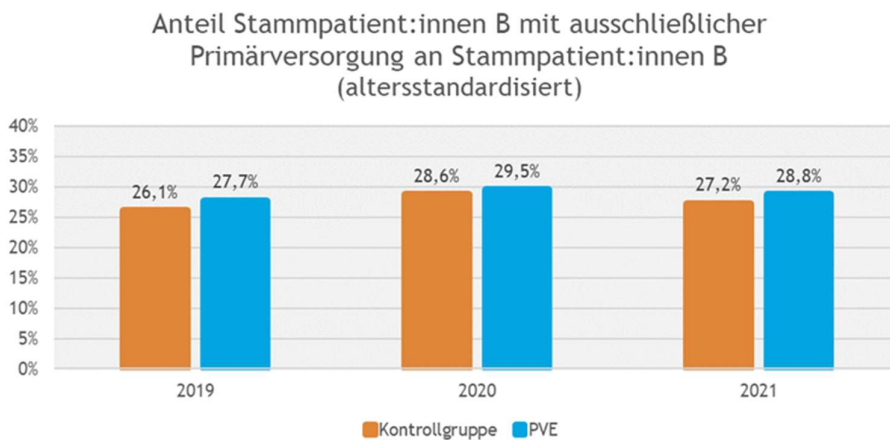
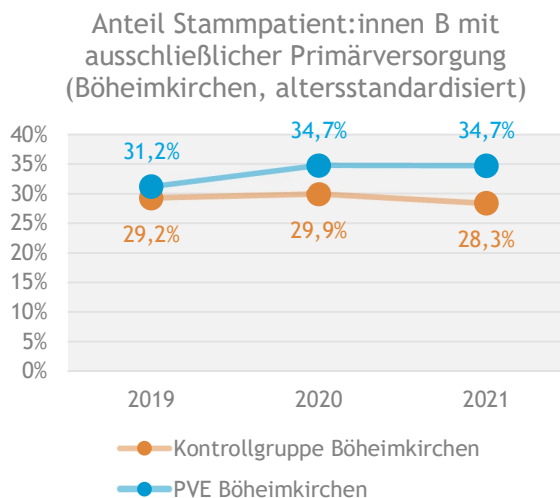


Abbildung 99: Anteil Stammpatient:innen B mit ausschließlicher Primärversorgung an Stammpatient:innen B - altersstandardisiert

In der Betrachtung der einzelnen Standorte zeigt sich ein heterogenes Bild:

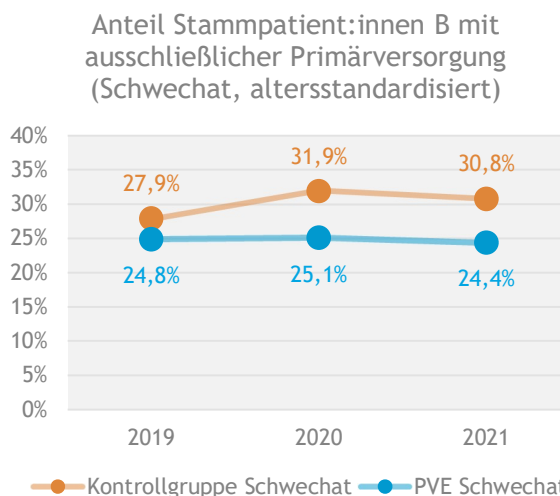
Im Jahr 2021 wurde in der PVE Böheimkirchen mit 34,7 % der höchste altersstandardisierte Anteil Stammpatient:innen B mit ausschließlicher Primärversorgung verzeichnet, während die Anteile der Kontrollgruppe in allen Jahren unter dem Anteil der PVE lagen (2021: 28,3 %) (siehe Abbildung 100).

Abbildung 100: Anteil Stammpatient:innen B mit ausschließlicher Primärversorgung - Böheimkirchen, altersstandardisiert



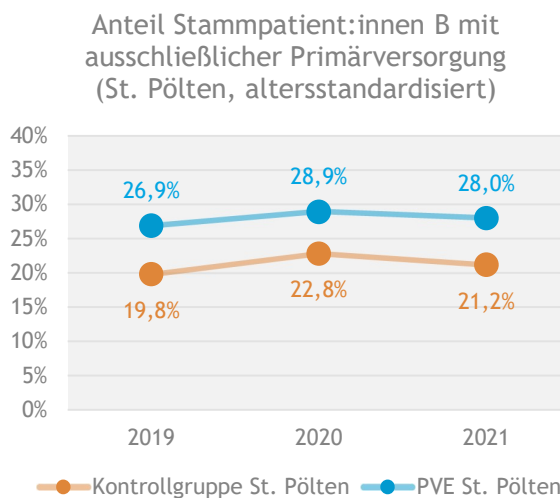
Im Jahr 2021 wurde mit 24,4 % in der PVE Schwechat der niedrigste altersstandardisierte Anteil Stammpatient:innen B mit ausschließlicher Primärversorgung verzeichnet, wobei die Anteile der Kontrollgruppe in allen Jahren über den Anteilen der PVE lagen (2021: 30,8 %) (siehe Abbildung 101).

Abbildung 101: Anteil Stammpatient:innen B mit ausschließlicher Primärversorgung - Schwechat, altersstandardisiert



Mit (altersstandardisiert) 28,0 % Stammpatient:innen B mit ausschließlicher Primärversorgung lag die PVE St. Pölten diesbezüglich im PVE-Mittelfeld und deutlich über den Anteilen der Kontrollgruppe (2021: 21,2 %) (Abbildung 102).

Abbildung 102: Anteil Stammpatient:innen B mit ausschließlicher Primärversorgung - St. Pölten, altersstandardisiert



Bei Betrachtung der Stammpatient:innen A zeigen sich noch deutlichere Unterschiede zwischen den PVE und den Kontrollgruppen. Im Jahr 2021 wurden altersstandardisiert rund 35,6 % der Stammpatient:innen A in den PVE ausschließlich in der Primärversorgung behandelt, deutlich mehr als die 28,6 % der Stammpatient:innen A der Kontrollgruppe.

Auch unter Einbeziehung aller Patient:innen ist ein deutlicher Unterschied zwischen den PVE und den Kontrollgruppen zu erkennen. Im Jahr 2021 wurden altersstandardisiert 33,2 % aller Patient:innen der PVE ausschließlich in der Primärversorgung behandelt, während der Anteil in den Kontrollgruppen rund 28,4 % betrug. Insbesondere in den PVE St. Pölten und Böheimkirchen zeigt sich eine Differenz von rund 10 Prozentpunkten zur Kontrollgruppe.

**Ergebnisse zur Zielsetzung „Koordination (Reduktion von Patient:innen-Wegen)“:
Indikator 12: Abschließende Versorgung und Überweisungsquoten**

Die PVE sollen durch Koordinationsleistungen eine – im Vergleich zur allgemeinmedizinischen Regelversorgung – Erhöhung des Anteils jener Fälle erzielen, die ausschließlich in der PVE (ohne Inanspruchnahme von Anbieter:innen einer höheren Versorgungsstufe) versorgt werden. In allen Betrachtungsjahren wurden durchwegs weniger PVE-Stammpatient:innen in übergeordneten Versorgungsstrukturen (z.B. Fachärzt:innen oder Spitäler) behandelt als in den Kontrollgruppen. Damit leisten PVE einen wichtigen Beitrag zur Reduktion von Patient:innen-Wegen.

Gesamtergebnis Indikator 12: Abschließende Versorgung und Überweisungsquoten

4.14. INDIKATOR 13 - ENTLASTUNG NACHFOLGENDER BEHANDLUNGSBEREICHE

Im Rahmen des Indikators 13 wird durch Auswertung der Leistungsdaten der Frage nachgegangen, ob eine Entlastung innerhalb der übergeordneten Versorgungsstufen (Fachärzt:innen, Ambulanzen, stationäre Aufenthalte) festgestellt werden kann. Durch die Etablierung neuer Primärversorgungsstrukturen soll die zielgerichtete Versorgung auf der richtigen Versorgungsstufe erreicht werden. Zur besseren Vergleichbarkeit von PVE und Kontrollgruppen wurden die Daten auch altersstandardisiert (siehe Erläuterung 4) betrachtet.¹²

Zielsetzung	Koordination (Zielgerichtete Versorgung auf der richtigen Versorgungsstufe)
Fragestellung	Kann eine Entlastung innerhalb der übergeordneten Versorgungsstufen festgestellt werden?
Datenquelle/n	Leistungsdaten
Grundlagen	Eine Zielsetzung, die durch Etablieren neuer Primärversorgungsstrukturen erreicht werden soll, ist die zielgerichtete Versorgung auf der richtigen Versorgungsstufe.
Kennzahlen/ Kriterien	Anzahl + Anteil Patient:innen mit fachärztlichen Kontakten Anzahl der Fachärzt:innen-Kontakte pro Patient:in pro Jahr Anzahl + Anteil Patient:innen mit min. einem Anzahl der Spitalsaufenthalt je Patient:in pro Jahr Anzahl + Anteil Patient:innen mit min. einem spitalsambulanten Kontakt Spitalsambulante Kontakte von in den PVE-Einzugsgebieten wohnenden Patient:innen in den nächstgelegenen Kliniken

Table 40: Grundlage für Indikator 13 - Entlastung nachfolgender Behandlungsbereiche

Nachfolgend werden die Ergebnisse pro Kennzahl dargestellt, am Ende das Gesamtergebnis (siehe S. 123).

¹² Anmerkungen:

- Eine Auswertung der Anzahl der Ambulanzkontakte ist auf Basis der vorliegenden Daten nicht möglich. Es kann allerdings zwischen Patient:innen mit bzw. ohne Ambulanzkontakt unterschieden werden. Deshalb wurden aus dem DIAG (Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen) spitalsambulante Kontakte für die PVE-Einzugsgebiete und die regional betroffenen Kliniken für die Fachhauptbereiche Chirurgie, Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, HNO, Urologie, Orthopädie und Traumatologie sowie Zentrale Erstversorgungseinheiten ausgewertet. Die Abrechnungsdaten der Versicherungsträger und die DIAG-Daten sind jedoch nicht verknüpfbar.
- Zur Auswertung der fachärztlichen Kontakte wurden folgende Fachrichtungen ausgewählt: Innere Medizin, Pulmologie, Neurologie, Psychiatrie, Orthopädie, Chirurgie, Dermatologie, HNO, Urologie, Kinder- und Jugendheilkunde.
- Besuche bei Wahlärzt:innen sind nur dann berücksichtigt, wenn dafür im Untersuchungszeitraum eine Kostenrückerstattung erfolgt ist.

4.14.1. ANTEIL DER PATIENT:INNEN MIT MINDESTENS EINEM FACHÄRZTLICHEN KONTAKT

Der Anteil der Stammpatient:innen B mit mindestens einem Kontakt zu ausgewählten Fachärzt:innen (siehe Anmerkungen vorige Seite) ist seit 2019 sowohl in den PVE als auch in den Kontrollgruppen leicht gestiegen. Während der Anteil 2019 in den PVE 57,5 % betrug, lag er 2021 bei 59 % (siehe Abbildung 103). Über alle Jahre hinweg (2019-2021) lag der Anteil jedoch unter jenem der Kontrollgruppen. Dieser Effekt ist auch nach erfolgter Altersstandardisierung erkennbar.

In den PVE gab es nach erfolgter Altersstandardisierung etwas weniger Stammpatient:innen B mit mindestens einem Kontakt zu ausgewählten Fachärzt:innen als in den Kontrollgruppen. Das Jahr 2021 zeigte einen Anteil von 59,6 % in den PVE und von 60,9 % in den Kontrollgruppen (siehe Abbildung 104).

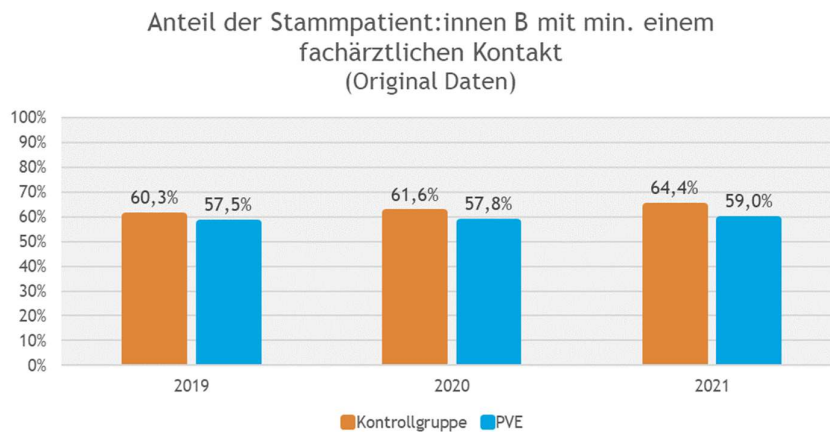


Abbildung 103: Anteil der Stammpatient:innen B mit min. einem fachärztlichen Kontakt - Original Daten

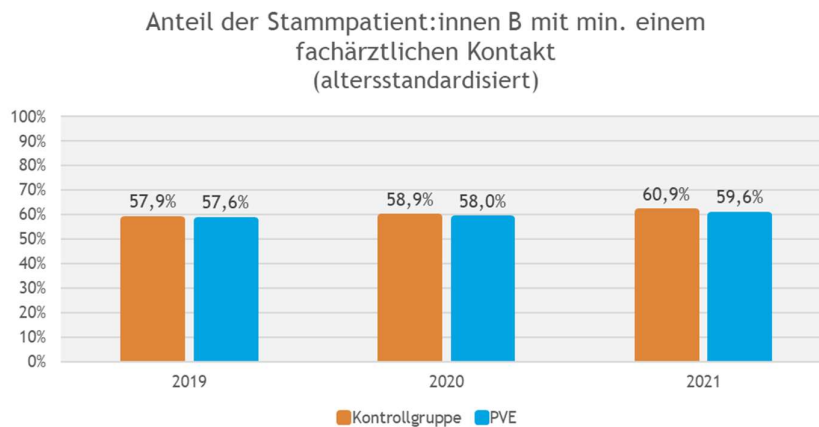
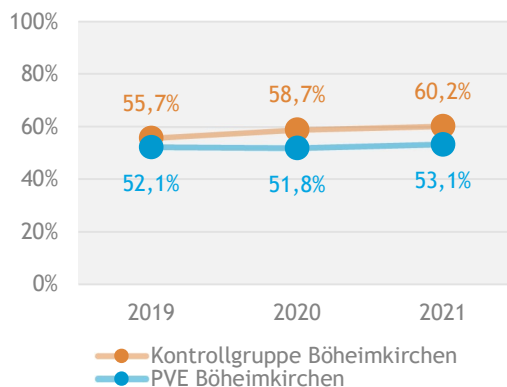


Abbildung 104: Anteil der Stammpatient:innen B mit min. einem fachärztlichen Kontakt - alterstandardisiert

Im Jahr 2021 wurde altersstandardisiert der niedrigste Anteil Stamppatient:innen B mit mindestens einem ausgewählten fachärztlichen Kontakt in der PVE Böheimkirchen mit 53,1 % verzeichnet. Die Anteile der PVE Böheimkirchen lagen in allen Betrachtungsjahren (2019-2021) unter den Anteilen der Kontrollgruppe (Abbildung 105).

Abbildung 105: Anteil der Stamppatient:innen B mit min. einen ausgewählten fachärztlichen Kontakt - PVE Böheimkirchen, altersstandardisiert

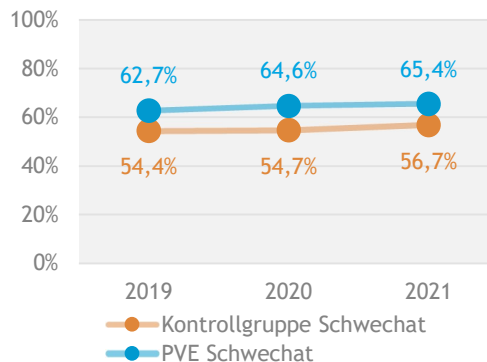
Anteil Stamppatient:innen B mit min. einem ausgewählten fachärztlichen Kontakt (Böheimkirchen, altersstandardisiert)



In der PVE Schwechat wurde mit 65,4 % im Jahr 2021 altersstandardisiert der höchste Anteil Stamppatient:innen B mit mindestens einem ausgewählten fachärztlichen Kontakt verzeichnet. In Schwechat lagen die Anteile der PVE durchgängig über den Anteilen der Kontrollgruppe (siehe Abbildung 106).

Abbildung 106: Anteil der Stamppatient:innen B mit min. einen ausgewählten fachärztlichen Kontakt - PVE Schwechat, altersstandardisiert

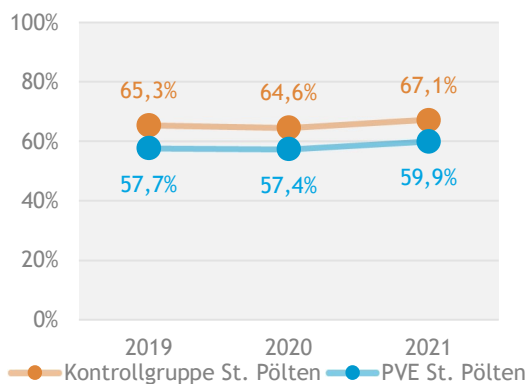
Anteil Stamppatient:innen B mit min. einem ausgewählten fachärztlichen Kontakt (Schwechat, altersstandardisiert)



Die PVE St. Pölten verzeichnete im Jahr 2021 altersstandardisiert 59,9 % Stamppatient:innen B mit mindestens einem ausgewählten fachärztlichen Kontakt und lag damit im Mittelfeld und unter den Anteilen der Kontrollgruppe (siehe Abbildung 107).

Abbildung 107: Anteil der Stamppatient:innen B mit min. einen ausgewählten fachärztlichen Kontakt - PVE St. Pölten, altersstandardisiert

Anteil Stamppatient:innen B mit min. einem ausgewählten fachärztlichen Kontakt (St. Pölten, altersstandardisiert)



Die Anteile der Stammpatient:innen A lagen im Jahr 2021 altersstandardisiert bei rund 54 % in den PVE und bei rund 60 % in den Kontrollgruppen. Auch hier lagen die Anteile der PVE St. Pölten (52 % PVE vs. 66 % KTGR) und der PVE Böheimkirchen (49 % PVE vs. 59 % KTGR) deutlich unter den Anteilen der jeweiligen Kontrollgruppe. Einzig in der PVE Schwechat wurden über alle Jahre mehr Stammpatient:innen A mit mindestens einem ausgewählten fachärztlichen Kontakt in der PVE verzeichnet als in der Kontrollgruppe (60 % PVE vs. 56 % KTGR).

Bei Betrachtung aller Patient:innen lagen die Anteile der Patient:innen mit mindestens einem ausgewählten fachärztlichen Kontakt im Jahr 2021 altersstandardisiert bei rund 56 % in den PVE und bei rund 60 % in den Kontrollgruppen. Auch hier lagen die Anteile der PVE Böheimkirchen (50 % PVE vs. 60 % KTGR) und der PVE St. Pölten (56 % PVE vs. 66 % KTGR) deutlich unter den Anteilen der jeweiligen Kontrollgruppe. Einzig in der PVE Schwechat wurden über alle Jahre mehr Patient:innen mit mindestens einem ausgewählten fachärztlichen Kontakt in der PVE verzeichnet als in der Kontrollgruppe (62 % PVE vs. 56 % KTGR).

4.14.2. ANZAHL FACHÄRZTLICHER KONTAKTE JE PATIENT:IN

Die Anzahl von Kontakten zu ausgewählten Fachärzt:innen pro Stammpatient:in B stieg sowohl in den PVE als auch in den Kontrollgruppen. In allen Betrachtungsjahren (2019-2021) lag die Anzahl der Kontakte in den PVE unter jener in den Kontrollgruppen. Im Jahr 2021 wurden rund 3,0 Kontakte pro Stammpatient:in B in den PVE und rund 3,5 Kontakte in den Kontrollgruppen dokumentiert (siehe Tabelle 41).

PVE: Fachärztl. Kontakte / Stammpat. B (original)	2019	2020	2021	KTGR: Fachärztl. Kontakte / Stammpat. B (original)	2019	2020	2021
PVE Böheimkirchen	2,2	2,2	2,3	KTGR Böheimkirchen	2,6	2,9	3,1
PVE Schwechat	2,9	3,3	3,3	KTGR Schwechat	2,7	2,8	3,1
PVE St. Pölten	3,0	2,8	3,1	KTGR St. Pölten	4,2	4,2	4,5
Gesamt	2,7	2,8	3,0	Gesamt	3,1	3,2	3,5

Tabelle 41: Anzahl an Fachärzt:innen-Kontakte pro Stammpatient:in B - PVE vs. Kontrollgruppen

Der Vergleich der altersstandardisierten Zahlen zeigt kaum Unterschiede zwischen den PVE und den Kontrollgruppen. Dabei weisen im Jahr 2021 die PVE rund 3,04 und die Kontrollgruppen rund 2,95 fachärztliche Kontakte pro Stammpatient:in B auf (siehe Abbildung 108 und Abbildung 109).

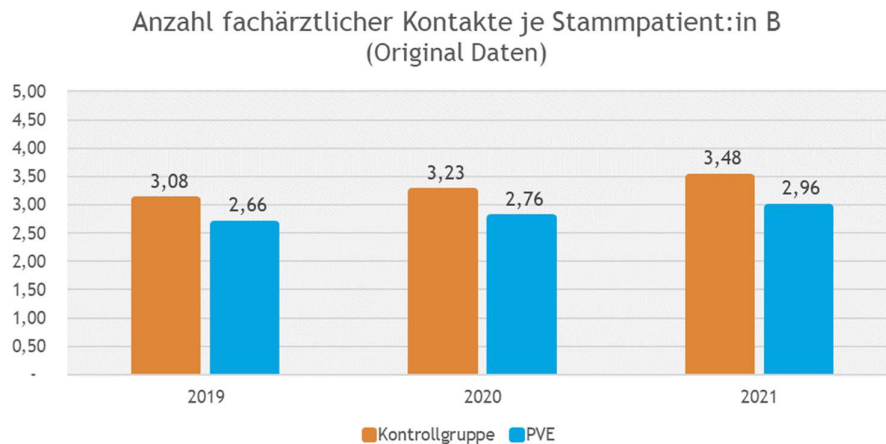


Abbildung 108: Anzahl fachärztlicher Kontakte je Stammpatient:in B - Original Daten

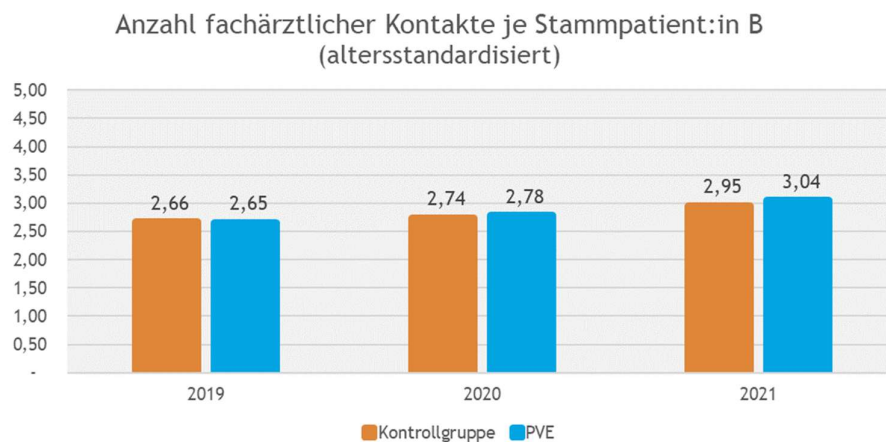
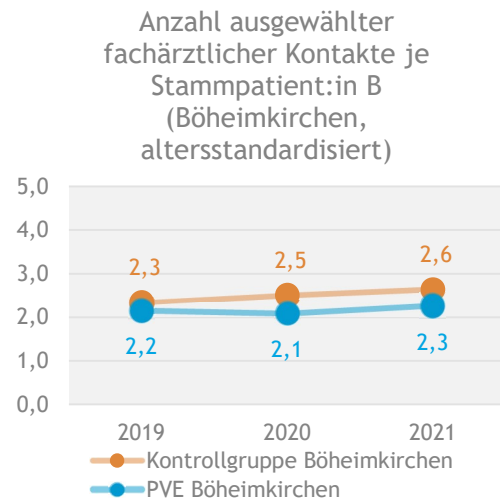


Abbildung 109: Anzahl fachärztlicher Kontakte je Stammpatient:in B - altersstandardisiert

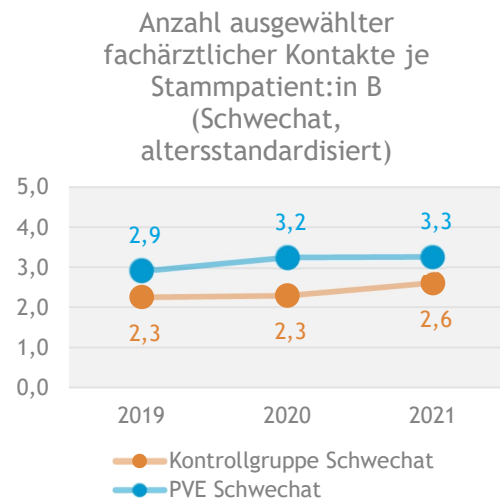
Im Jahr 2021 wurde altersstandardisiert mit 2,3 die niedrigste Anzahl ausgewählter fachärztlicher Kontakte je Stammpatient:in B in der PVE Böhheimkirchen verzeichnet, wo die durchschnittliche Anzahl auch in allen Betrachtungsjahren unter der durchschnittlichen Anzahl der Kontrollgruppen lag (2021: 2,6) (siehe Abbildung 110).

Abbildung 110: Anzahl ausgewählter fachärztlicher Kontakte je Stammpatient:in B - PVE Böhheimkirchen, altersstandardisiert



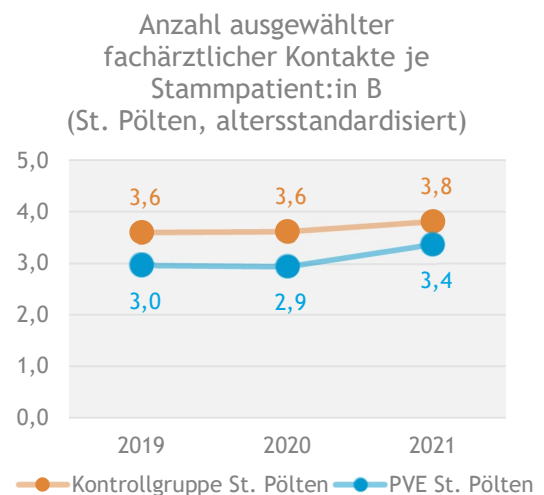
In der PVE Schwechat lag die Anzahl ausgewählter fachärztlicher Kontakte je Stammpatient:in B im Jahr 2021 altersstandardisiert mit 3,3 über der durchschnittlichen Anzahl in der Kontrollgruppe, jedoch noch unter der Anzahl der Kontakte der PVE St. Pölten (2,6) (siehe Abbildung 111).

Abbildung 111: Anzahl ausgewählter fachärztlicher Kontakte je Stammpatient:in B - PVE Schwechat, altersstandardisiert



Die höchste Anzahl ausgewählter fachärztlicher Kontakte je Stammpatient:in B wurde im Jahr 2021 altersstandardisiert mit 3,4 in der PVE St. Pölten verzeichnet. Diese lag jedoch noch immer und in allen Betrachtungsjahren unter der durchschnittlichen Anzahl der Kontrollgruppen (2021: 3,8) (Abbildung 112).

Abbildung 112: Anzahl ausgewählter fachärztlicher Kontakte je Stammpatient:in B - PVE St. Pölten, altersstandardisiert



Bei Betrachtung der Anzahl ausgewählter fachärztlicher Kontakte je Stammpatient:in A zeigte sich altersstandardisiert für das Jahr 2021 mit 2,88 eine leicht höhere Anzahl bei den Kontrollgruppen als mit 2,71 für die PVE. Auch hier lagen die Anteile der PVE Böheimkirchen und St. Pölten unter den Werten der Kontrollgruppe, während die PVE Schwechat eine höhere durchschnittliche Anzahl aufwies als die Kontrollgruppe.

Bezüglich der Anzahl ausgewählter fachärztlicher Kontakte je Patient:in zeigte sich altersstandardisiert für das Jahr 2021 kaum ein Unterschied zwischen den beiden Gruppen (2,92 PVE vs. 2,94 KTGR). Auch hier lagen die Anteile der PVE Böheimkirchen und St. Pölten unter den Werten der Kontrollgruppe, während die PVE Schwechat eine höhere durchschnittliche Anzahl aufwies als die Kontrollgruppe.

4.14.3. ANTEIL DER PATIENT:INNEN MIT MINDESTENS EINEM SPITALSAUFENTHALT

Der Anteil der Stammpatient:innen B mit mindestens einem Spitalsaufenthalt an allen Stammpatient:innen B sank über die Jahre hinweg (2019-2021) sowohl in den PVE als auch in den Kontrollgruppen leicht. Während er 2019 in den PVE bei 18,9 % lag, betrug er 2021 nur mehr 16,7 % (siehe Abbildung 113). Nach erfolgter Altersstandardisierung war der Anteil an Stammpatient:innen B mit mindestens einem Spitalsaufenthalt in den PVE in etwa gleich hoch wie in den Kontrollgruppen (2021: 16,7 % PVE vs. 15,9 % KTGR) (siehe Abbildung 114). Ein Unterschied zwischen den Stammpatient:innen A war auch nach Altersstandardisierung deutlicher erkennbar (2021: 21 % PVE vs. 24 % KTGR).

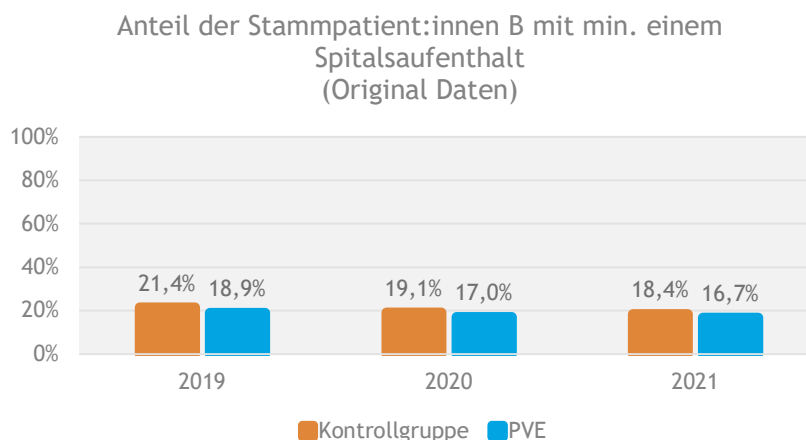


Abbildung 113: Anteil der Stammpatient:innen B mit min. einem Spitalsaufenthalt - Original Daten

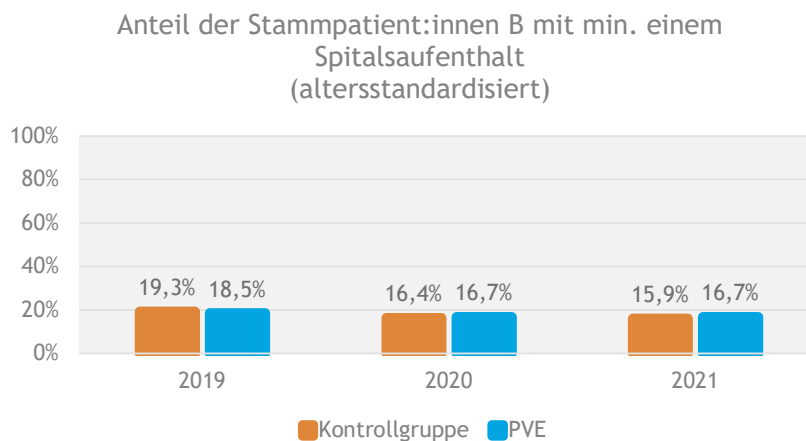
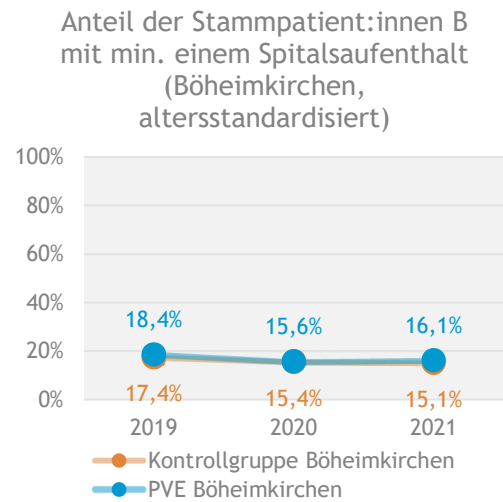


Abbildung 114: Anteil der Stammpatient:innen B mit min. einem Spitalsaufenthalt - altersstandardisiert

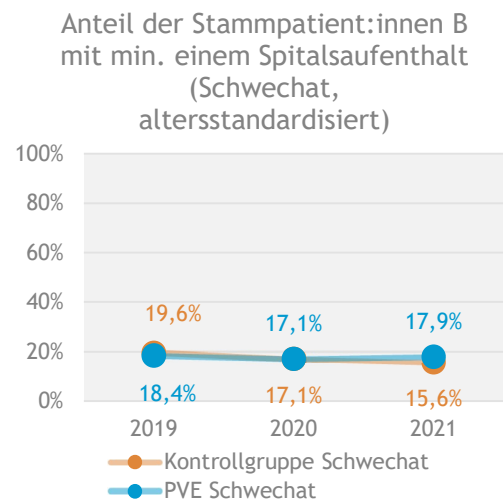
In der PVE Böhheimkirchen lag der Anteil der Stammpatient:innen B mit zumindest einem Spitalsaufenthalt altersstandardisiert 2021 mit 16,1 % im Vergleich mit allen PVE am niedrigsten und in allen Vergleichsjahren zumindest leicht über den Anteilen der Kontrollgruppe (15,1 %) (Abbildung 115).

Abbildung 115: Anteil der Stammpatient:innen B mit min. einem Spitalsaufenthalt - PVE Böhheimkirchen, altersstandardisiert



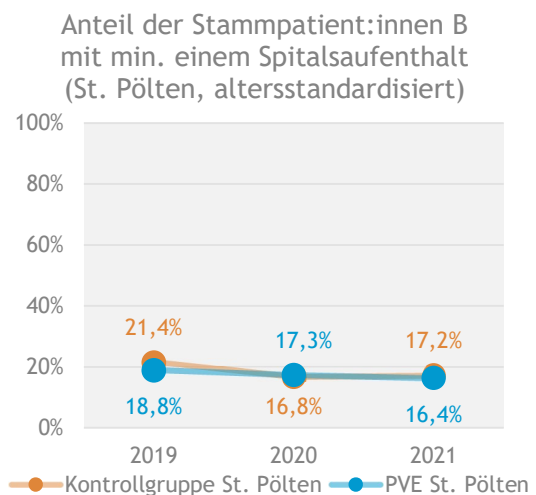
Die PVE Schwechat verzeichnet mit 17,9 % Stammpatient:innen B mit mindestens einem Spitalsaufenthalt altersstandardisiert 2021 den höchsten PVE-Anteil, der gleichzeitig über dem Anteil der Kontrollgruppe (15,6 %) lag. 2019 lag der Anteil in der PVE unter jedem der Kontrollgruppe (18,4 % PVE vs. 19,6 % KTGR) (siehe Abbildung 116).

Abbildung 116: Anteil der Stammpatient:innen B mit min. einem Spitalsaufenthalt - PVE Schwechat, altersstandardisiert



Mit (altersstandardisiert) 16,4 % Stammpatient:innen B mit mindestens einem Spitalsaufenthalt liegt die PVE St. Pölten 2021 bei den PVE-Anteilen im Mittelfeld und leicht unter dem Anteil der Kontrollgruppe (17,2 %). 2019 lag der Anteil ebenfalls unter jenem der Kontrollgruppe, 2020 etwas darüber (siehe Abbildung 117).

Abbildung 117: Anteil der Stammpatient:innen B mit min. einem Spitalsaufenthalt - PVE St. Pölten, altersstandardisiert



Bei Betrachtung der Stammpatient:innen A mit mindestens einem Spitalsaufenthalt zeigte sich altersstandardisiert für das Jahr 2021 mit 24,1 % ein höherer Anteil bei den Kontrollgruppen als mit 20,6 % für die PVE. In allen Jahren lagen die Anteile aller PVE-Standorte unter den Anteilen der Kontrollgruppen.

Bezüglich des Anteils aller Patient:innen mit mindestens einem Spitalsaufenthalt zeigte sich altersstandardisiert für das Jahr 2021 ein leichter Unterschied zwischen den beiden Gruppen (16,0 % PVE vs. 15,3 % KTGR). Auch hier schwanken die Anteile zwischen den einzelnen Jahren und Standorten.

4.14.4. ANZAHL DER SPITALSAUFENTHALTE JE PATIENT:IN

Die durchschnittliche Anzahl an Spitalsaufenthalten je Stammpatient:in B pro Jahr ist seit 2019 in allen Gruppen leicht gesunken. Die durchschnittliche Anzahl an Spitalsaufenthalten unterschied sich – nach Altersstandardisierung – zwischen PVE und Kontrollgruppen kaum (2021: 0,27 in beiden Gruppen) (siehe Abbildung 118 und Abbildung 119).

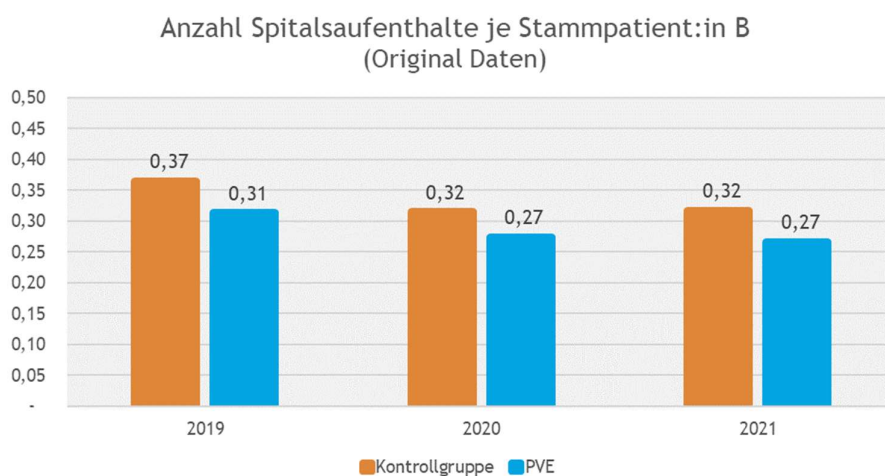


Abbildung 118: Anzahl Spitalsaufenthalte je Stammpatient:in B - Original Daten

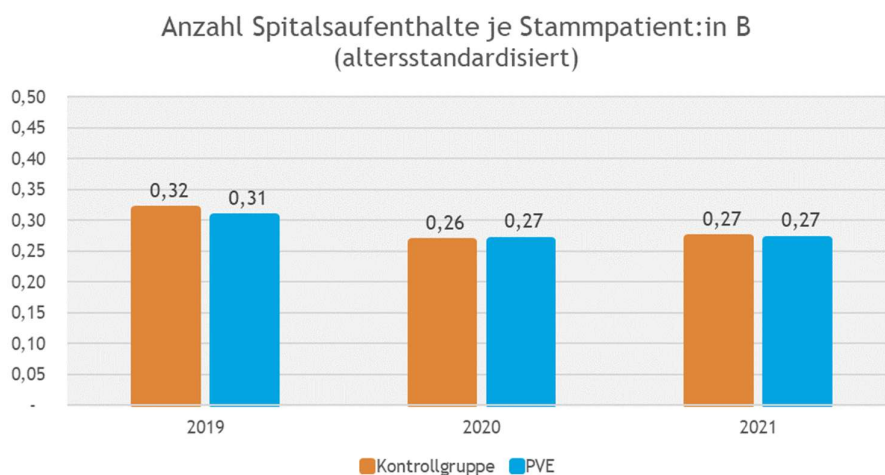
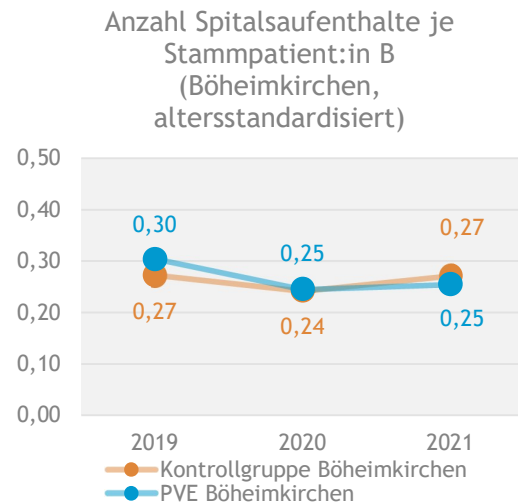


Abbildung 119: Anzahl Spitalsaufenthalte je Stammpatient:in B - altersstandardisiert

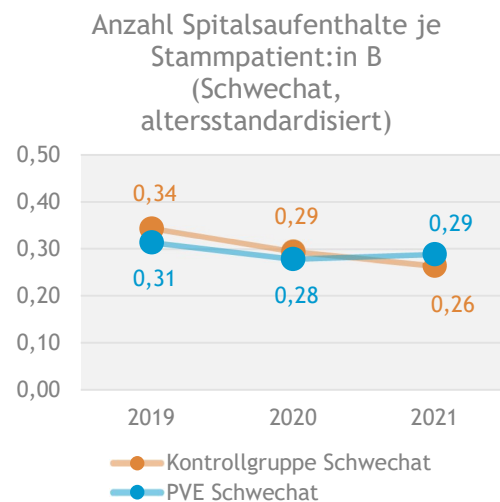
In der PVE Böheimkirchen lag die Anzahl der Spitalsaufenthalte je Stammpatient:in B altersstandardisiert mit 0,25 im Jahr 2021 im Vergleich mit allen PVE am niedrigsten und zumindest leicht unter der Anzahl der Kontrollgruppe (0,27). 2019 und 2020 lagen die Anteile in der PVE leicht über jenen in der Kontrollgruppe (siehe Abbildung 120).

Abbildung 120: Anzahl Spitalsaufenthalte je Stammpatient:in B - PVE Böheimkirchen, altersstandardisiert



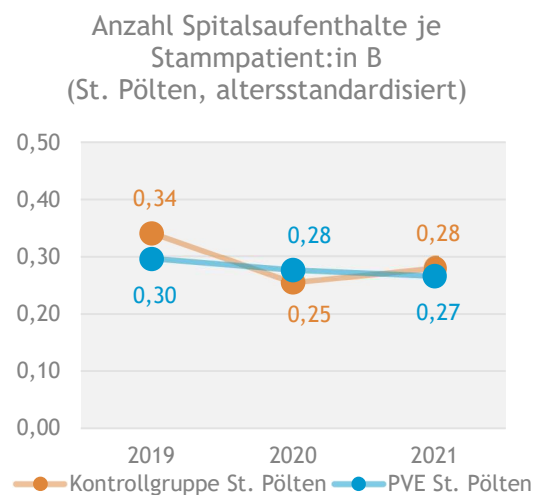
Die PVE Schwechat verzeichnete mit 0,29 Spitalsaufenthalten je Stammpatient:in B altersstandardisiert im Jahr 2021 den höchsten PVE-Anteil, der etwas über dem Anteil in der Kontrollgruppe (0,26) lag, während die Anteile 2019 und 2020 etwas unter jenen in der Kontrollgruppe lagen (siehe Abbildung 121).

Abbildung 121: Anzahl Spitalsaufenthalte je Stammpatient:in B - PVE Schwechat, altersstandardisiert



Mit altersstandardisiert 0,27 Spitalsaufenthalten je Stammpatient:in B lag die PVE St. Pölten 2021 bei den PVE-Anteilen im Mittelfeld und leicht unter dem Anteil der Kontrollgruppe (0,28). Der Anteil lag 2019 ebenfalls unter jenem der Kontrollgruppe, 2020 etwas darüber (siehe Abbildung 122).

Abbildung 122: Anzahl Spitalsaufenthalte je Stammpatient:in B - PVE St. Pölten, altersstandardisiert



Bei Betrachtung der Anzahl Spitalsaufenthalte je Stammpatient:in A zeigte sich altersstandardisiert für das Jahr 2021 mit 0,26 eine leicht höhere Anzahl bei den Kontrollgruppen als mit 0,23 für die PVE. Es zeigt sich insgesamt ein leicht rückläufiger Trend bei den PVE. Dabei lagen die Anteile aller PVE-Standorte in allen Jahren unter den Anteilen der Kontrollgruppen.

Bezüglich der Anzahl der Spitalsaufenthalte aller Patient:innen zeigte sich altersstandardisiert für das Jahr 2021 ein leichter Unterschied zwischen den beiden Gruppen (0,27 PVE vs. 0,26 KTGR). Die Anteile in den einzelnen Jahren und Standorten lagen teils unter und teils über jenen der Kontrollgruppen.

4.14.5. ANZAHL UND ANTEIL DER PATIENT:INNEN MIT MINDESTENS EINEM SPITALSAMBULANTEN KONTAKT

Die Anzahl der Stammpatient:innen B mit mindestens einem spitalsambulanten Kontakt lag in den PVE in allen Jahren unter der Anzahl der Kontrollgruppe. Dieser Effekt lässt sich durch die generell höhere Anzahl der Stammpatient:innen B und ein älteres Patient:innen-Klientel in den Kontrollgruppen erklären und unterstreicht die Notwendigkeit der Altersstandardisierung und den Vergleich von Anteilen (siehe Abbildung 123).

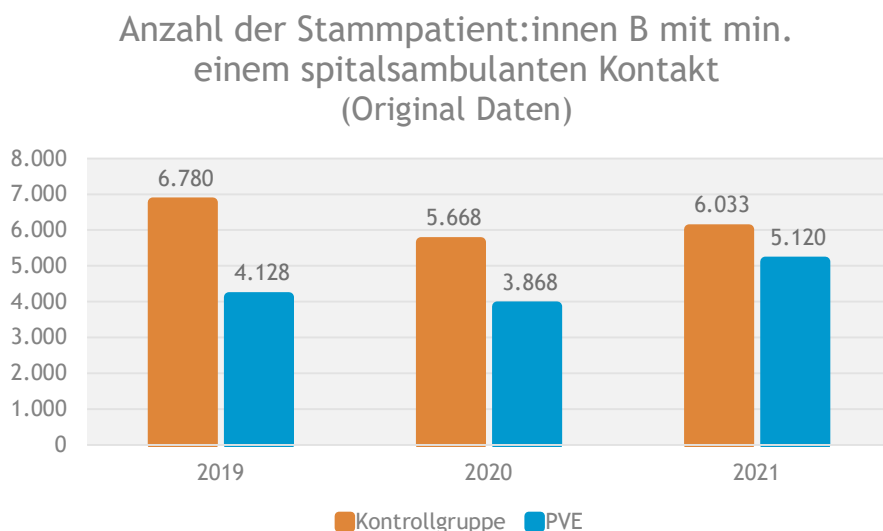


Abbildung 123: Anzahl der Stammpatient:innen B mit min. einem spitalsambulanten Kontakt - Original Daten

Der Anteil an Stammpatient:innen B mit mindestens einem spitalsambulanten Kontakt sank seit 2019 leicht und lag nach erfolgter Altersstandardisierung in den PVE durchgängig leicht unter dem Anteil in den Kontrollgruppen (2021: 33 % PVE vs. 35 % KTGR) (siehe Abbildung 124 und Abbildung 125).

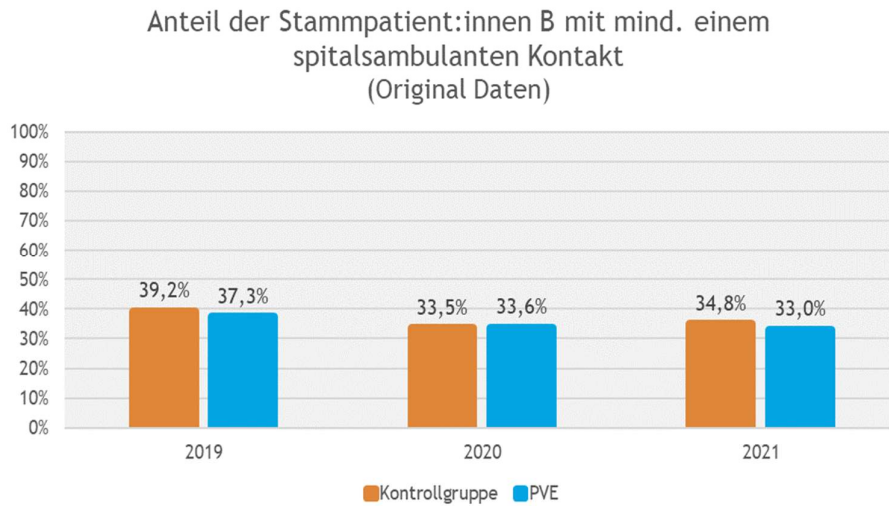


Abbildung 124: Anteil der Stammpatient:innen B mit min. einem spitalsambulanten Kontakt - Original Daten

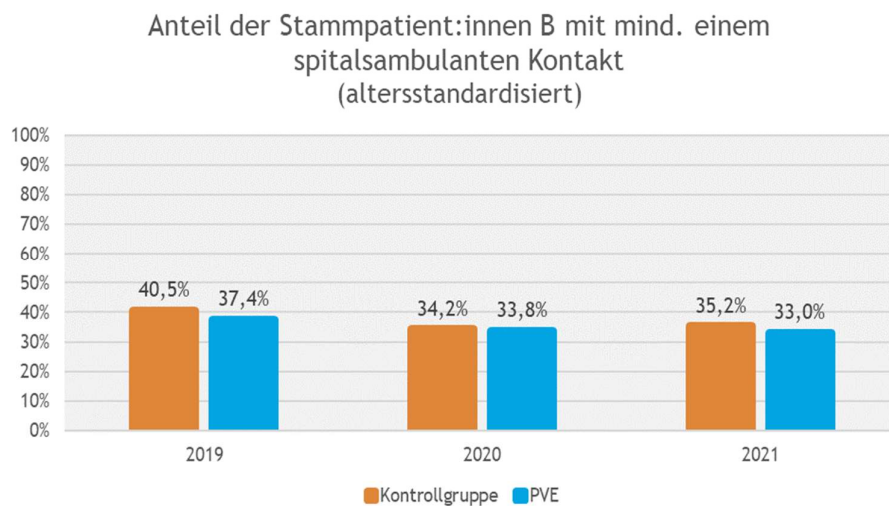
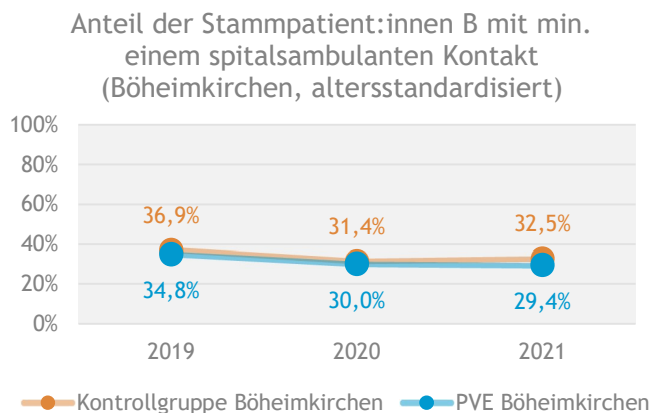


Abbildung 125: Anteil der Stammpatient:innen B mit min. einem spitalsambulanten Kontakt - altersstandardisiert

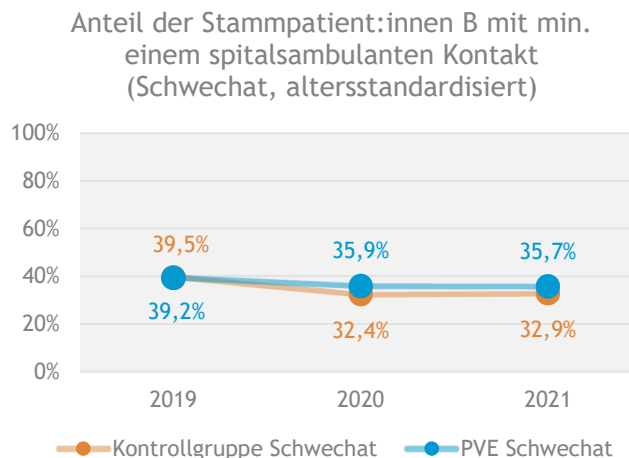
In der PVE Böheimkirchen lag der Anteil der Stammpatient:innen B mit min. einem spitalsambulanten Kontakt altersstandardisiert mit 29,4 % im Jahr 2021 im Vergleich mit allen PVE am niedrigsten und in allen Betrachtungsjahren leicht unter dem Anteil der Kontrollgruppen (2021: 32,5 %) (siehe Abbildung 126).

Abbildung 126: Anteil der Stammpatient:innen B mit min. einem spitalsambulanten Kontakt - PVE Böheimkirchen, altersstandardisiert



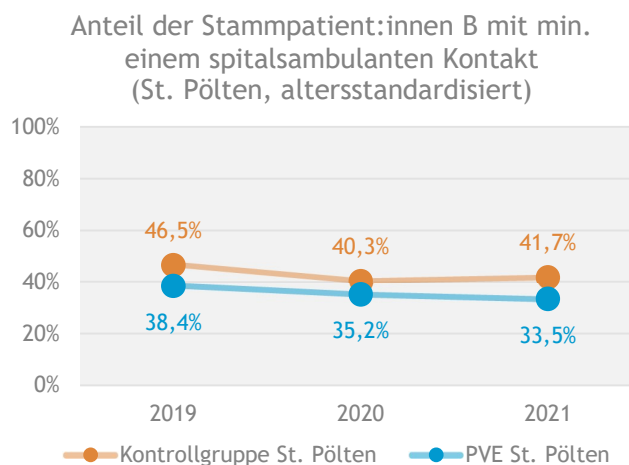
Die PVE Schwechat verzeichnete 2021 mit altersstandardisiert 35,7 % Stammpatient:innen B mit min. einem spitalsambulanten Kontakt den höchsten PVE-Anteil, der sich allerdings seit 2019 leicht rückläufig verhält. Während der Anteil 2019 leicht unter jenem der Kontrollgruppe lag (32,9 %), lagen die Anteile 2020 und 2021 darüber (siehe Abbildung 127).

Abbildung 127: Anteil der Stammpatient:innen B mit min. einem spitalsambulanten Kontakt - PVE Schwechat, altersstandardisiert



Mit altersstandardisiert 33,5 % Stammpatient:innen B mit min. einem spitalsambulanten Kontakt lag die PVE St. Pölten 2021 bei den PVE-Anteilen im Mittelfeld und in allen Vergleichsjahren deutlich unter den Anteilen der Kontrollgruppe (2021: 41,7 %) (siehe Abbildung 128).

Abbildung 128: Anteil der Stammpatient:innen B mit min. einem spitalsambulanten Kontakt - PVE St. Pölten, altersstandardisiert



Bei Betrachtung des Anteils der Stammpatient:innen A mit min. einem spitalsambulanten Kontakt zeigte sich altersstandardisiert für das Jahr 2021 mit 33,6 % ein leicht höherer Anteil bei den Kontrollgruppen als mit 27,7 % für die PVE. Es zeigt sich insgesamt ein leicht rückläufiger Trend bei den PVE. Dabei lagen die Anteile aller PVE-Standorte in allen Jahren unter jenen der Kontrollgruppen.

Auch bezüglich des Anteils aller Patient:innen mit min. einem spitalsambulanten Kontakt zeigte sich altersstandardisiert für das Jahr 2021 ein Unterschied zwischen den beiden Gruppen (26,4 % PVE vs. 33,8 % KTGR). Auch hier zeigte sich bei allen PVE ein rückläufiger Trend. Dabei lagen die Anteile aller PVE-Standorte in allen Jahren unter jenen der Kontrollgruppen.

4.14.6. SPITALSAMBULANTE KONTAKTE VON IN DEN PVE-EINZUGSGEBIETEN WOHNENDEN PATIENT:INNEN IN DEN NÄCHSTGELEGENEN KLINIKEN

Eine etwaige Entlastung der nachfolgenden Behandlungsbereiche kann aufgrund der unterschiedlichen Datenquellen (Land NÖ vs. Versicherungsträger), die derzeit nicht verknüpfbar sind, mit den vorliegenden Daten nicht auf Patient:innen-Ebene durchgeführt werden. Um sich dieser Thematik annähern zu können, wurde folgende Methodik gewählt:

- Aus dem DIAG wurden vom NÖGUS zum einen ambulante Kontakte je Fachhauptbereich für die jeweiligen Einzugsgebiete der PVE und zum anderen die von den Personen in diesem Einzugsgebiet am häufigsten konsultierten Kliniken für Niederösterreich gesamt bzw. Österreich und die Jahre 2018 bis 2021 ausgewertet sowie die ambulanten Kontakte je Fachhauptbereich für Niederösterreich und Österreich für die o.a. Zeiträume. Es wurden nur jene Kliniken in Betracht gezogen, in welchen zumindest mehr als 22 % der Personen aus den ausgewählten Gemeinden wenigstens einmal einen spitalsambulanten Kontakt im o.a. Zeitraum hatten.
- Die Einzugsgebiete im Sinne von Gemeindecodes wurden von der ÖGK anhand der Abrechnungsdaten der PVE ermittelt. Basierend darauf wurden jene Gemeinden in die Evaluierung einbezogen, von denen zumindest 14 % der Einwohner:Innen in einer PVE (Böheimkirchen, Schwechat, St. Pölten) versorgt wurden. Als Datenbasis diente der Zeitraum 2019/2020.
- Die Kontakte wurden auf Fachhauptbereiche selektiert, die potenziell durch PVE entlastet werden können.
- Die ambulanten Kontakte wurden entsprechend der PVE-Öffnungszeiten (7:00 bis 19:00 Uhr) oder des gesamten Tagesverlaufes (0:00 bis 24:00 Uhr) dargestellt.

Bei allen nachfolgenden Betrachtungen sind folgende Limitationen zu berücksichtigen:

- Das Einzugsgebiet der PVE ist nicht klar abgrenzbar.
- Aufgrund der Corona-Pandemie sind die Jahre 2020 und 2021 gesondert zu betrachten.
- Eventuelle Strukturveränderungen im intra- und extramuralen Bereich werden hier nicht dargestellt oder berücksichtigt.
- Es wird nicht auf die Entwicklung vor bzw. nach PVE-Gründung eingegangen (teilweise bestand schon vor Gründung der PVE eine große Gruppenpraxis).
- Die Auswertung erfolgte auf Basis von Fachhauptbereichen.

Aufgrund der zuvor beschriebenen Methodik werden jeweils die ambulanten Kontakte des PVE-Einzugsgebietes den ambulanten Kontakten von Niederösterreich gesamt gegenübergestellt.

Nachfolgend werden die Ergebnisse je PVE und anschließend mögliche Erkenntnisse, die für alle PVE gelten, dargestellt.

a) PVE Böheimkirchen

In nachfolgender Abbildung werden die ambulanten Kontakte für ausgewählte Fachbereiche aus dem Einzugsgebiet der PVE pro Jahr und Fachhauptbereich in der Zeit von 7:00 bis 19:00 Uhr (analog zu den PVE-Öffnungszeiten) dargestellt (siehe Abbildung 129).

Für die PVE Böheimkirchen betrifft dies das UK St. Pölten und die Gemeinde-Codes 31903 (Böheimkirchen), 31917 (Kasten bei Böheimkirchen), 31919 (Kirchstetten), 31934 (Pyhra) und 31941 (Stössing)

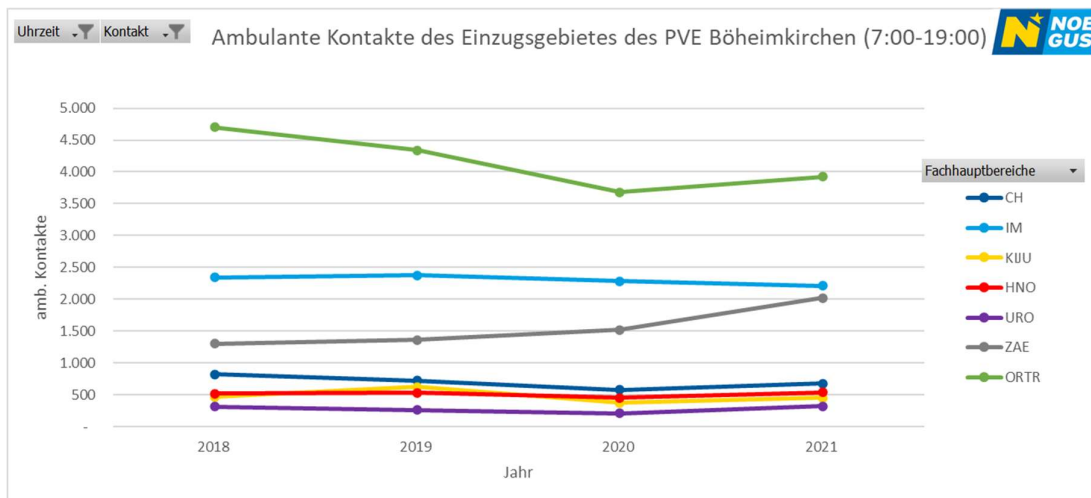


Abbildung 129: Ambulante Kontakte des Einzugsgebietes der PVE Böheimkirchen (7:00-19:00)

In der folgenden Abbildung 130 sind die ambulanten Kontakte in der Zeit von 7:00 bis 19:00 Uhr für ausgewählte Fachbereiche in Niederösterreich dargestellt.

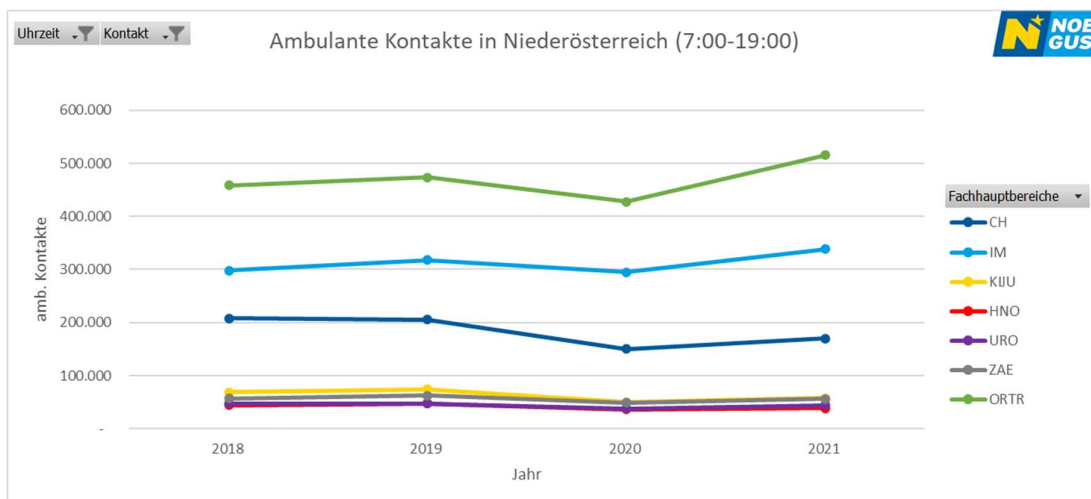


Abbildung 130: Ambulante Kontakte in Niederösterreich (7:00-19:00)

Die nachfolgenden beiden Darstellungen (Abbildung 131 und Abbildung 132) zeigen die ambulanten Kontakte des PVE-Einzugsgebietes und die ambulanten Kontakte in Niederösterreich ohne Einschränkung auf Tageszeiten (0:00-24:00 Uhr). Aufgrund der geringen Unterschiede zu den o.a. Grafiken wird von einer Detail-Betrachtung der Tageszeit 0:00-24:00 Uhr abgesehen und die weiteren Fächer-Darstellungen für die Zeit 7:00-19:00 Uhr beschrieben.

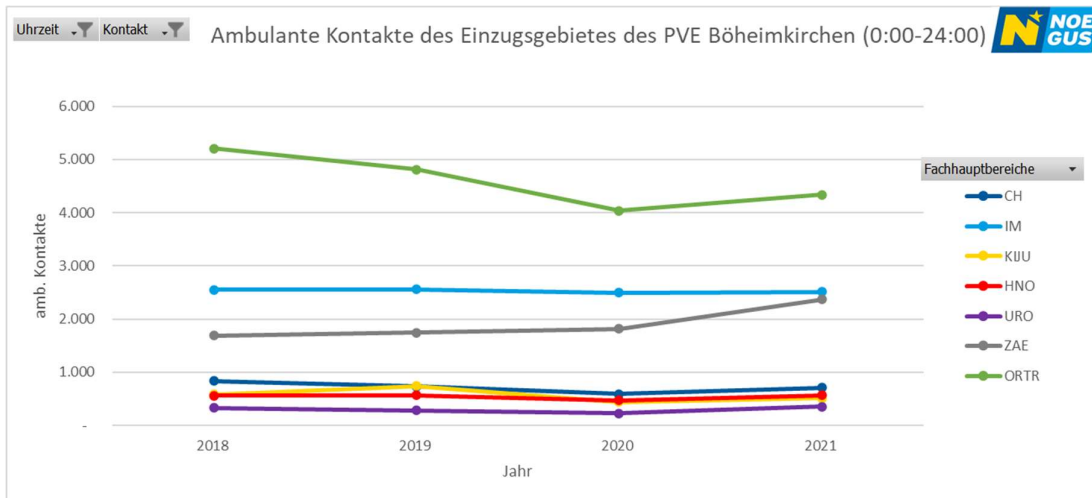


Abbildung 131: Ambulante Kontakte des Einzugsgebietes der PVE Böhleimkirchen (0:00-24:00)

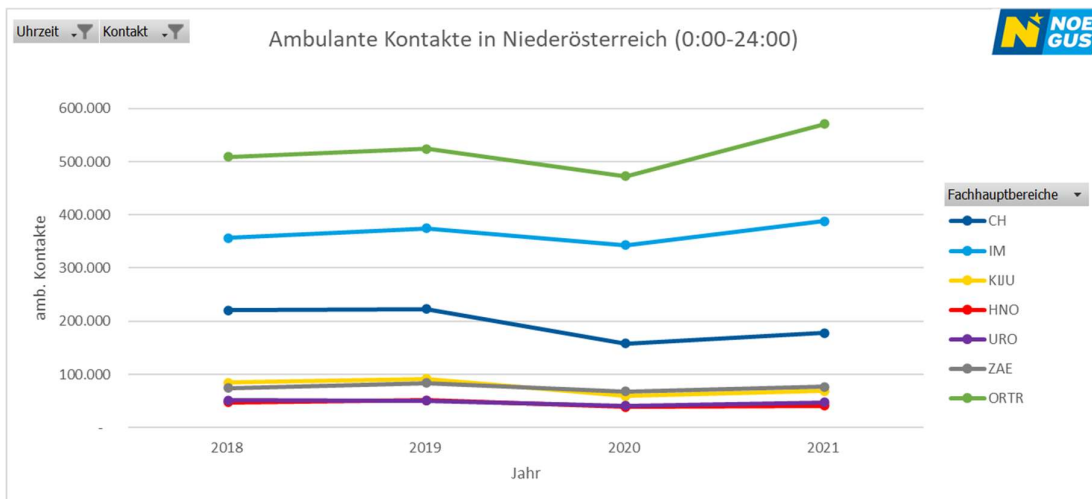


Abbildung 132: Ambulante Kontakte in Niederösterreich (0:00-24:00)

Um die Entwicklung der ambulanten Kontakte der PVE-Einzugsgebiete mit der Entwicklung der ambulanten Kontakte in Niederösterreich vergleichen zu können, wurde eine indexierte Darstellung gewählt. Hierfür wurde als Basisjahr mit 1,00 das Jahr 2018 festgelegt. Alle nachfolgenden Werte sind in Relation zum Jahr 2018 zu sehen.

Bei indexierter Vergleichs-Darstellung der ambulanten Kontakte zeigt sich, dass sich die ambulanten Kontakte aus dem PVE-Einzugsgebiet im Bereich der Inneren Medizin (IM) leicht rückläufig verhalten (-6 % im Vergleich 2018 zu 2021), während dieser Effekt für Niederösterreich gesamt im Bereich der Inneren Medizin nicht erkennbar ist. Für das gesamte Bundesland ist von 2018 bis 2021 eine Steigerung von rund 14 % erkennbar (siehe Abbildung 133).

Indexierte Darstellung der ambulanten Kontakte des Einzugsgebietes des PVE Böheimkirchen versus Niederösterreich (7:00-19:00 Uhr)

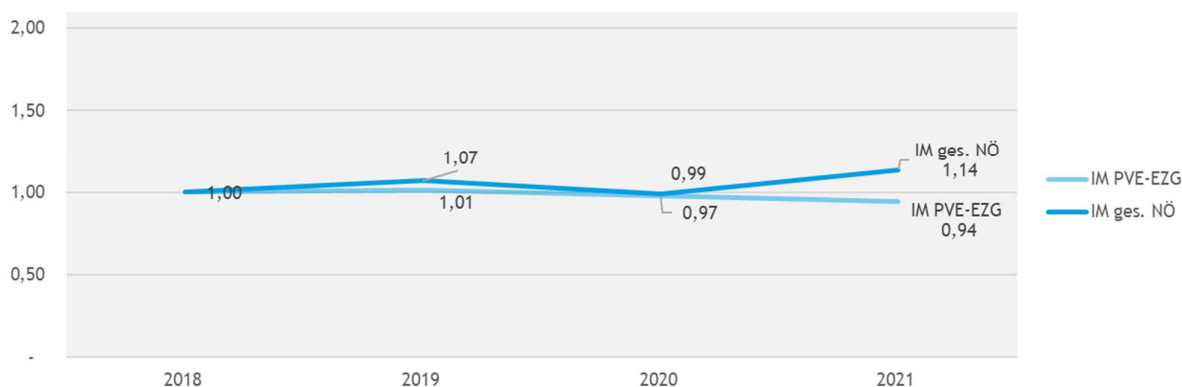


Abbildung 133: Indexierte Darstellung der ambulanten Kontakte Innere Medizin - PVE Böheimkirchen vs. Niederösterreich

Auch im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde (KIJU) zeigen sich leichte Differenzen zwischen der indexierten Entwicklung der ambulanten Kontakte. Für Niederösterreich gesamt ist von 2018 auf 2021 ein Rückgang von 16 % ersichtlich, während die ambulanten Kontakte des Einzugsgebietes der PVE Böheimkirchen eine Reduktion von 3 % im Vergleich zum Jahr 2018 aufweisen (siehe Abbildung 134).

Indexierte Darstellung der ambulanten Kontakte des Einzugsgebietes des PVE Böheimkirchen versus Niederösterreich (7:00-19:00 Uhr)

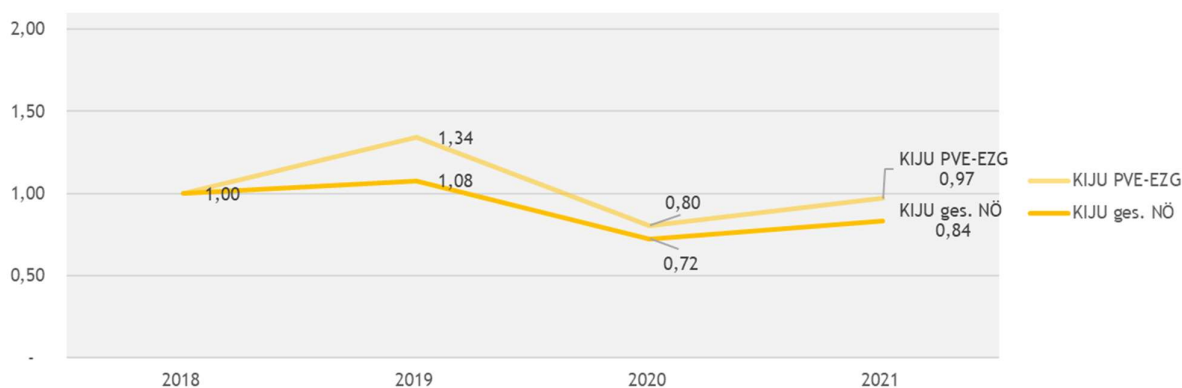


Abbildung 134: Indexierte Darstellung der ambulanten Kontakte KIJU - PVE Böheimkirchen vs. Niederösterreich

Für die ambulanten Kontakte der Zentralen Ambulanten Erstversorgungseinheiten (ZAE) zeigt sich in der indexierten Darstellung, dass die ambulanten Kontakte im PVE-Einzugsgebiet ab dem Jahr 2019 angestiegen sind und im Jahr 2021 auf rund + 55 % im Vergleich zu den ambulanten Kontakten des Jahres 2018 lagen. Im Jahr 2021 lagen die gesamten ambulanten Kontakte für die ZAE in Niederösterreich rund 2 % unter dem Wert von 2018. Es wird darauf hingewiesen, dass die ZAE im UK St. Pölten organisatorisch bei der Inneren Medizin (Kardiologie) verortet ist. Weiters wird darauf hingewiesen, dass die gesamte ZAE im UK St. Pölten analog zum Einzugsgebiet der PVE von 2018 bis 2021 eine Steigerung von 55 % aufweist (siehe Abbildung 135).

Indexierte Darstellung der ambulanten Kontakte des Einzugsgebietes des PVE Böheimkirchen versus Niederösterreich (7:00-19:00 Uhr)

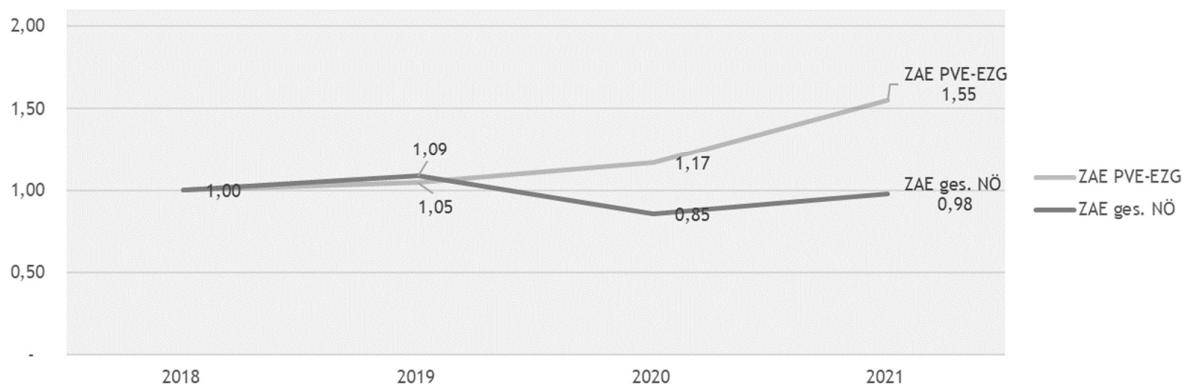


Abbildung 135: Indexierte Darstellung der ambulanten Kontakte ZAE - PVE Böheimkirchen vs. Niederösterreich

Auch im Bereich der Orthopädie und Traumatologie (ORTR) zeigen sich Differenzen in der indexierten Entwicklung der ambulanten Kontakte. Für Niederösterreich gesamt ist von 2018 auf 2021 eine Steigerung von 12 % ersichtlich, während die ambulanten Kontakte im Einzugsgebiet der PVE Böheimkirchen eine Reduktion von 17 % im Vergleich zum Jahr 2018 aufweisen.

Für alle ambulanten Kontakte der ausgewählten Fachbereiche zeigt sich in der indexierten Darstellung, dass die ambulanten Kontakte im PVE-Einzugsgebiet ab dem Jahr 2019 immer unter den indexierten ambulanten Kontakten für Niederösterreich gesamt lagen. Im Jahr 2021 lagen die gesamten ambulanten Kontakte für Niederösterreich rund 3 % über dem Wert von 2018. Für das PVE-Einzugsgebiet lag der Vergleichswert 2021 um 3 % unter dem Wert von 2018.

Für die restlichen, angeführten Fachbereiche liegt die Entwicklung der ambulanten Kontakte des PVE-Einzugsgebietes nicht unter der Entwicklung der niederösterreichischen ambulanten Kontakte.

b) PVE Schwechat

In der folgenden Abbildung 136 werden die ambulanten Kontakte der ausgewählten Fachbereiche des Einzugsgebietes der PVE pro Jahr und Fachhauptbereich in der Zeit von 7:00 bis 19:00 Uhr (analog zu den PVE-Öffnungszeiten) dargestellt.

Im Einzugsgebiet der PVE Schwechat liegen die Kliniken K380 Landeskrankenhaus Baden-Mödling und K917 Klinik Landstraße sowie die Bevölkerung der Gemeinden mit den Gemeinde-Codes 30740 (Schwechat) und 30741 (Zwölfaxing).

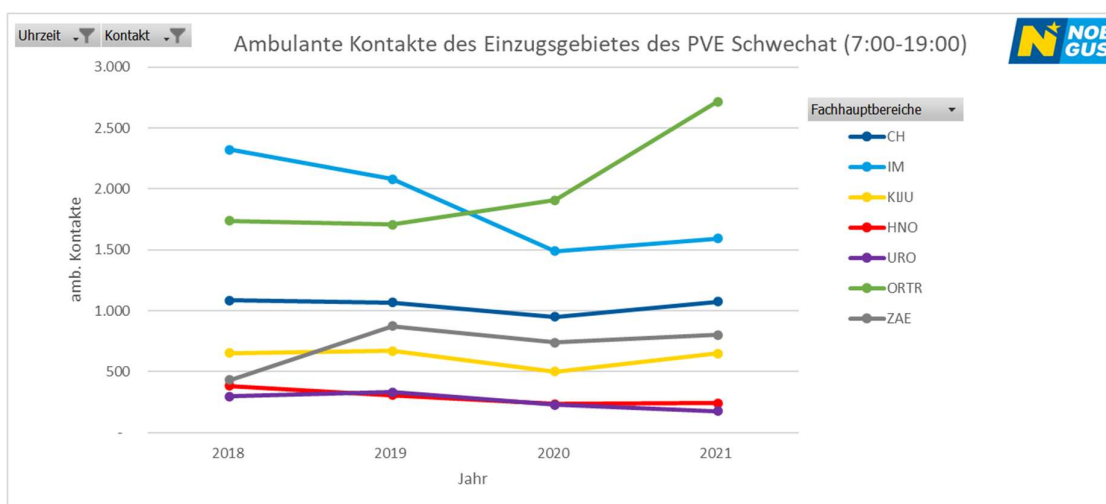


Abbildung 136: Ambulante Kontakte des Einzugsgebietes der PVE Schwechat (7:00-19:00)

In nachfolgender Abbildung 137 sind die ambulanten Kontakte in der Zeit von 7:00 bis 19:00 Uhr für ausgewählte Fachbereiche in Niederösterreich dargestellt.

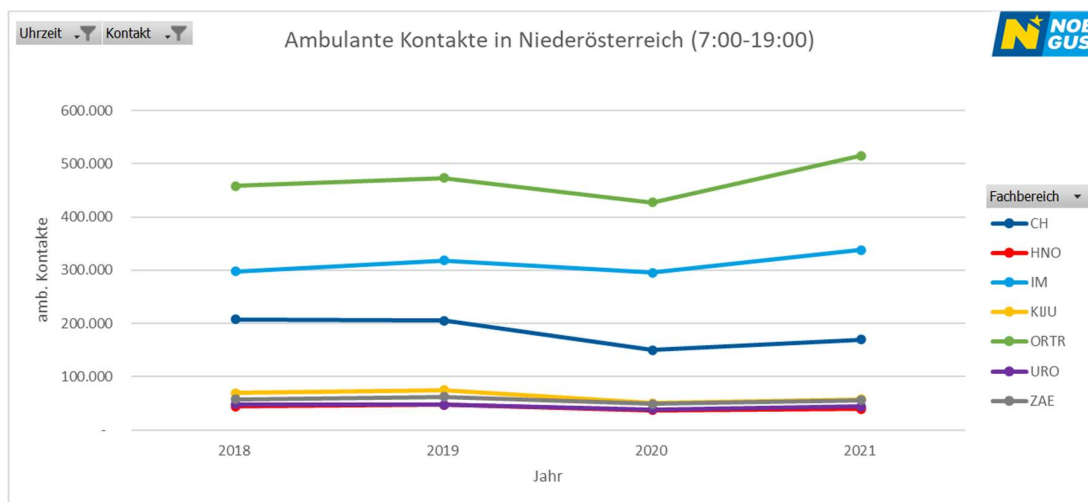


Abbildung 137: Ambulante Kontakte in Niederösterreich (7:00-19:00)

Die folgenden beiden Darstellungen (Abbildung 138 und Abbildung 139) zeigen die ambulanten Kontakte des PVE-Einzugsgebietes und die ambulanten Kontakte in Niederösterreich ohne Einschränkung der Tageszeit (0:00-24:00 Uhr). Aufgrund der geringen Unterschiede zu den o.a. Grafiken wird von einer Detail-Betrachtung der Tageszeit 0:00-24:00 Uhr abgesehen und die weiteren Fächer-Darstellungen für die Zeit 7:00-19:00 Uhr beschrieben.

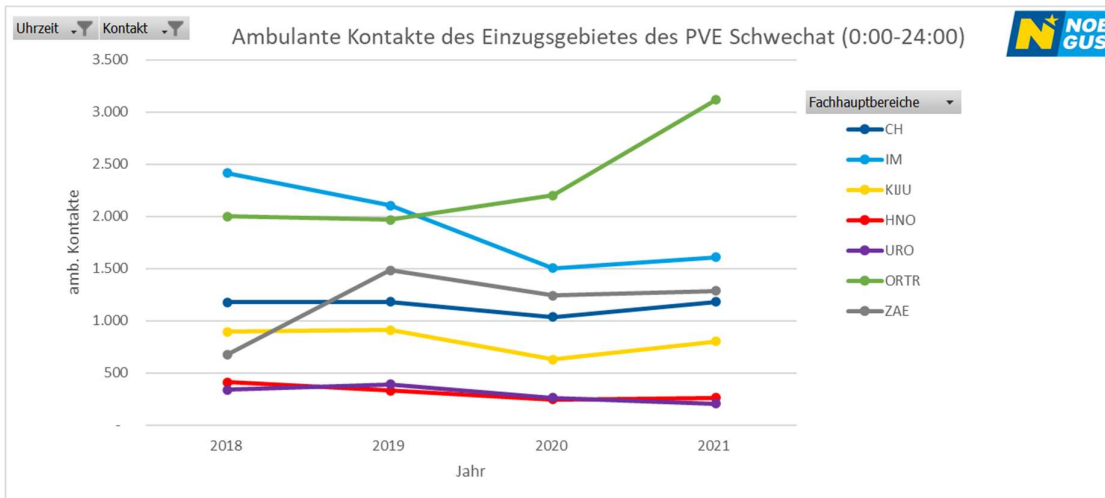


Abbildung 138: Ambulante Kontakte des Einzugsgebietes der PVE Schwechat (0:00-24:00)

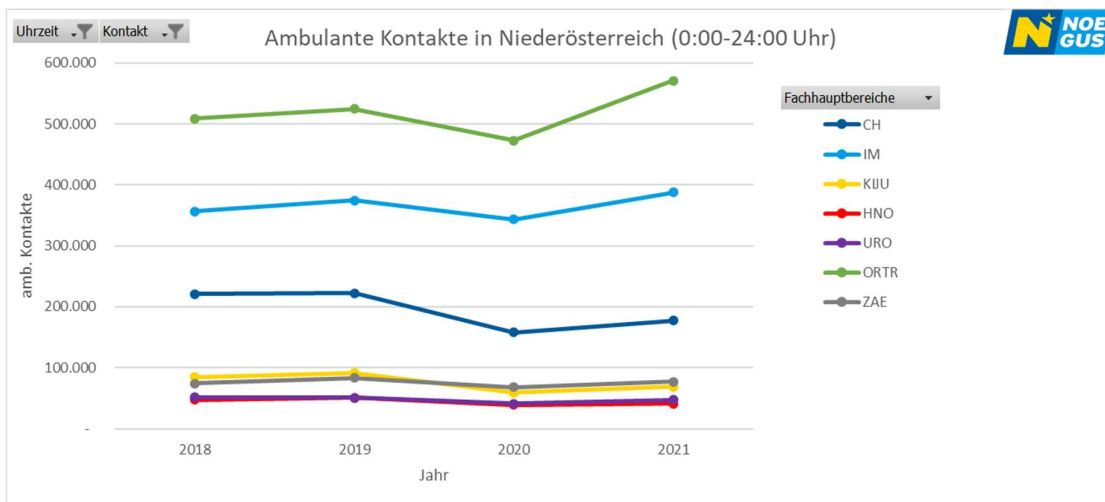


Abbildung 139: Ambulante Kontakte in Niederösterreich (0:00-24:00)

Bei der indexierten Vergleichs-Darstellung der ambulanten Kontakte zeigt sich, dass sich die ambulanten Kontakte aus dem PVE-Einzugsgebiet im Bereich der Inneren Medizin stark rückläufig verhalten (-31 % 2021 im Vergleich zu 2018), während dieser Effekt für Niederösterreich gesamt im Bereich der Inneren Medizin nicht erkennbar ist. Hier ist im Vergleich 2021 zu 2018 sogar eine Steigerung von 14 % ersichtlich (siehe Abbildung 140).

Indexierte Darstellung der ambulanten Kontakte des Einzugsgebietes des PVE Schwechat versus Niederösterreich (7:00-19:00 Uhr)

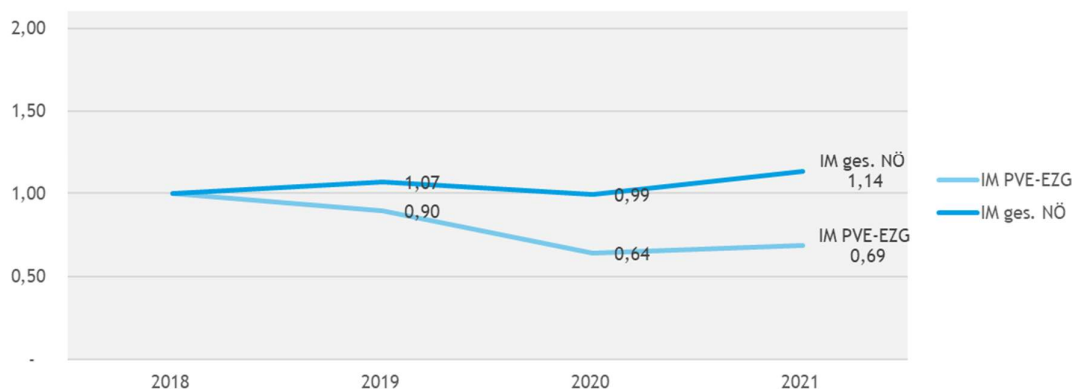


Abbildung 140: Indexierte Darstellung der ambulanten Kontakte für Innere Medizin im Einzugsgebiet - PVE Schwechat vs. Niederösterreich

Auch im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde (KIJU) zeigen sich Differenzen zwischen der indexierten Entwicklung der ambulanten Kontakte. In Niederösterreich gesamt wurden im Jahr 2021 nur 84 % der ambulanten Kontakte des Jahres 2018 in der KIJU erbracht, während im PVE-Einzugsgebiet vergleichsweise in etwa die gleiche Anzahl an ambulanten Kontakten des Jahres 2018 geleistet wurde (rund 100 %) (siehe Abbildung 141).

Indexierte Darstellung der ambulanten Kontakte des Einzugsgebietes des PVE Schwechat versus Niederösterreich (7:00-19:00 Uhr)

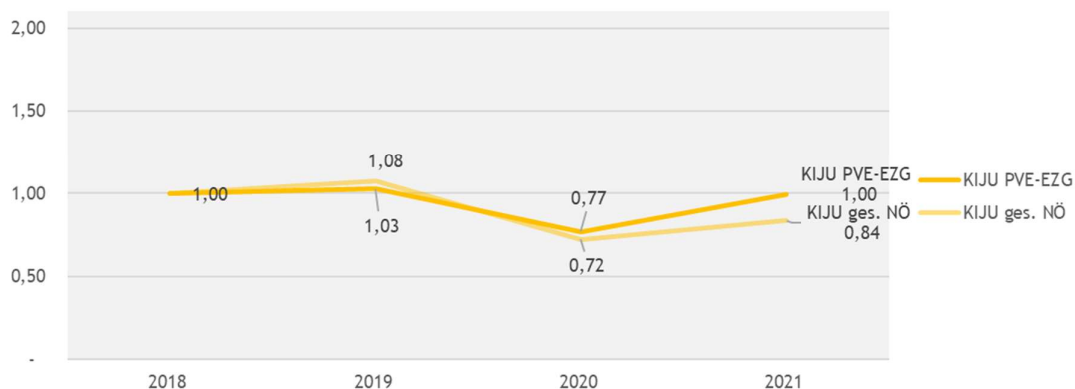


Abbildung 141: Indexierte Darstellung der ambulanten Kontakte für KIJU im Einzugsgebiete - PVE Schwechat vs. Niederösterreich

Im Bereich der Zentralen Ambulanten Erstversorgungseinheiten (ZAE) zeigt sich, dass die ambulanten Kontakte des PVE-Einzugsgebietes zwischen 2018 und 2019 stark gestiegen und dann wieder gesunken sind, während die ambulanten ZAE-Kontakte in Niederösterreich 2019 nur leicht angestiegen und dann wieder leicht gesunken sind.

Es wird darauf hingewiesen, dass bei der Betrachtung der ambulanten Kontakte des PVE-Einzugsgebiets zwei Kliniken (Baden-Mödling und Landstraße) betrachtet werden, weshalb mögliche (Struktur-) Veränderungen in diesen Kliniken zu starken Auswirkungen in u.a. Darstellungen führen können. Für die Klinik Landstraße waren im Jahr 2018 keine ZAE-Kontakte vorhanden, weshalb es ab 2019 zu einem Anstieg der ZAE-Kontakte der Bevölkerung aus dem PVE-Einzugsgebiet kommt (siehe Abbildung 142).

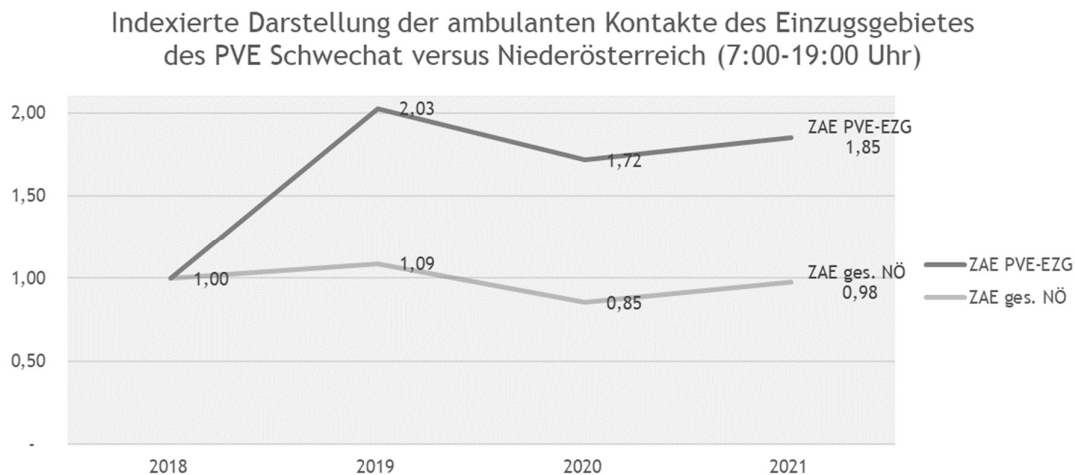


Abbildung 142: Indexierte Darstellung der ambulanten Kontakte für ZAE im Einzugsgebiet - PVE Schwechat vs. Niederösterreich

Für den Fachhauptbereich der HNO zeigt sich, dass in Niederösterreich gesamt im Jahr 2021 89 % der ambulanten Kontakte des Jahres 2018 erbracht wurden, während im PVE-Einzugsgebiet 64 % der ambulanten Kontakte des Jahres 2018 geleistet wurden.

Auch im Bereich der Urologie (URO) zeigt sich, dass die ambulanten Kontakte aus dem PVE-Einzugsgebiet ab dem Jahr 2019 zurückgegangen, während die ambulanten Urologie-Kontakte in Niederösterreich ab 2021 wieder angestiegen sind. Beide Gruppen lagen unter dem Niveau von 2018, die Urologie NÖ lag rund 7 % unter 2018, während die urologischen ambulanten Kontakte im PVE-Einzugsgebiet rund 41 % unter dem Niveau von 2018 lagen.

Für die restlichen, angeführten Fachbereiche liegt die Entwicklung der ambulanten Kontakte im PVE-Einzugsgebiet nicht unter der Entwicklung der niederösterreichischen ambulanten Kontakte.

c) PVE St. Pölten

In nachfolgender Abbildung werden die ambulanten Kontakte der ausgewählten Fachbereiche des Einzugsgebietes der PVE pro Jahr und Fachhauptbereich in der Zeit von 7:00 bis 19:00 Uhr (analog zu den PVE-Öffnungszeiten) dargestellt (siehe Abbildung 143 und Abbildung 144).

Für die PVE St. Pölten ist die nächste Ambulanz im UK St. Pölten. Zum Einzugsgebiet gehören die Gemeinde-Codes 30201 (St. Pölten Stadt) und 31934 (Pyhra).

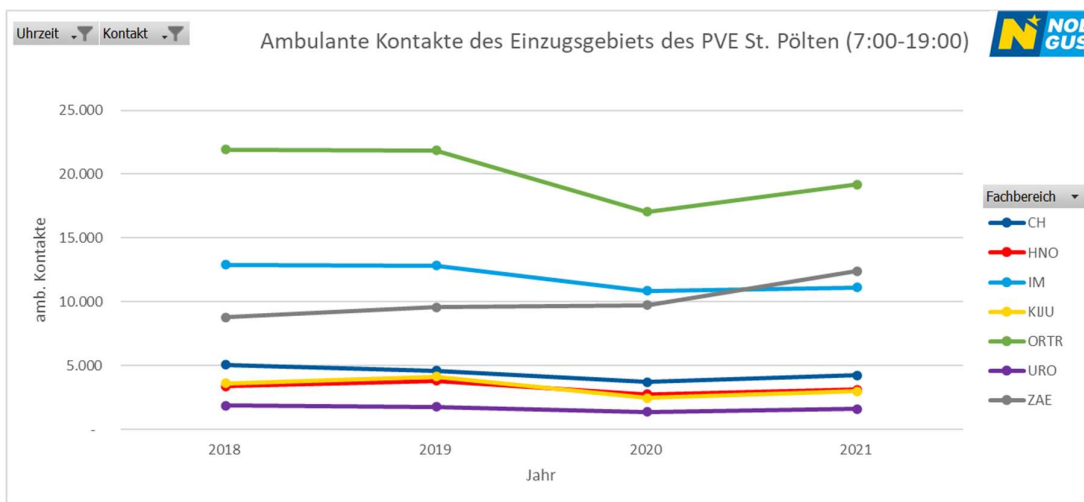


Abbildung 143: Ambulante Kontakte des Einzugsgebietes der PVE St. Pölten (7:00-19:00)

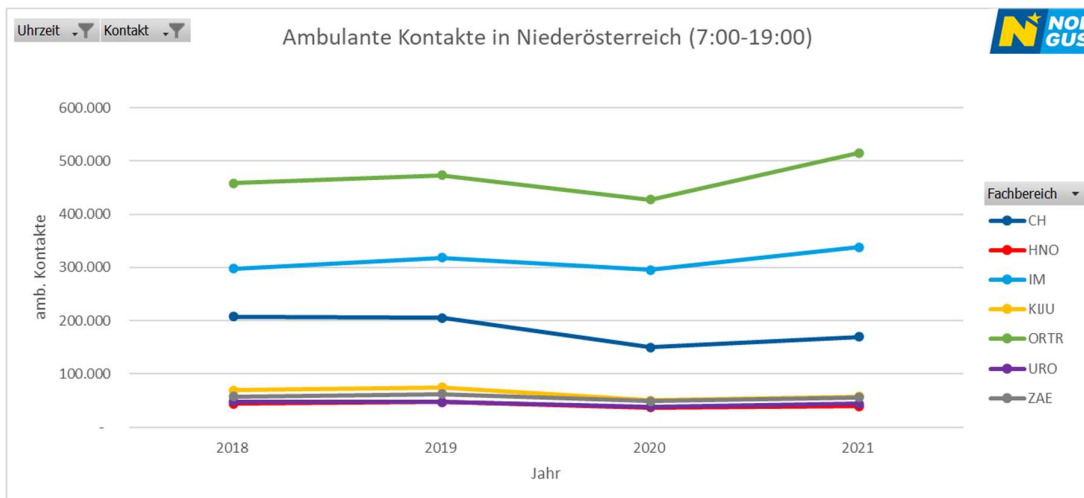


Abbildung 144: Ambulante Kontakte in Niederösterreich (7:00-19:00)

Die nachfolgenden beiden Darstellungen (Abbildung 145 und Abbildung 146) zeigen die ambulanten Kontakte für die ausgewählten Fachbereiche im PVE-Einzugsgebiet und die ambulanten Kontakte in Niederösterreich ohne Einschränkung auf Tageszeiten (0:00-24:00 Uhr). Aufgrund der geringen Unterschiede zu den o.a. Grafiken wird von einer Detail-Betrachtung der Tageszeit 0:00-24:00 Uhr abgesehen und die weiteren Fächer-Darstellungen für die Zeit 7:00-19:00 Uhr beschrieben.

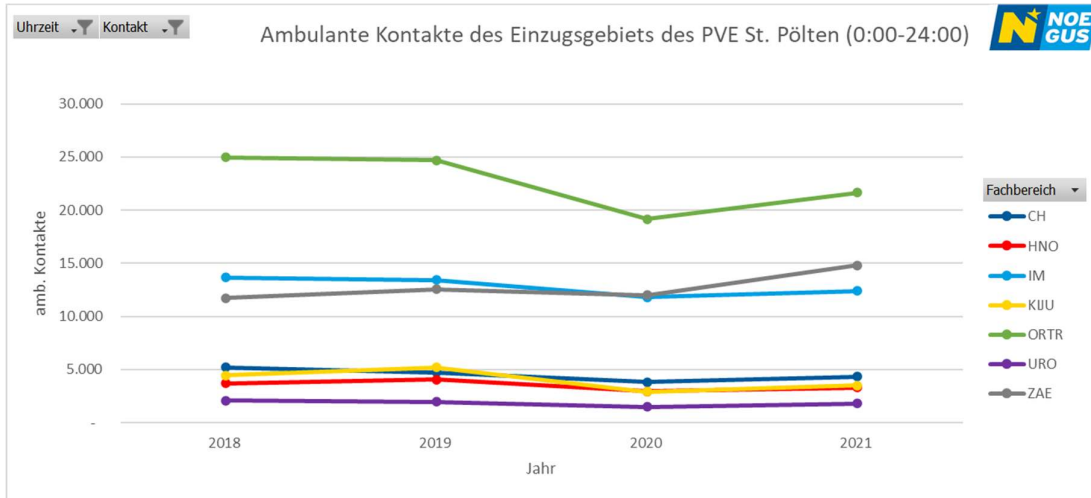


Abbildung 145: Ambulante Kontakte des Einzugsgebiets der PVE St. Pölten (0:00-24:00)

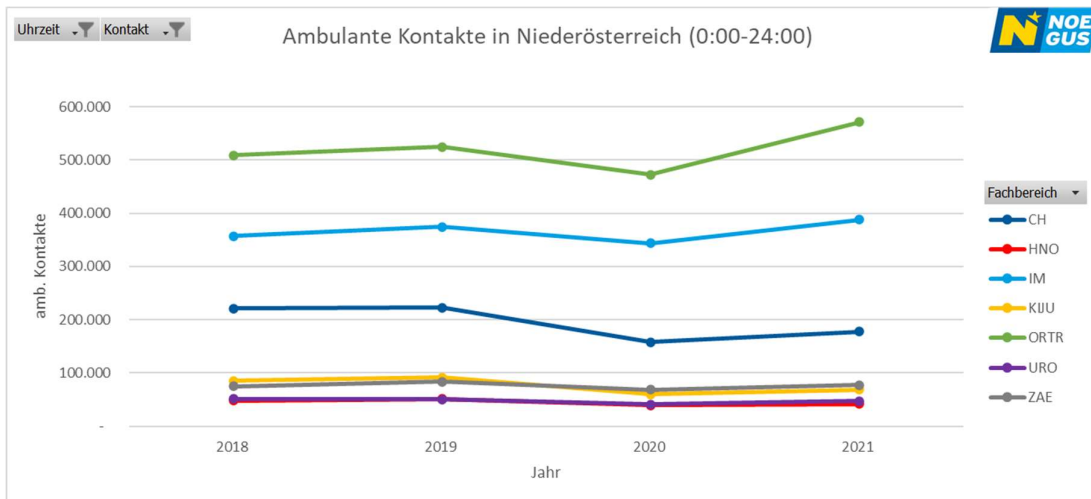


Abbildung 146: Ambulante Kontakte in Niederösterreich (0:00-24:00)

Bei indexierter Vergleichs-Darstellung der ambulanten Kontakte zeigt sich, dass sich die ambulanten Kontakte im PVE-Einzugsgebiet im Bereich der Inneren Medizin (IM) leicht rückläufig verhalten (2021 -14 % zu 2018), während dieser Verlauf für Niederösterreich gesamt nicht erkennbar ist. Hier ist eine Steigerung im Bereich der Inneren Medizin von 14 % zu 2018 ersichtlich (siehe Abbildung 147).

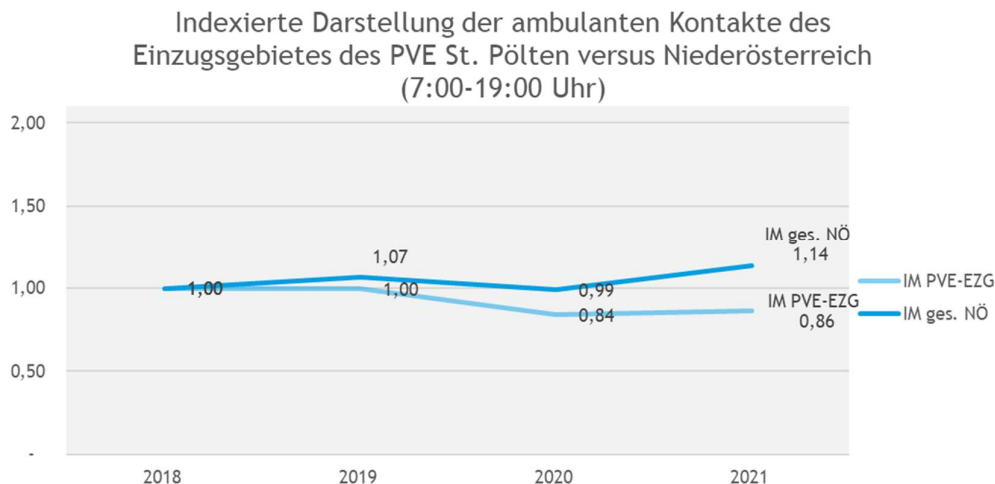


Abbildung 147: Indexierte Darstellung der ambulanten Kontakte Innere Medizin - PVE St. Pölten vs. Niederösterreich

Im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde (KIJU) zeigen sich nur leichte Differenzen zwischen der indexierten Entwicklung der ambulanten Kontakte (siehe Abbildung 148).

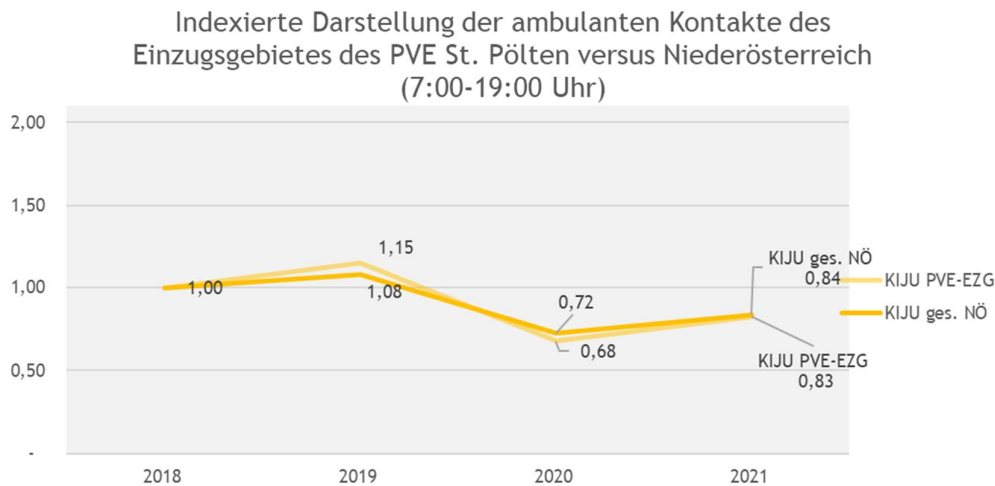


Abbildung 148: Indexierte Darstellung der ambulanten Kontakte KIJU - PVE St. Pölten vs. Niederösterreich

Auch im Bereich der Zentralen ambulanten Erstversorgungseinheiten (ZAE) zeigen sich Differenzen zwischen der indexierten Entwicklung der ambulanten Kontakte. Im PVE-Einzugsgebiet werden rund 41 % mehr ambulante Kontakte im Vergleich 2021 zu 2018 verzeichnet, während es für Niederösterreich gesamt rund 2 % weniger ambulante Kontakte sind. Es wird darauf hingewiesen, dass die ZAE im UK St. Pölten organisatorisch bei der Inneren Medizin (Kardiologie) verortet ist. Weiters wird darauf hingewiesen, dass die gesamte ZAE im UK St. Pölten von 2018 bis 2021 eine Steigerung von 55 % aufweist. Die Steigerung der ambulanten Kontakte aus dem PVE-Einzugsgebiet liegt damit unter der Steigerung der ambulanten Kontakte der ZAE im UK St. Pölten (siehe Abbildung 149).

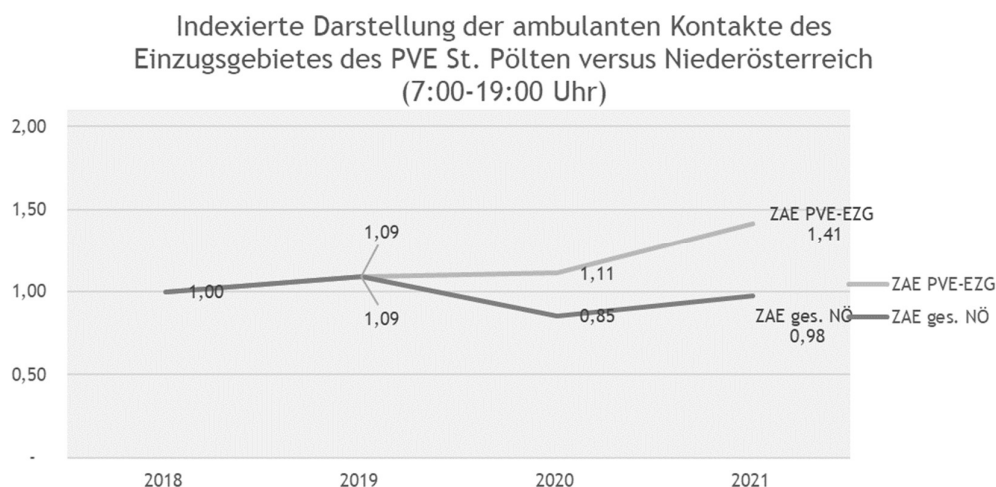


Abbildung 149: Indexierte Darstellung der ambulanten Kontakte ZAE - PVE St. Pölten vs. Niederösterreich

In der Orthopädie und Traumatologie (ORTR) ist ein Unterschied zwischen den ambulanten Kontakten aus dem PVE-Einzugsgebiet im Vergleich zu allen ambulanten Kontakten in Niederösterreich ersichtlich. Die ambulanten Kontakte in Niederösterreich sind im Vergleich zu 2018 um rund 12 % gestiegen, während die ambulanten Kontakte im PVE-Einzugsgebiet im gleichen Zeitraum um rund 12 % gesunken sind.

Für alle ambulanten Kontakte der ausgewählten Fachbereiche zeigt sich in der indexierten Darstellung, dass die ambulanten Kontakte des PVE-Einzugsgebietes ab dem Jahr 2019 immer unter den indexierten ambulanten Kontakten für Niederösterreich gesamt gelegen sind. Während für alle ambulanten Kontakte eine Zunahme von 3 % ersichtlich ist, wurden im PVE-Einzugsgebiet im Jahr 2021 um 5 % weniger ambulante Kontakte erbracht als noch im Jahr 2018.

Auch in der Urologie (URO) zeigen sich – im Unterschied zu den Einzugsgebieten der anderen beiden PVE – leichte Differenzen zwischen der indexierten Entwicklung der ambulanten Kontakte. Im PVE-Einzugsgebiet werden rund 14 % weniger ambulante Kontakte im Vergleich 2021 zu 2018 verzeichnet, während es für Niederösterreich gesamt nur rund 7 % weniger ambulante Kontakte sind.

Für die restlichen, angeführten Fachbereiche liegt die Entwicklung der ambulanten Kontakte des PVE-Einzugsgebietes nicht unter der Entwicklung der ambulanten Kontakte in ganz Niederösterreich.

d) Erkenntnisse für alle PVE

Unter den medizinischen Fächern bei denen es Differenzen zwischen den ambulanten Kontakten in Niederösterreich gesamt und dem jeweiligen PVE-Einzugsgebiet gab, treten im Fach Innere Medizin (IM) bei allen drei PVE-Einzugsgebieten die größten Effekte auf.

Sowohl bei der 24-Stunden-Betrachtung als auch der regulären PVE-Öffnungszeiten (07:00-19:00 Uhr) zeigt sich, dass die spitalsambulanten Kontakte der PVE-Einzugsgebiete teils deutlich unter der Entwicklung der spitalsambulanten Kontakte in Niederösterreich lagen (siehe Abbildung 150 und Abbildung 151).

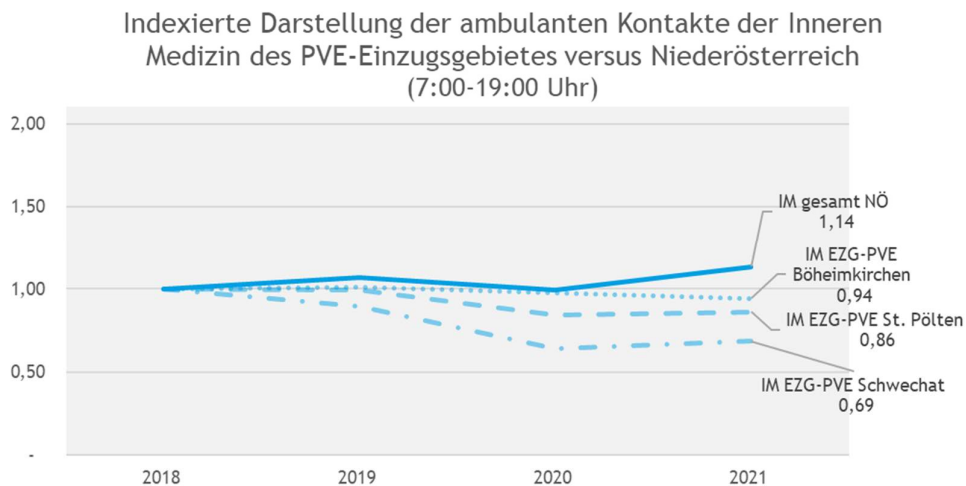


Abbildung 150: Indexierte Darstellung der ambulanten Kontakte der Inneren Medizin - PVE vs. Niederösterreich (7:00-19:00)

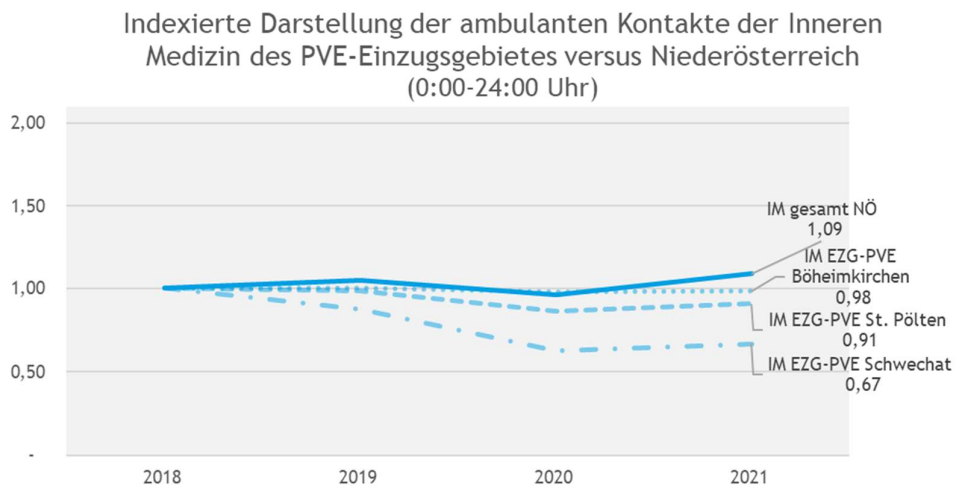


Abbildung 151: Indexierte Darstellung der ambulanten Kontakte der Inneren Medizin - PVE vs. Niederösterreich (0:00-24:00)

Mit Ausnahme der PVE Schwechat zeigt sich dieser Effekt in abgeschwächter Form in nachfolgenden Grafiken auch für die ambulanten Kontakte über alle ausgewählten medizinischen Fächer hinweg (siehe Abbildung 152 und Abbildung 153).

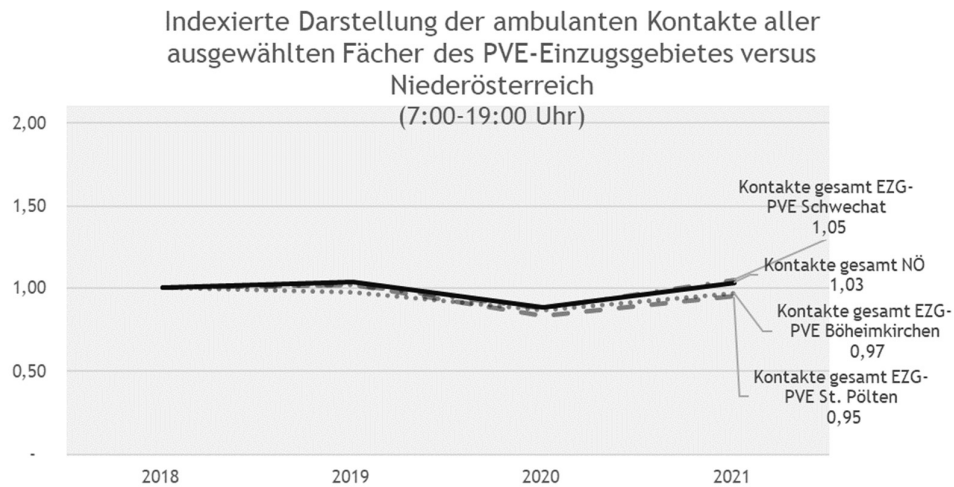


Abbildung 152: Indexierte Darstellung der ambulanten Kontakte aller Fächer - PVE vs. Niederösterreich (7:00-19:00)

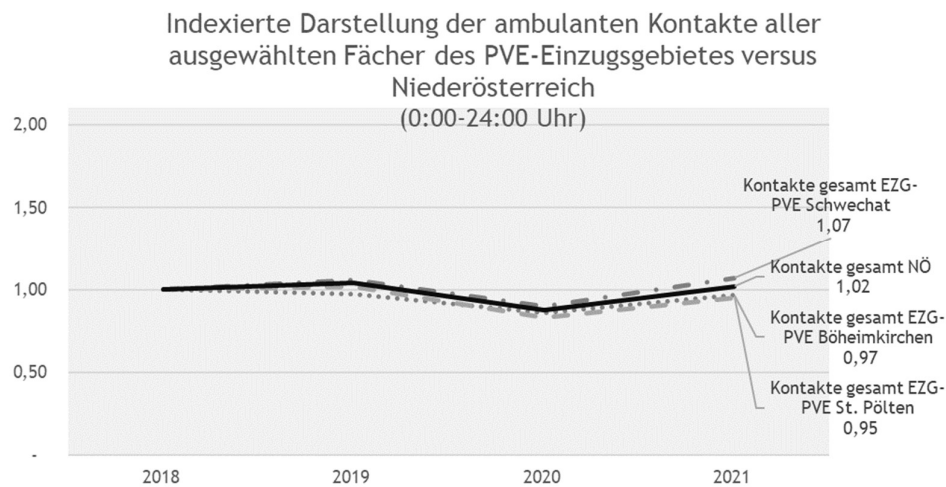


Abbildung 153: Indexierte Darstellung der ambulanten Kontakte aller Fächer - PVE vs. Niederösterreich (0:00-24:00)

Ergebnisse zur Zielsetzung „Koordination (Zielgerichtete Versorgung auf der richtigen Versorgungsstufe)“:

Indikator 13: Entlastung nachfolgender Behandlungsbereiche

Durch die Etablierung neuer Primärversorgungsstrukturen soll die zielgerichtete Versorgung auf der richtigen Versorgungsstufe gefördert werden. Eine Tendenz dahingehend ist mit den vorliegenden Daten wahrnehmbar, allerdings sind die Unterschiede in der Inanspruchnahme übergeordneter Versorgungsstrukturen (min. ein fachärztlicher Kontakt, min. ein Spitalaufenthalt, min. ein spitalsambulanter Kontakt) zwischen PVE und Kontrollgruppen gering. Eine weitere Beobachtung der Ergebnisse über die nächsten Jahre kann Klarheit bringen und wird daher empfohlen.

Gesamtergebnis Indikator 13: Entlastung nachfolgender Behandlungsbereiche

4.15. INDIKATOR 14 - FOLGEKOSTEN

Im Rahmen des Indikators 14 wird die Frage analysiert, wie sich die Folgekosten der Patient:innen im Vergleich zur allgemeinmedizinischen Regelversorgung entwickeln. Dazu lagen keine Grundlagen in den Evaluierungsstandards für Primärversorgungseinheiten vor. In den Leistungsdaten wurden Pfl egetage, Ambulanzkontakte, fachärztliche Kontakte, Transporte sowie Medikamente ausgewertet. Zur besseren Vergleichbarkeit von PVE und KTGR wurden die Daten auch altersstandardisiert (siehe Erläuterung 4) betrachtet.¹³

Zielsetzung	Koordination
Fragestellung	Wie entwickeln sich die Folgekosten der Patient:innen im Vergleich zur allgemeinmedizinischen Regelversorgung
Datenquelle/n	Leistungsdaten
Grundlagen	<i>keine Angaben in Evaluierungsstandards für Primärversorgungseinheiten</i>
Kennzahlen/ Kriterien	Anzahl stationärer Pfl egetage je Patient:in mit Spitalsaufenthalt Anzahl stationärer Pfl egetage je Patient:in Anzahl Ambulanzkontakte pro Patient:in (<i>siehe Indikator 13</i>) Anteil Patient:innen mit min. einem Transport Anzahl Transporte je Patient:in Anzahl Transporte je Patient:in mit min. einem Transport Anzahl Fachärzt:innen-Kontakte pro Patient:in (<i>siehe Indikator 13</i>) Fachärztliche Kosten je Patient:in Anzahl der Patient:innen mit Medikamenten Kosten für Medikamente je Patient:in gesamt Kosten für verschriebene Medikamente je Patient:in

Tabelle 42: Grundlage für Indikator 14 - Folgekosten

Nachfolgend werden die Ergebnisse pro Kennzahl dargestellt, am Ende das Gesamtergebnis (siehe S. 143).

¹³ Anmerkungen:

- Besuche bei Wahlärzt:innen sind nur dann berücksichtigt, wenn dafür im Untersuchungszeitraum eine Kostenrückerstattung erfolgt ist.
- Die vollständige Abbildung der Besuche in Spitalsambulanzen in den Daten der Sozialversicherung ist nicht sichergestellt. Dies betrifft vor allem die Anzahl der Kontakte.

4.15.1. ANZAHL STATIONÄRE PFELEGETAGE JE PATIENT:IN MIT SPITALSAUFENTHALT

Die durchschnittliche Anzahl stationärer Pflegetage je Stammpatient:in B mit Spitalsaufenthalt unterscheidet sich in den Originaldaten sowie altersstandardisiert über die Jahre wenig und lag in den PVE immer leicht über jener der Kontrollgruppen (siehe Abbildung 154).

Im Jahre 2021 lag die durchschnittliche Anzahl an stationären Pflegetagen je Stammpatient:in B nach erfolgter Altersstandardisierung in der PVE bei 11,8, in den Kontrollgruppen bei 10,8 (siehe Abbildung 155).

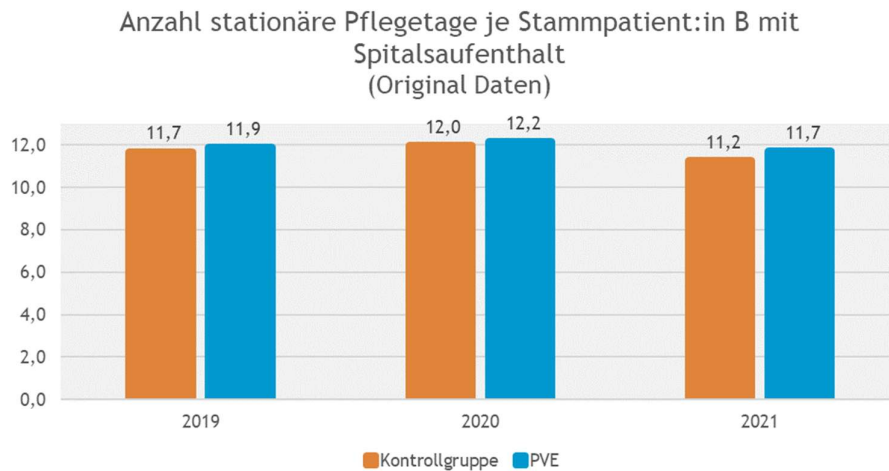


Abbildung 154: Anzahl stationäre Pflegetage je Stammpatient:in B mit Spitalsaufenthalt - Original Daten

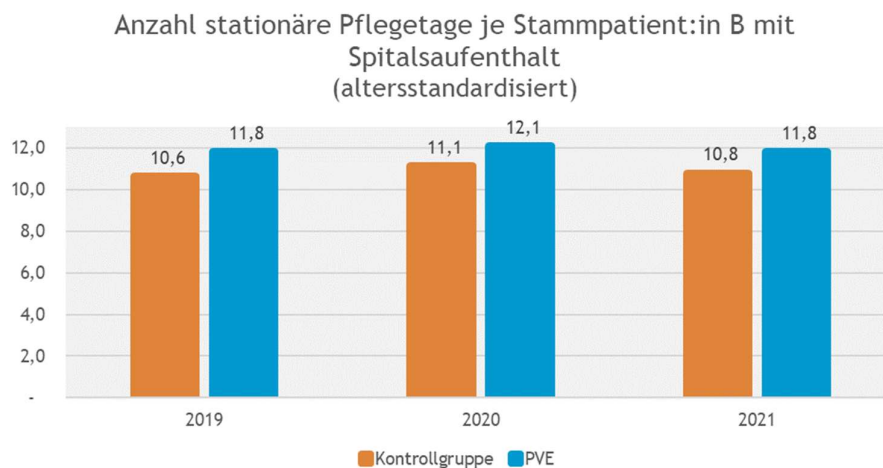
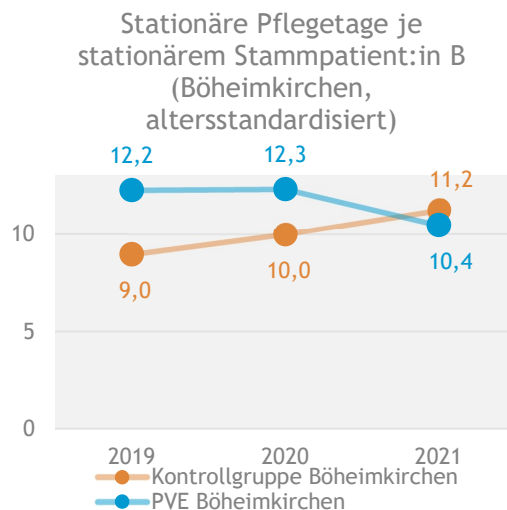


Abbildung 155: Anzahl stationäre Pflegetage je Stammpatient:in B mit Spitalsaufenthalt - altersstandardisiert

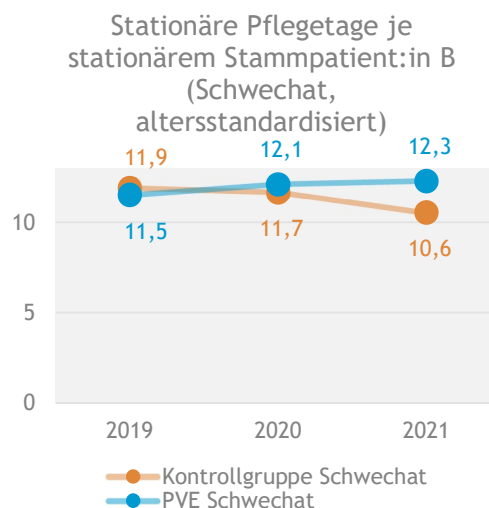
In der PVE Böheimkirchen lag die Anzahl stationärer Pflēgetage je Stammpatient:in B mit Spitalsaufenthalt altersstandardisiert mit 10,4 im Jahr 2021 im Vergleich mit allen PVE am niedrigsten und gleichzeitig unter der Anzahl in der Kontrollgruppe (11,2). In den Jahren davor lag der Wert jeweils über jenem der Kontrollgruppe (siehe Abbildung 156).

Abbildung 156: Stationäre Pflēgetage je Stammpatient:in B in Böheimkirchen, altersstandardisiert



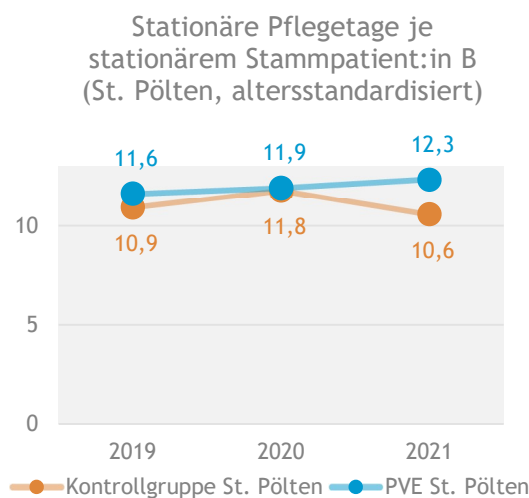
Die PVE Schwechat verzeichnete altersstandardisiert im Jahr 2021 12,3 stationäre Pflēgetage je Stammpatient:in B mit Spitalsaufenthalt. Dieser Wert lag höher als bei der Kontrollgruppe (10,6), während die Anzahl 2019 noch unter jener der Kontrollgruppe lag (siehe Abbildung 157).

Abbildung 157: Stationäre Pflēgetage je Stammpatient:in B in Schwechat, altersstandardisiert



Die PVE Schwechat verzeichnete altersstandardisiert im Jahr 2021 12,3 stationäre Pflēgetage je Stammpatient:in B mit Spitalsaufenthalt. Dieser Wert lag – wie in den Vorjahren – höher als in der Kontrollgruppe (10,6) (siehe Abbildung 158).

Abbildung 158: Stationäre Pflēgetage je Stammpatient:in B in St. Pölten, altersstandardisiert



Die Zahlen für die Stammpatient:innen A sowie alle Patient:innen unterscheiden sich kaum von den Stammpatient:innen B.

4.15.2. ANZAHL STATIONÄRE PFLEGETAGE JE PATIENT:IN

Auch die durchschnittliche Anzahl stationärer Pflegetage je Stammpatient:in B (alle Stammpatient:innen B) unterscheidet sich in den Originaldaten sowie altersstandardisiert in den PVE und den Kontrollgruppen über die Jahre wenig und lag in den PVE immer leicht über jener der Kontrollgruppen (siehe Abbildung 159).

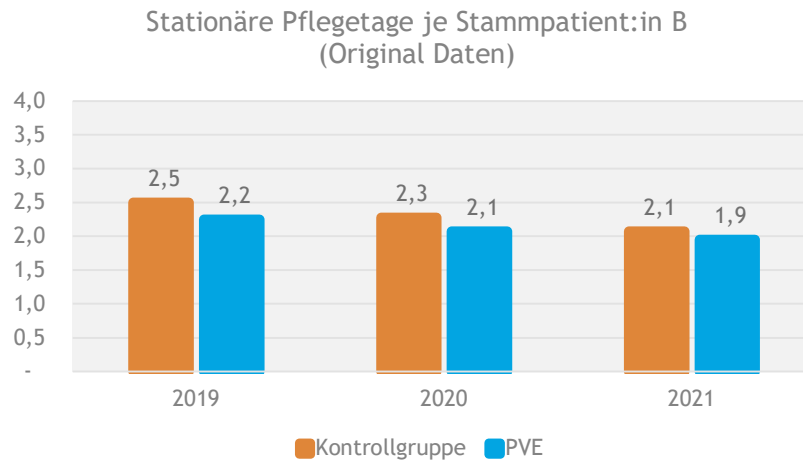


Abbildung 159: Stationäre Pflegetage je Stammpatient:in B - Original Daten

Im Jahr 2021 lag die Anzahl der stationären Pflegetage je Stammpatient:in B bei altersstandardisierten Daten in der PVE bei 2,0, während die Kontrollgruppe 1,7 Pflegetage aufwies. Alle Vergleichswerte verhielten sich seit dem Jahr 2019 leicht rückläufig (siehe Abbildung 160).

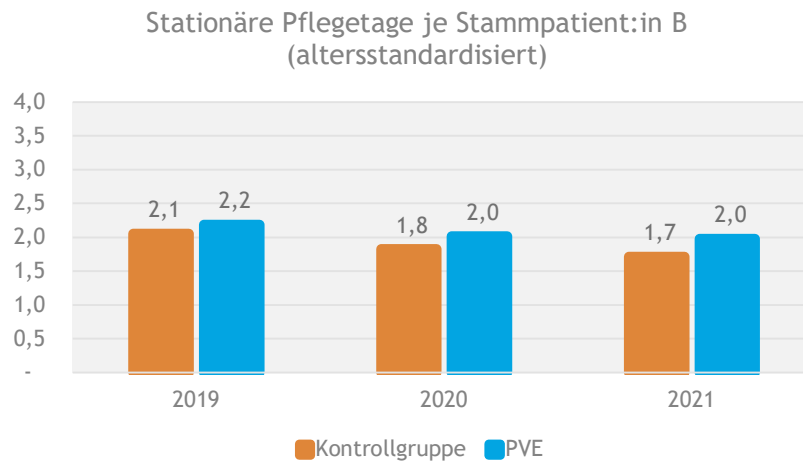


Abbildung 160: Stationäre Pflegetage je Stammpatient:in B - altersstandardisiert

Bei Betrachtung der stationären Pflegetage der Stammpatient:innen A zeigt sich altersstandardisiert für das Jahr 2021 mit 1,7 ein leicht höherer Wert bei den PVE als mit 1,6 bei den Kontrollgruppen. Es zeigt sich insgesamt ein leicht rückläufiger Trend, sowohl bei den PVE als auch bei den Kontrollgruppen.

Auch bei der Betrachtung stationärer Pflegetage aller Patient:innen zeigt sich altersstandardisiert für das Jahr 2021 ein Unterschied zwischen den beiden Gruppen (1,9 PVE vs. 1,7 KTGR). Auch hier zeigt sich bei allen Gruppen ein rückläufiger Trend.

4.15.3. ANTEIL PATIENT:INNEN MIT MINDESTENS EINEM TRANSPORT

Der Anteil der Stammpatient:innen B mit mindestens einem Transport ist in allen Gruppen seit 2019 gestiegen und lag nach erfolgter Altersstandardisierung im Jahr 2021 in den PVE etwas über dem Anteil in den Kontrollgruppen (2,6 % PVE vs. 2,1 % KTGR) (siehe Abbildung 161 und Abbildung 162).

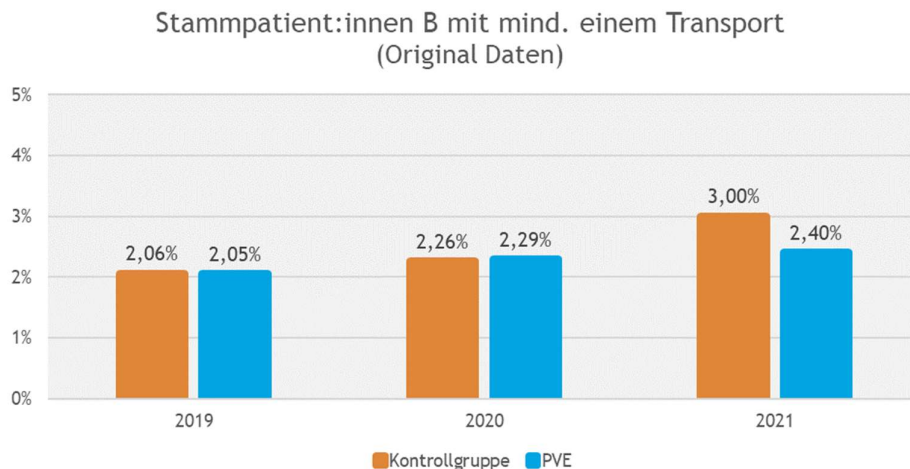


Abbildung 161: Stammpatient:innen B mit min. einem Transport - Original Daten

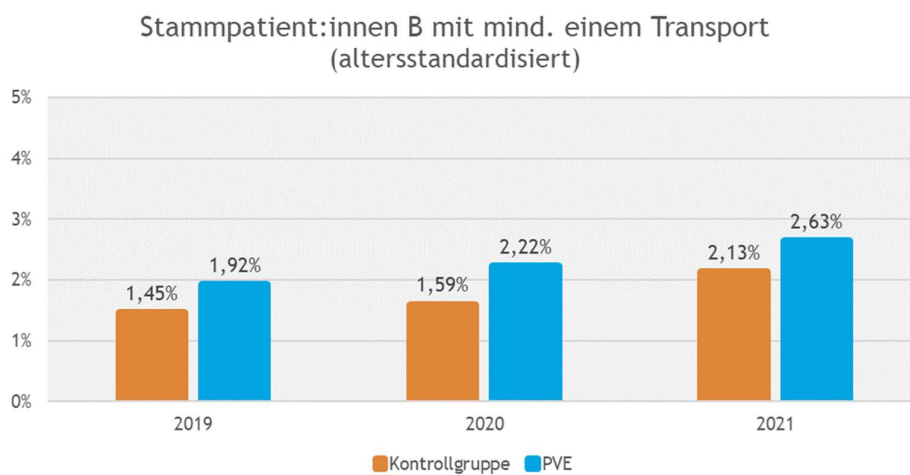
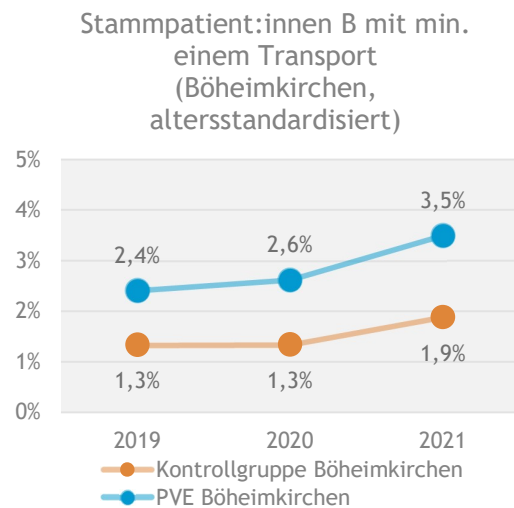


Abbildung 162: Stammpatient:innen B mit min. einem Transport - altersstandardisiert

Die Betrachtung der einzelnen Standorte zeigt ein heterogenes Bild.

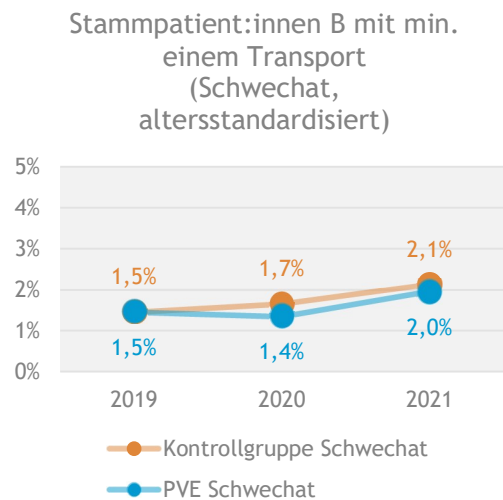
In der PVE Böheimkirchen lag der Anteil Stammpatient:innen B mit min. einem Transport altersstandardisiert mit 3,5 % im Jahr 2021 im Vergleich mit allen PVE am höchsten und in allen Betrachtungsjahren deutlich über dem Anteil der Kontrollgruppe (1,9 %) (siehe Abbildung 163).

Abbildung 163: Stammpatient:innen B mit min. einem Transport in Böheimkirchen - altersstandardisiert



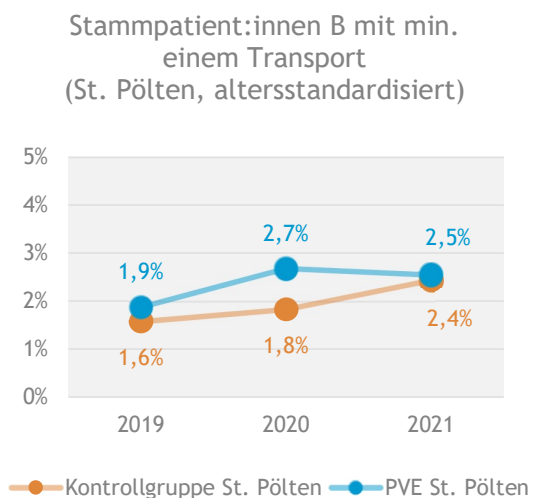
Mit altersstandardisiert 2,0 % Stammpatient:innen B mit min. einem Transport verzeichnete die PVE Schwechat im Vergleich mit den anderen PVE den niedrigsten Anteil und lag in allen Vergleichsjahren knapp unter oder gleichauf mit den Anteilen der Kontrollgruppe (2021: 2,1 %) (siehe Abbildung 164).

Abbildung 164: Stammpatient:innen B mit min. einem Transport in Schwechat - altersstandardisiert



Mit altersstandardisiert 2,5 % Stammpatient:innen B mit min. einem Transport lag die PVE St. Pölten im Vergleich mit den anderen PVE im Mittelfeld und in allen Vergleichsjahren über den Anteilen der Kontrollgruppe (2021: 2,4 %) (siehe Abbildung 165).

Abbildung 165: Stammpatient:innen B mit min. einem Transport in St. Pölten - altersstandardisiert



Bei Betrachtung der Stammpatient:innen A mit min. einem Transport zeigt sich altersstandardisiert für das Jahr 2021 mit 2,4 % ein etwas höherer Anteil bei den PVE als mit 2,1 % bei den Kontrollgruppen. Auch hier zeigte sich in allen Gruppen ein steigender Trend, sowohl bei den PVE als auch bei den Kontrollgruppen.

Bei Betrachtung aller Patient:innen mit min. einem Transport lag der Anteil in den PVE (1,3 %) im Jahr 2021 altersstandardisiert unter dem Anteil der Kontrollgruppen (2,0 %).

4.15.4. ANZAHL TRANSPORTE JE PATIENT:IN

Die durchschnittliche Anzahl der Transporte (mit der überweisenden Stelle PVE bzw. Kontrollgruppe) je Stammpatient:in B variiert stark und lag 2021 in den PVE sowohl in den Originaldaten als auch nach altersstandardisierter Auswertung unter jener in den Kontrollgruppen (2021 altersstandardisiert: 1,7 PVE vs. 2,4 KTGR) (siehe Abbildung 166 und Abbildung 167).

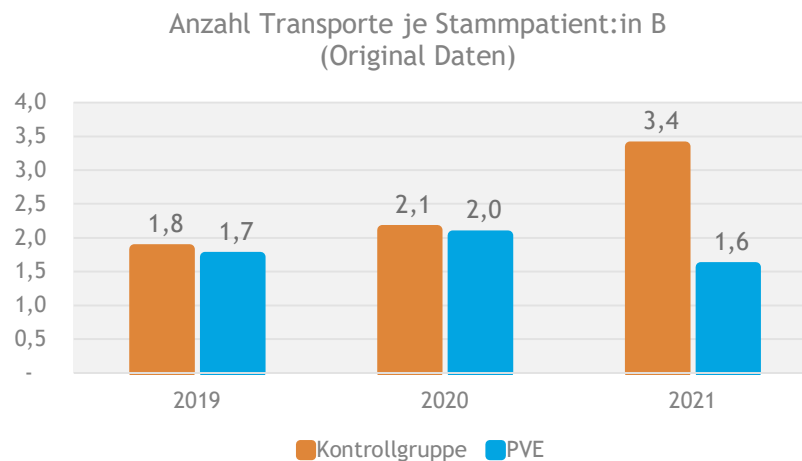


Abbildung 166: Anzahl Transporte je Stammpatient:in B - Original Daten

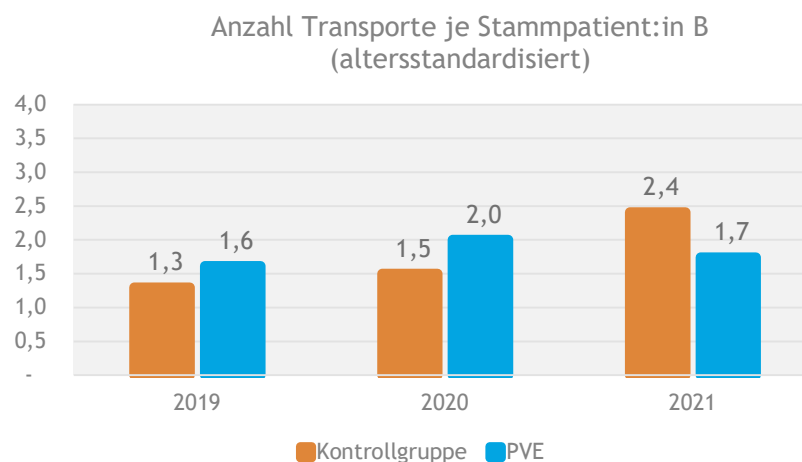
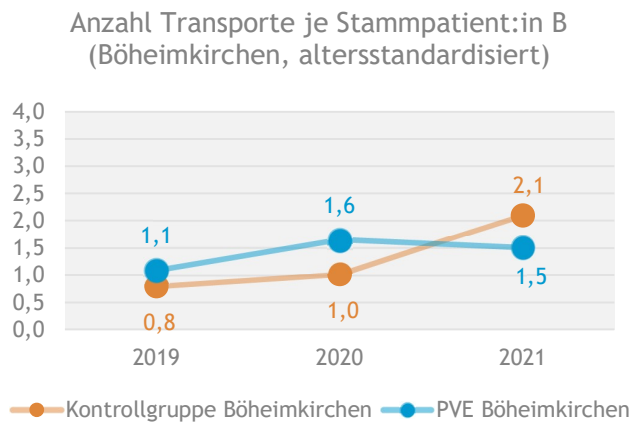


Abbildung 167: Anzahl Transporte je Stammpatient:in B - altersstandardisiert

Die Betrachtung der einzelnen Standorte zeigt sich ein interessantes Bild, da die Anzahl der Transporte je Stammpatient:in B bis zum Jahr 2021 in allen Kontrollgruppen stark angestiegen ist.

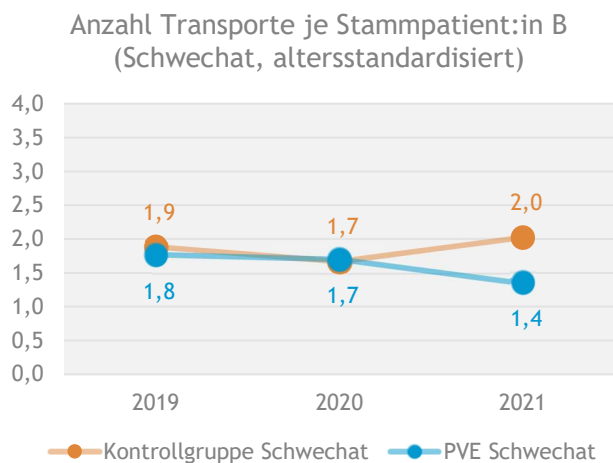
In der PVE Böheimkirchen lag die Anzahl Transporte je Stammpatient:in B altersstandardisiert mit 1,5 im Jahr 2021 im Vergleich mit allen PVE im Mittelfeld. Die Betrachtung der Entwicklung über die Jahre lässt allerdings keine eindeutige Aussage zu - abgesehen von der starken Steigerung in der Kontrollgruppe im Jahr 2021 (2,1) (siehe Abbildung 168).

Abbildung 168: Anzahl Transporte je Stammpatient:in B - PVE Böheimkirchen - altersstandardisiert



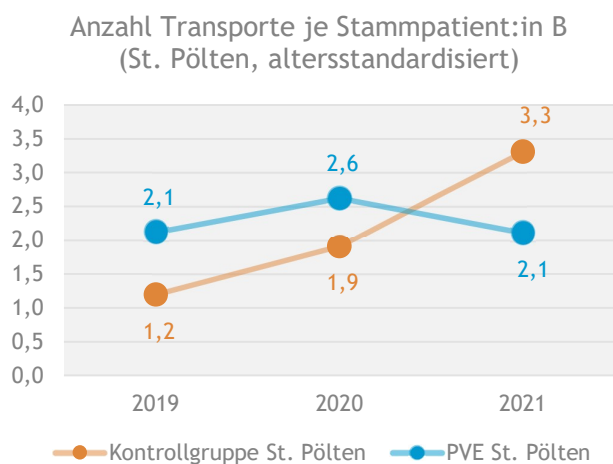
Mit altersstandardisiert 1,4 Transporten je Stammpatient:in B verzeichnete die PVE Schwechat bei den PVE den niedrigsten Anteil und lag im Jahr 2021 unter der durchschnittlichen Anzahl in der Kontrollgruppe (2,0). Auch hier lässt die Entwicklung über die Jahre - abgesehen von einer Steigerung in der Kontrollgruppe im Jahr 2021 - keine eindeutige Aussage zu (siehe Abbildung 169).

Abbildung 169: Anzahl Transporte je Stammpatient:in B - PVE Schwechat - altersstandardisiert



Mit altersstandardisiert 2,1 Transporten je Stammpatient:in B verzeichnete die PVE St. Pölten bei den PVE den höchsten Anteil und lag gleichzeitig unter dem Wert der Kontrollgruppe (3,3) im Jahr 2021. Jedoch lässt auch hier die starke Steigerung der Anzahl in der Kontrollgruppe im Jahr 2021 keine eindeutige Aussage über die Jahresentwicklung zu (siehe Abbildung 170).

Abbildung 170: Anzahl Transporte je Stammpatient:in B - PVE St. Pölten - altersstandardisiert



Auch bei Betrachtung der Anzahl Transporte je Stammpatient:in A zeigte sich altersstandardisiert für das Jahr 2021 mit 2,3 ein höherer Anteil bei den Kontrollgruppen als mit 1,5 bei den PVE. Es hier zeigt sich insbesondere im Jahr 2021 ein starker Anstieg bei der Kontrollgruppe.

Bezüglich der Anzahl der Transporte von allen Patient:innen zeigte sich altersstandardisiert für das Jahr 2021 eine höhere Anzahl bei den Kontrollgruppen (2,9) als in den PVE (0,7).

4.15.5. ANZAHL TRANSPORTE JE PATIENT:IN MIT MINDESTENS EINEM TRANSPORT

Die durchschnittliche Anzahl an Transporten (mit der überweisenden Stelle PVE bzw. Kontrollgruppe) je Stammpatient:in B mit min. einem Transport stieg – mit Ausnahme des Jahres 2021 – in allen Gruppen leicht und lag auch nach erfolgter Altersstandardisierung in den PVE unter der Anzahl in den Kontrollgruppen (2021 altersstandardisiert: 66 PVE vs. 113 KTGR) (siehe Abbildung 171 und Abbildung 172).

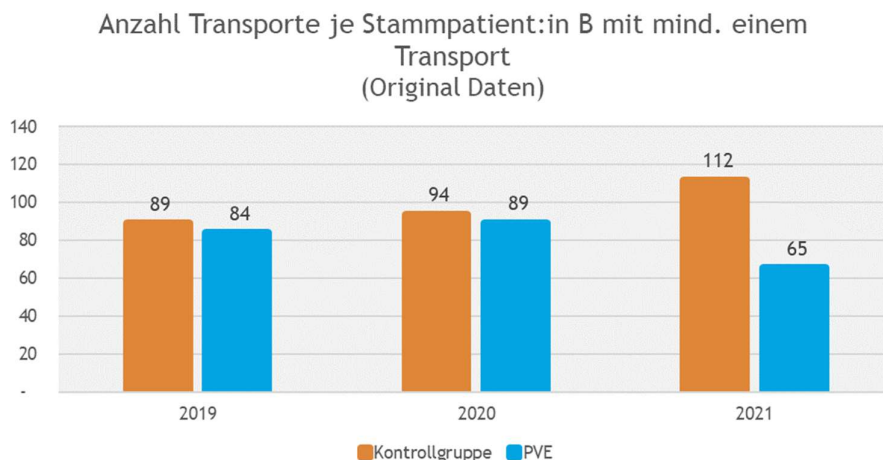


Abbildung 171: Anzahl Transporte je Stammpatient:in B mit min. einem Transport - Original Daten

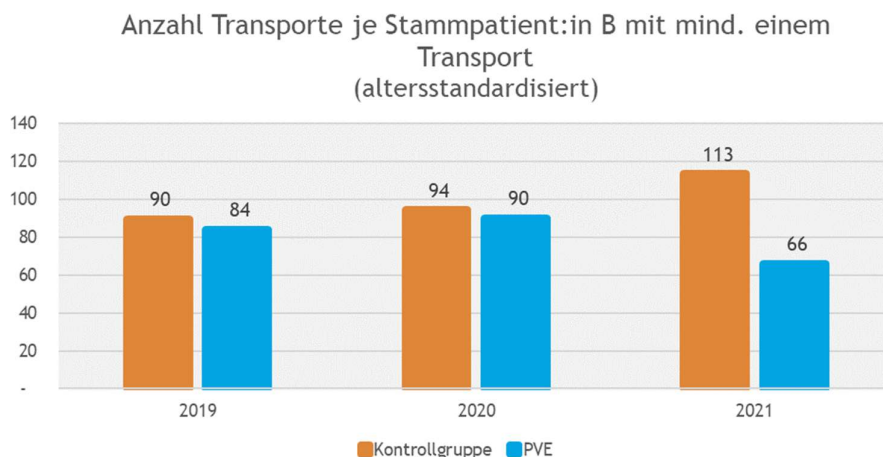
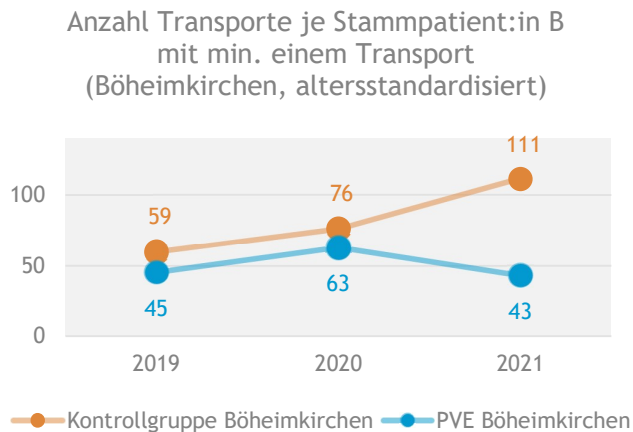


Abbildung 172: Anzahl Transporte je Stammpatient:in B mit min. einem Transport - altersstandardisiert

Die Betrachtung der einzelnen Standorte zeigt kein einheitliches Bild.

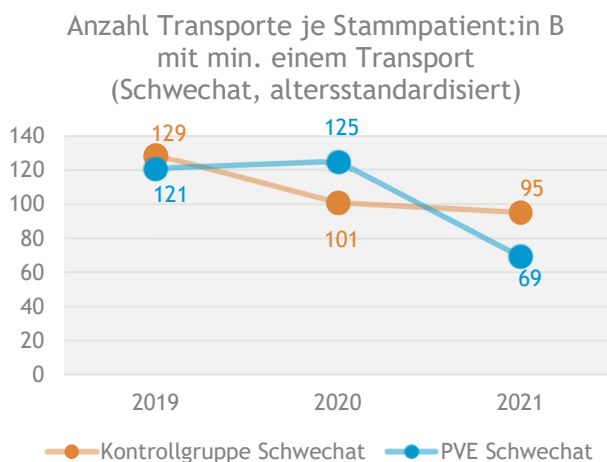
In der PVE Böheimkirchen war 2021 die Anzahl der Transporte je Stammpatient:in B mit min. einem Transport altersstandardisiert mit 43 im Vergleich mit allen PVE am niedrigsten. Die Anzahl lag in allen Jahren unter der durchschnittlichen Anzahl der Kontrollgruppe (2021: 111), deren Zahlen seit 2019 kontinuierlich gestiegen sind (siehe Abbildung 173).

Abbildung 173: Anzahl Transporte je Stammpatient:in B mit min. einem Transport - PVE Böheimkirchen



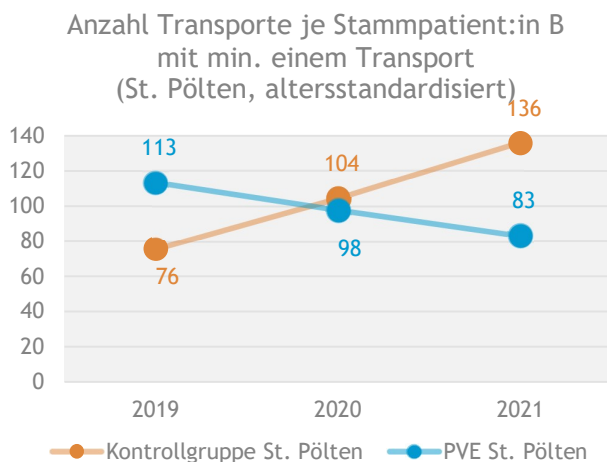
Mit altersstandardisiert 69 Transporten je Stammpatient:in B mit min. einem Transport lag die PVE Schwechat im Jahr 2021 bei den PVE im Mittelfeld und unter der durchschnittlichen Anzahl in der Kontrollgruppe (95) (siehe Abbildung 174).

Abbildung 174: Anzahl Transporte je Stammpatient:in B mit min. einem Transport - PVE Schwechat



Mit altersstandardisiert 83 durchschnittlichen Transporten je Stammpatient:in B mit min. einem Transport lag die PVE St. Pölten 2021 bei den PVE am höchsten, jedoch gleichzeitig unter dem Wert in der Kontrollgruppe (136). Auffällig ist die starke Steigerung in der Kontrollgruppe seit 2019, während die Zahlen der PVE kontinuierlich gesunken sind (siehe Abbildung 175).

Abbildung 175: Anzahl Transporte je Stammpatient:in B mit min. einem Transport - PVE St. Pölten



Auch bei Betrachtung der Anzahl Transporte je Stammpatient:in A mit min. einem Transport zeigt sich altersstandardisiert für das Jahr 2021 mit 111 ein höherer Anteil in den Kontrollgruppen als mit 63 für die PVE. Der starke Anstieg bei der Kontrollgruppe von 2019 bis 2021 ist auf die Kontrollgruppen Böhmekirchen und St. Pölten zurückzuführen.

Auch bezüglich der Anzahl der Transporte von allen Patient:innen mit min. einem Transport zeigte sich altersstandardisiert für das Jahr 2021 eine deutlich höhere Anzahl bei den Kontrollgruppen (108) als in den PVE (55). Auch hier ist der Anstieg bei der Kontrollgruppe von 2019 bis 2021 auf die Kontrollgruppen Böhmekirchen und St. Pölten zurückzuführen.

4.15.6. FACHÄRZTLICHE KOSTEN PRO PATIENT:IN

Die durchschnittlichen Kosten für Fachärzt:innen pro Stammpatient:in B lagen in den PVE in den Jahren 2019 und 2020 altersstandardisiert leicht unter den durchschnittlichen Kosten in den Kontrollgruppen (siehe Abbildung 176).

Im Jahr 2021 war altersstandardisiert kein Unterschied zwischen den Kosten der PVE und der Kontrollgruppen erkennbar (€ 276,-) (siehe Abbildung 177).

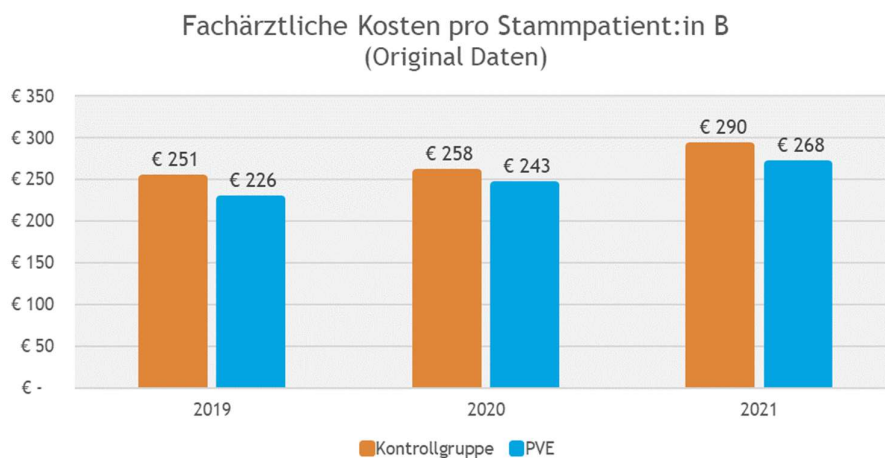


Abbildung 176: Fachärztliche Kosten pro Stammpatient:in B - Original Daten

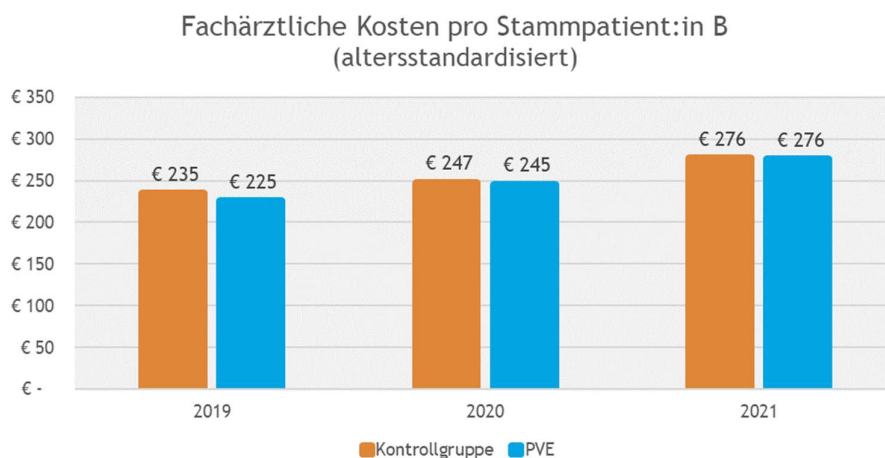
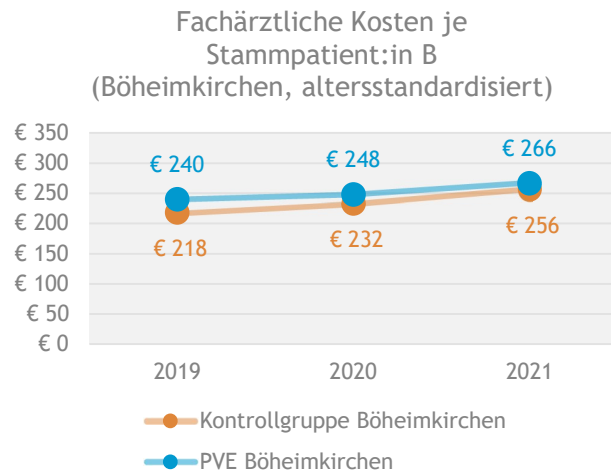


Abbildung 177: Fachärztliche Kosten pro Stammpatient:in B - altersstandardisiert

Die Betrachtung der einzelnen Standorte zeigt für alle Standorte einen Anstieg der fachärztlichen Kosten.

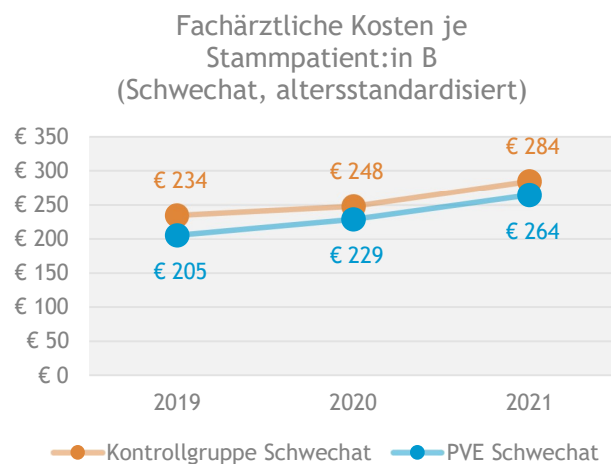
In der PVE Böheimkirchen lagen die fachärztlichen Kosten je Stammpatient:in B altersstandardisiert mit € 266 im Jahr 2021 im Vergleich mit allen PVE im Mittelfeld und leicht über den Kosten je Stammpatient:in B der Kontrollgruppe (€ 256) (siehe Abbildung 178). Die durchschnittlichen fachärztlichen Kosten der Stammpatient:innen A und aller Patient:innen lagen für die PVE Böheimkirchen in allen Betrachtungsjahren unter oder gleichauf mit jenen der Kontrollgruppe.

Abbildung 178: Fachärztliche Kosten je Stammpatient:in B - PVE Böheimkirchen - altersstandardisiert



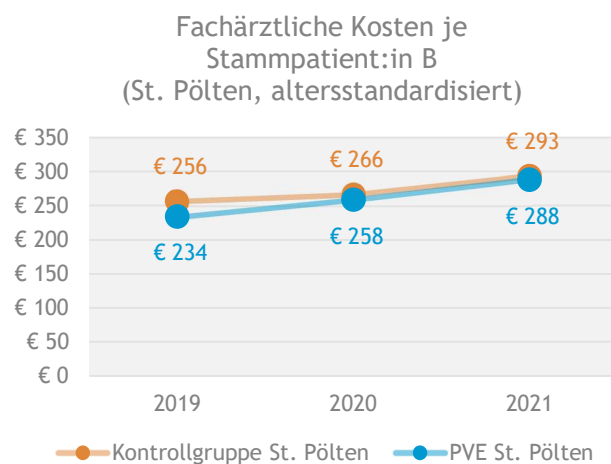
Mit altersstandardisiert € 264 fachärztlichen Kosten je Stammpatient:in B wurden in der PVE Schwechat bei den PVE 2021 die niedrigsten Kosten verzeichnet. Diese lagen in allen Jahren unter den durchschnittlichen Kosten der Kontrollgruppe (2021: € 284) (siehe Abbildung 179). Auch für die Stammpatient:innen A und alle Patient:innen lagen die durchschnittlichen fachärztlichen Kosten in der PVE Schwechat deutlich unter jenen der Kontrollgruppe.

Abbildung 179: Fachärztliche Kosten je Stammpatient:in B - PVE Schwechat - altersstandardisiert



Mit altersstandardisiert € 288 durchschnittlichen fachärztlichen Kosten je Stammpatient:in B lag die PVE St. Pölten im Jahr 2021 bei den PVE am höchsten, jedoch gleichzeitig knapp unter dem Wert der Kontrollgruppe (€ 293) (siehe Abbildung 180). Die durchschnittlichen fachärztlichen Kosten der Stammpatient:innen A und aller Patient:innen lag für die PVE St. Pölten in allen Betrachtungsjahren unter oder gleichauf mit jenen der Kontrollgruppe.

Abbildung 180: Fachärztliche Kosten je Stammpatient:in B - PVE St. Pölten - altersstandardisiert



Bei Betrachtung der fachärztlichen Kosten je Stammpatient:in A zeigt sich altersstandardisiert für das Jahr 2021 mit € 265 ein höherer Wert in den Kontrollgruppen als mit € 233 in den PVE (siehe Abbildung 181). Die fachärztlichen Kosten je Stammpatient:in A der PVE lagen in allen Betrachtungsjahren unter den Kosten der Kontrollgruppen. Für alle Standorte und alle Jahre gilt, dass die Kosten der PVE unter oder gleichauf mit jenen der Kontrollgruppe lagen und seit dem Jahr 2019 angestiegen sind.

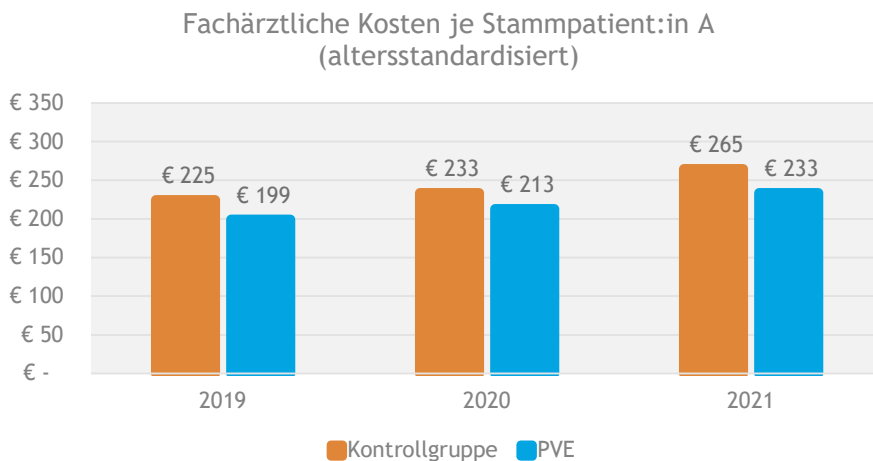


Abbildung 181: Fachärztliche Kosten je Stammpatient:in A - altersstandardisiert

Auch bezüglich der fachärztlichen Kosten von allen Patient:innen zeigen sich altersstandardisiert für das Jahr 2021 leicht höhere fachärztliche Kosten bei den Kontrollgruppen (€ 266) als in den PVE (€ 257). Hier ist seit dem Jahr 2019 ein Anstieg zu beobachten. Auch für alle Patient:innen gilt, dass die fachärztlichen Kosten der PVE unter oder gleichauf mit jenen der Kontrollgruppe lagen (siehe Abbildung 182).

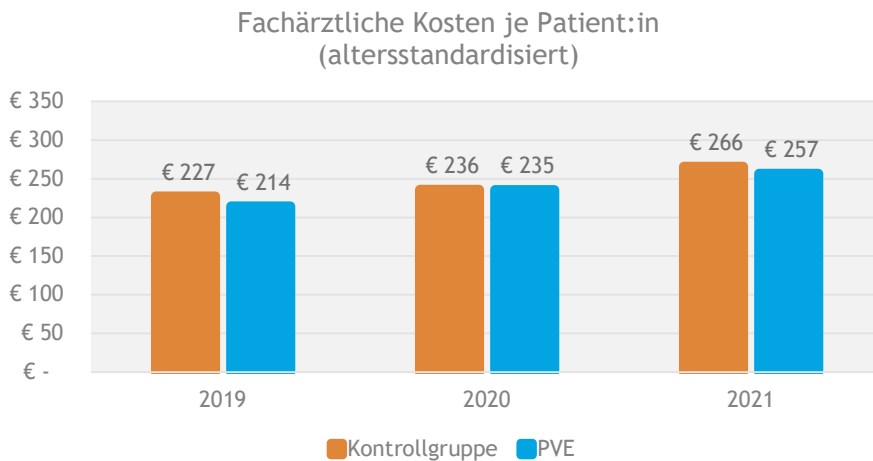


Abbildung 182: Fachärztliche Kosten je Patient:in - altersstandardisiert

4.15.7. ANTEIL DER PATIENT:INNEN MIT MEDIKAMENTEN

Der Anteil an Stammpatient:innen B mit Medikation (verordnet von der PVE bzw. Kontrollgruppe; siehe auch Limitationen in Kapitel 5) sank über die Jahre und lag in den PVE (51 %) im Jahr 2021 auch nach erfolgter Altersstandardisierung deutlich unter dem Anteil der Kontrollgruppen (72 %) (siehe Abbildung 183 und Abbildung 184).

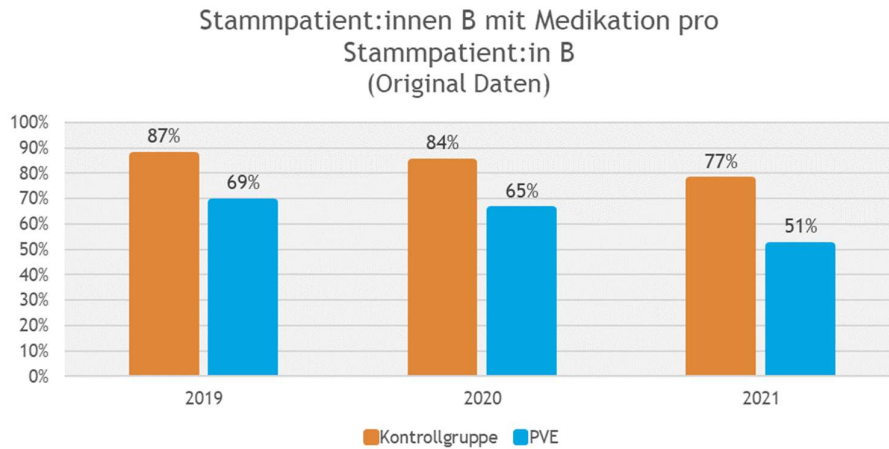


Abbildung 183: Stammpatient:innen B mit Medikation pro Stammpatient:in B - Original Daten

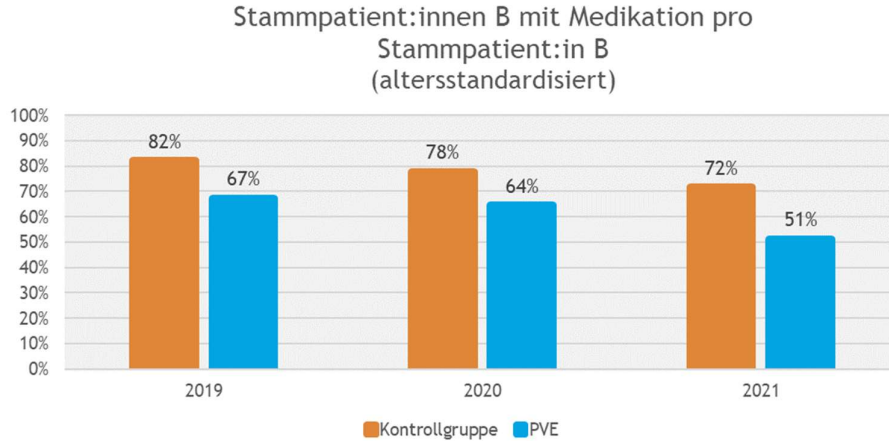
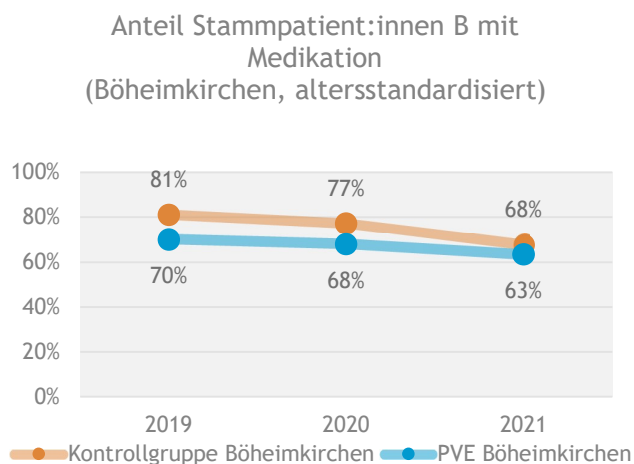


Abbildung 184: Stammpatient:innen B mit Medikation pro Stammpatient:in B - altersstandardisiert

Auch bei Betrachtung der einzelnen Standorte zeigt sich, dass die Anteile der Stammpatient:innen B mit Medikation in allen Betrachtungsjahren in allen PVE durchwegs (teils deutlich) geringer lagen als in der Kontrollgruppe.

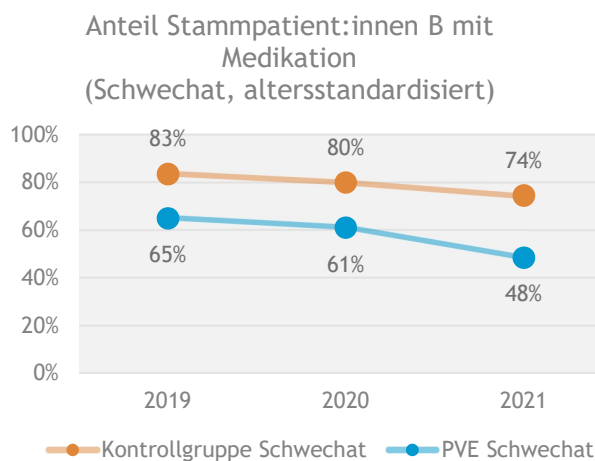
In der PVE Böhheimkirchen lag der Anteil der Stammpatient:innen B mit Medikation altersstandardisiert im Jahr 2021 mit 63 % im Vergleich mit allen PVE am höchsten, jedoch gleichzeitig knapp unter dem Anteil in der Kontrollgruppe (68 %) (siehe Abbildung 185). Bei Betrachtung aller Patient:innen lag der altersstandardisierte Anteil der Patient:innen mit Medikation im Jahr 2021 in der PVE Böhheimkirchen bei 46 %, im gleichen Jahr in der Kontrollgruppe bei 62 %.

Abbildung 185: Anteil Stammpatient:innen B mit Medikation - Böhheimkirchen, altersstandardisiert



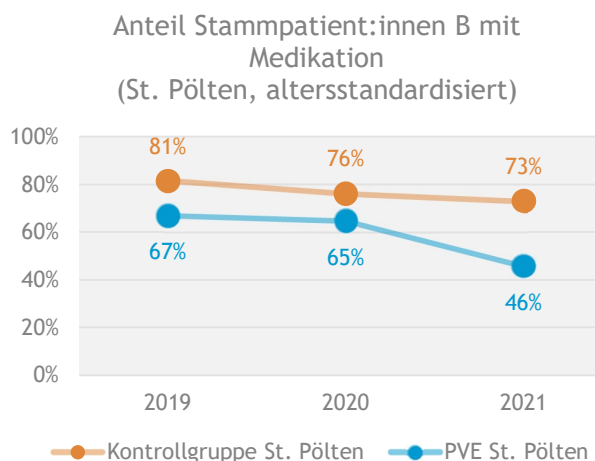
Mit altersstandardisiert 48 % Stammpatient:innen B mit Medikation lag die PVE Schwechat bei den PVE 2021 im Mittelfeld und deutlich unter dem Anteil der Kontrollgruppe (74 %) (siehe Abbildung 186). Bei Betrachtung aller Patient:innen lag der altersstandardisierte Anteil der Patient:innen mit Medikation im Jahr 2021 in der PVE Schwechat bei 31 %, im gleichen Jahr in der Kontrollgruppe mit 68 % mehr als doppelt so hoch.

Abbildung 186: Anteil Stammpatient:innen B mit Medikation - Schwechat, altersstandardisiert



Mit altersstandardisiert 46 % Stammpatient:innen B mit Medikation verzeichnete die PVE St. Pölten im Jahr 2021 den niedrigsten Anteil im Vergleich mit den anderen PVE und lag damit deutlich unter dem Anteil der Kontrollgruppe (73 %) (siehe Abbildung 187). Bei Betrachtung aller Patient:innen lag der altersstandardisierte Anteil der Patient:innen mit Medikation im Jahr 2021 in der PVE St. Pölten bei 21 %, im gleichen Jahr in der Kontrollgruppe mit 65 % mehr als drei Mal so hoch.

Abbildung 187: Anteil Stammpatient:innen B mit Medikation - St. Pölten, altersstandardisiert



Diese Differenzen zeigen sich noch deutlicher bei den Stammpatient:innen A, wobei hier im Jahr 2021 altersstandardisiert in der Kontrollgruppe 67 % der Stammpatient:innen A Medikamente erhielten, in den PVE nur 41 %. In allen Jahren lagen die Anteile aller PVE (teils deutlich) unter jenen der Kontrollgruppe.

Für alle Patient:innen lag der Anteil der Patient:innen mit Medikation in den PVE nochmals deutlich unter der Kontrollgruppe. Im Jahr 2021 erhielten altersstandardisiert 65 % der Patient:innen der Kontrollgruppe Medikamente, aber nur 27 % in den PVE. Auch hier lagen in allen Jahren die Anteile aller PVE deutlich unter jenen der Kontrollgruppe.

4.15.8. GESAMTE MEDIKAMENTENKOSTEN JE PATIENT:IN

Die durchschnittlichen Medikamentenkosten pro Stammpatient:in B – unabhängig von der verordnenden Stelle – lagen auch nach erfolgter Altersstandardisierung im Jahr 2021 in den Kontrollgruppen (€ 873) deutlich über jenen in den PVE (€ 615). Die durchschnittlichen Medikamentenkosten pro Stammpatient:in B stiegen in beiden Gruppen über die Jahre (siehe Abbildung 188 und Abbildung 189).

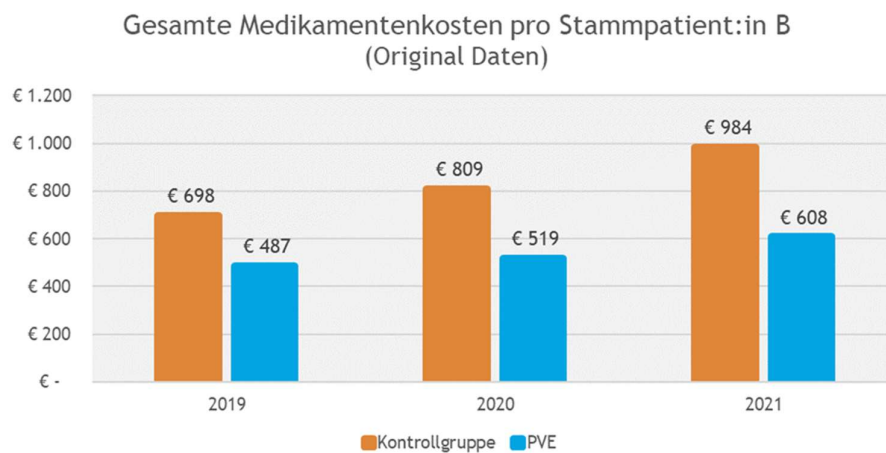


Abbildung 188: Gesamte Medikamentenkosten pro Stammpatient:in B - Original Daten

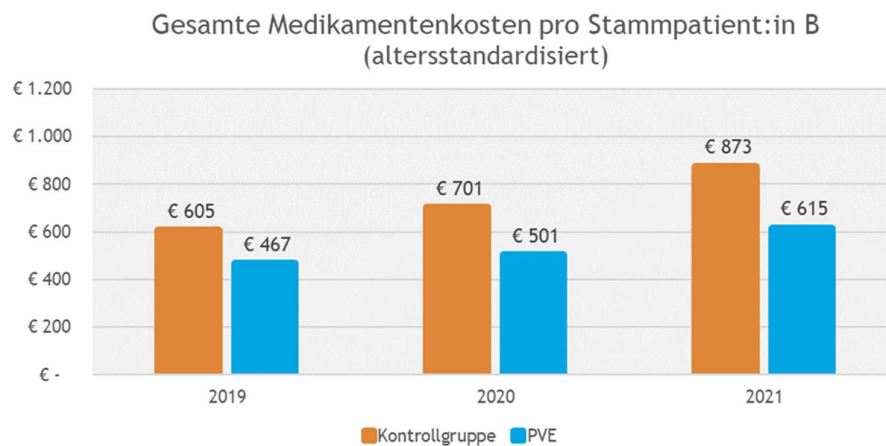
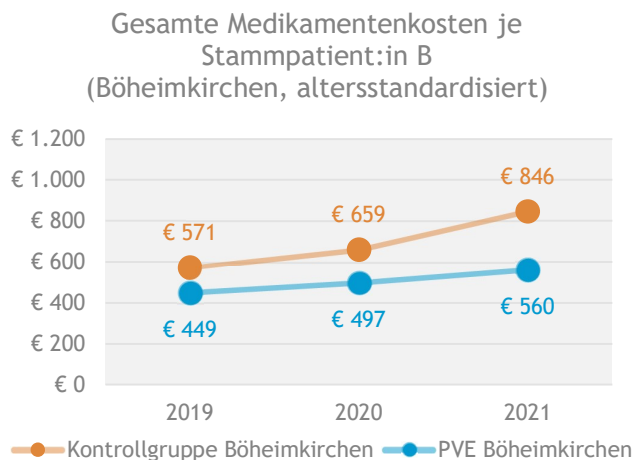


Abbildung 189: Gesamte Medikamentenkosten pro Stammpatient:in B - altersstandardisiert

Auch bei Betrachtung der einzelnen Standorte zeigt sich, dass die gesamten Medikamentenkosten je Stammpatient:in B in allen Betrachtungsjahren in allen PVE durchwegs unter den Kontrollgruppen lagen.

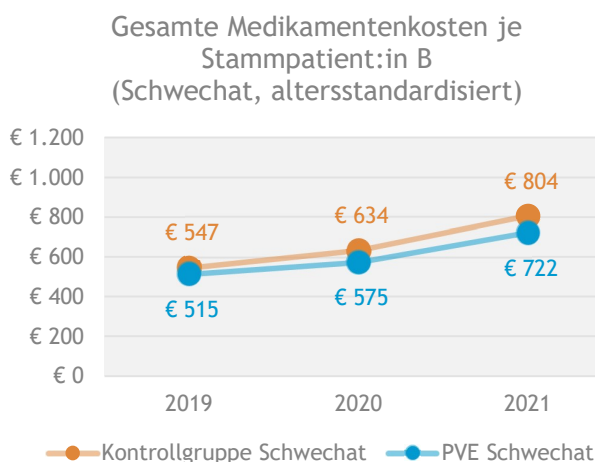
In der PVE Böheimkirchen waren die gesamten Medikamentenkosten je Stammpatient:in B altersstandardisiert im Jahr 2021 mit € 560 im Vergleich mit allen PVE am niedrigsten und gleichzeitig deutlich unter jenen in der Kontrollgruppe (€ 846) (siehe Abbildung 190). Bei Betrachtung aller Patient:innen lagen die altersstandardisierten Medikamentenkosten je Patient:in im Jahr 2021 in der PVE Böheimkirchen bei € 534, im gleichen Jahr in der Kontrollgruppe bei € 812.

Abbildung 190: Gesamte Medikamentenkosten je Stammpatient:in B - Böheimkirchen, altersstandardisiert



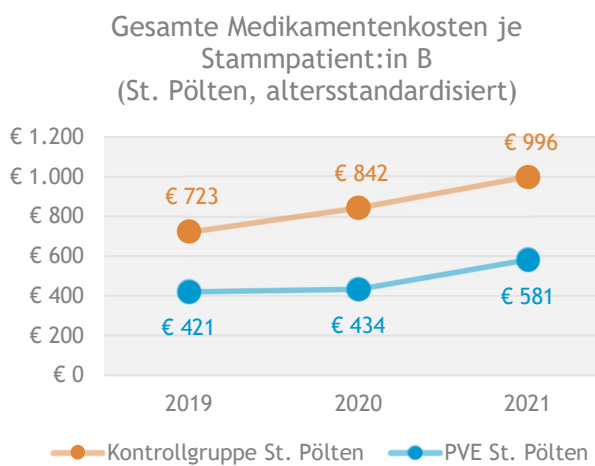
Mit € 722 Medikamentenkosten gesamt je Stammpatient:in B verzeichnete die PVE Schwechat altersstandardisiert bei den PVE 2021 den höchsten Wert und lag gleichzeitig deutlich unter dem jenem der Kontrollgruppe (€ 804) (siehe Abbildung 191). Bei Betrachtung aller Patient:innen lagen die altersstandardisierten Medikamentenkosten je Patient:in im Jahr 2021 in der PVE Schwechat bei € 777, im gleichen Jahr in der Kontrollgruppe bei € 745.

Abbildung 191: Gesamte Medikamentenkosten je Stammpatient:in B - Schwechat, altersstandardisiert



Mit € 581 gesamten Medikamentenkosten je Stammpatient:in B lag die PVE St. Pölten im Jahr 2021 altersstandardisiert im Vergleich mit den anderen PVE im Mittelfeld und damit deutlich unter dem Wert der Kontrollgruppe (€ 996) (siehe Abbildung 192). Bei Betrachtung aller Patient:innen lagen die altersstandardisierten Medikamentenkosten je Patient:in im Jahr 2021 in der PVE St. Pölten bei € 575, im gleichen Jahr in der Kontrollgruppe bei € 876.

Abbildung 192: Gesamte Medikamentenkosten je Stammpatient:in B - St. Pölten, altersstandardisiert



Diese Differenzen zeigen sich auch deutlich bei den Stammpatient:innen A, wobei hier im Jahr 2021 altersstandardisiert in der Kontrollgruppe € 808 Medikamentenkosten gesamt je Stammpatient:in A verzeichnet wurden. In den PVE wurden nur € 553 verzeichnet. Seit 2019 zeigt sich eine deutliche Steigerung der Medikamentenkosten je Stammpatient:in A und in allen Jahren lagen die Werte aller PVE teils deutlich unter jenen der Kontrollgruppe.

Auch für alle Patient:innen lagen die gesamten Medikamentenkosten je Patient:in in den PVE deutlich unter jenen der Kontrollgruppe. Im Jahr 2021 wurden altersstandardisiert € 807 Medikamentenkosten je Patient:in der Kontrollgruppe verzeichnet, aber nur € 613 in der Gruppe der PVE.

4.15.9. KOSTEN FÜR VERSCHRIEBENE MEDIKAMENTE JE PATIENT:IN

Die Kosten für verschriebene Medikamente je Stammpatient:in B sind in den PVE über die Jahre gesunken und lagen 2021 – auch nach erfolgter Altersstandardisierung – mit € 168 deutlich unter jenen in den Kontrollgruppen (€ 360) (siehe Abbildung 193 und Abbildung 194; siehe auch Limitationen in Kapitel 5).

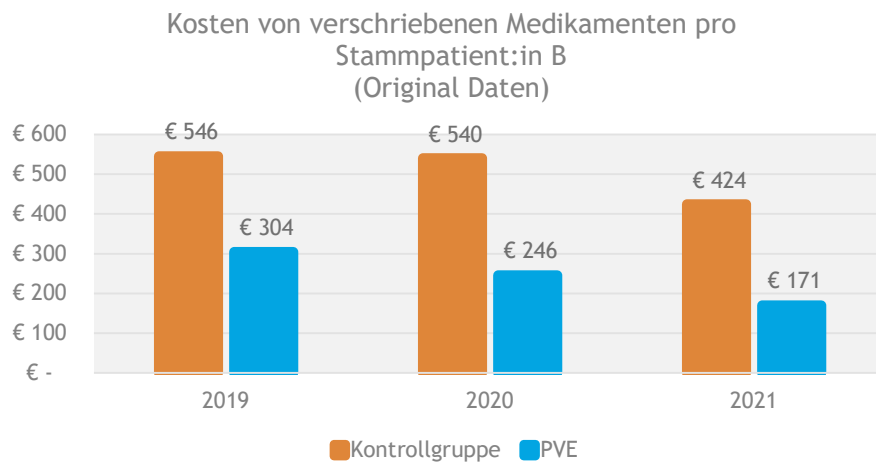


Abbildung 193: Kosten von verschriebenen Medikamenten pro Stammpatient:in B - Original Daten

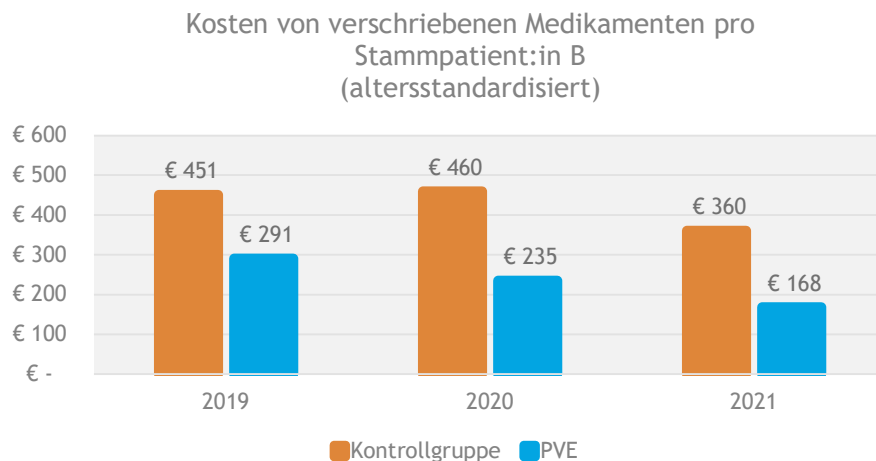


Abbildung 194: Kosten von verschriebenen Medikamenten pro Stammpatient:in B - altersstandardisiert

Auch bei Betrachtung der einzelnen Standorte zeigt sich, dass die verschriebenen Medikamentenkosten je Stammpatient:in B von 2019 bis 2021 in allen PVE durchwegs deutlich unter jenen der Kontrollgruppe lagen.

In der PVE Böheimkirchen lagen die Kosten verschriebener Medikamente je Stammpatient:in B altersstandardisiert im Jahr 2021 mit € 391 im Vergleich mit allen PVE am höchsten und gleichzeitig noch knapp unter den Kosten in der Kontrollgruppe (€ 397) (siehe Abbildung 195). Bei altersstandardisierter Betrachtung aller Patient:innen lagen die Medikamentenkosten je Patient:in im Jahr 2021 in der PVE Böheimkirchen bei € 251, im gleichen Jahr in der Kontrollgruppe bei € 355.

Abbildung 195: Kosten von verschriebenen Medikamenten je Stammpatient:in B - Böheimkirchen, altersstandardisiert

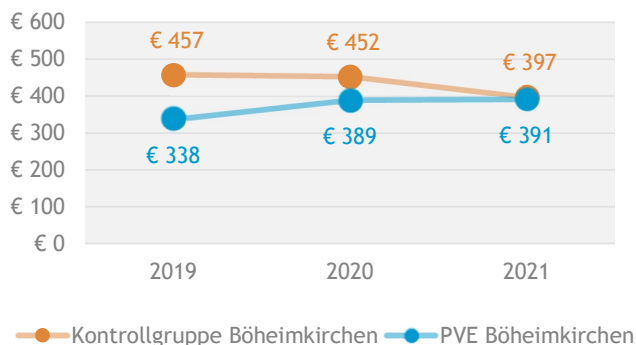
Mit altersstandardisiert € 117 Kosten für verschriebene Medikamente je Stammpatient:in B lag die PVE Schwechat 2021 bei den PVE im Mittelfeld und gleichzeitig deutlich unter den Kosten der Kontrollgruppe (€ 278) (siehe Abbildung 196). Bei altersstandardisierter Betrachtung aller Patient:innen lagen die Medikamentenkosten je Patient:in im Jahr 2021 in der PVE Schwechat bei € 64, im gleichen Jahr bei der Kontrollgruppe bei € 251.

Abbildung 196: Kosten von verschriebenen Medikamenten je Stammpatient:in B - Schwechat, altersstandardisiert

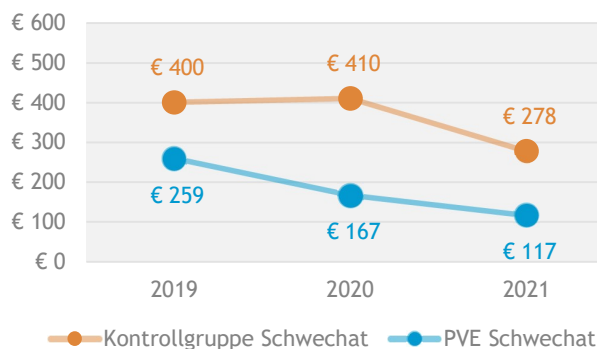
Mit altersstandardisiert € 69 Kosten für verschriebene Medikamente je Stammpatient:in B verzeichnete die PVE St. Pölten im Jahr 2021 im Vergleich mit den anderen PVE mit Abstand den niedrigsten Wert und lag damit auch deutlich unter dem Anteil der Kontrollgruppe (€ 419) (siehe Abbildung 197). Bei altersstandardisierter Betrachtung aller Patient:innen lagen die Medikamentenkosten je Patient:in im Jahr 2021 in der PVE St. Pölten bei € 22, im gleichen Jahr bei der Kontrollgruppe bei € 346.

Abbildung 197: Kosten von verschriebenen Medikamenten je Stammpatient:in B - St. Pölten, altersstandardisiert

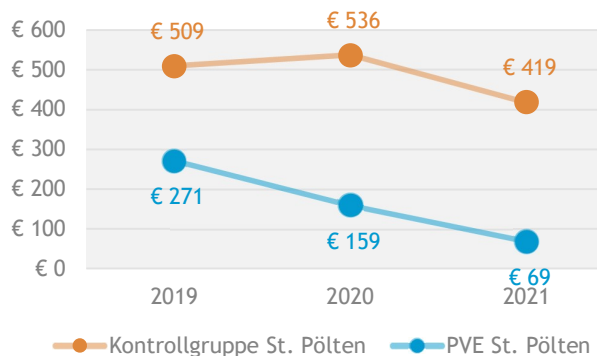
Kosten von verschriebenen Medikamenten je Stammpatient:in B (Böheimkirchen, altersstandardisiert)



Kosten von verschriebenen Medikamenten je Stammpatient:in B (Schwechat, altersstandardisiert)



Kosten von verschriebenen Medikamenten je Stammpatient:in B (St. Pölten, altersstandardisiert)



Diese Differenzen zeigen sich auch bei den Stammpatient:innen A deutlich, wobei hier im Jahr 2021 altersstandardisiert in der Kontrollgruppe € 331 Kosten für verschriebene Medikamente je Stammpatient:in A verzeichnet wurden, in den PVE nur € 131. Seit 2019 zeigt sich ein leichter Rückgang der Medikamentenkosten je Stammpatient:in A und in allen Jahren lagen die Werte aller PVE teils deutlich unter jenen der Kontrollgruppen.

Auch für die Gruppe alle Patient:innen lagen die verschriebenen Medikamentenkosten je Patient:in in den PVE deutlich unter jenen der Kontrollgruppen. Im Jahr 2021 wurden altersstandardisiert € 316 Medikamentenkosten je Patient:in der Kontrollgruppe verzeichnet, nur € 73 in der Gruppe der PVE.

Ergebnisse zur Zielsetzung „Koordination“:

Indikator 14: Folgekosten

Es zeigt sich in den PVE altersstandardisiert eine etwas höhere Anzahl an stationären Pflgetagen je Stammpatient:in mit Spitalsaufenthalt sowie ein etwas höherer Anteil an Stammpatient:innen mit mindestens einem Transport als in den Kontrollgruppen. Die durchschnittliche Anzahl an Transporten liegt hingegen in den PVE unter jener in den Kontrollgruppen und die durchschnittlichen Kosten für Fachärzt:innen sind zum Teil deutlich geringer als jene in den Kontrollgruppen. Sowohl der Anteil an Stammpatient:innen mit Medikation als auch die gesamten Medikamentenkosten liegen in den PVE deutlich unter den Werten der Kontrollgruppen. Durch das Angebot der PVE entwickeln sich die Folgekosten der Patient:innen im Vergleich zur allgemeinmedizinischen Regelversorgung somit besser. Eine weitere Beobachtung des Verlaufs wird empfohlen.

Gesamtergebnis Indikator 14: Folgekosten

4.16. INDIKATOR 15 - HAUPTANSPRECHPARTNER:INNEN

Im Rahmen des Indikators 15 wird mittels der Auswertung der Leistungsdaten der Frage nachgegangen, wie viele Patient:innen die PVE als Hauptansprechpartner:in – also Stammordination mit mehr Kontakten als bei anderen Allgemeinmediziner:innen – haben, da durch die Etablierung neuer Primärversorgungsstrukturen eine möglichst umfassende Versorgung mit entsprechender Versorgungskontinuität erreicht werden soll. Zur besseren Vergleichbarkeit von PVE und Kontrollgruppen wurden die Daten auch altersstandardisiert (siehe Erläuterung 4) betrachtet.¹⁴

Zielsetzung	Kontinuität
Fragestellung	Anteil der Patient:innen, welche die PVE als Hauptansprechpartner:in haben
Datenquelle/n	Leistungsdaten
Grundlagen	Eine Zielsetzung, die durch Etablieren neuer Primärversorgungsstrukturen erreicht werden soll, ist die zielgerichtete Versorgung auf der richtigen Versorgungsstufe.
Kennzahlen/ Kriterien	Durchschnittliche Anzahl Kontakte der Patient:innen mit der Stammordination Anteil Patient:innen mit ausschließlichem AM-Kontakt zur betreffenden Stammordination

Tabelle 43: Grundlage für Indikator 15 - Hauptansprechpartner:innen

Nachfolgend werden die Ergebnisse pro Kennzahl dargestellt, am Ende das Gesamtergebnis (siehe S. 150).

4.16.1. ANZAHL KONTAKTE MIT STAMMORDINATION JE PATIENT:IN

Die durchschnittliche Anzahl der Kontakte der Stammpatient:innen B mit ihrer Stammordination stieg in beiden Gruppen seit 2019 und lag in den PVE durchgängig unter jener in den Kontrollgruppen (2021 altersstandardisiert: 11,0 PVE vs. 12,7 KTGR) (siehe Tabelle 44, Abbildung 198 und Abbildung 199).

PVE: Kontakte mit Stammordination / Stammpat. B	2019	2020	2021	KTGR: Kontakte mit Stammordination / Stammpat. B	2019	2020	2021
PVE Böheimkirchen	11,5	11,9	12,1	KTGR Böheimkirchen	13,7	13,7	14,6
PVE Schwechat	10,4	11,2	11,0	KTGR Schwechat	14,6	14,5	15,0
PVE St. Pölten	10,1	10,2	10,0	KTGR St. Pölten	13,0	12,8	13,6
Gesamt	10,7	11,0	10,9	Gesamt	13,8	13,7	14,4

Tabelle 44: Anzahl der Kontakte mit Stammordination - PVE vs. Kontrollgruppen 2019-2021

¹⁴ Anmerkung:

- Besuche bei Wahlärzten sind nur dann berücksichtigt, wenn dafür im Untersuchungszeitraum eine Kostenrückerstattung erfolgt ist.

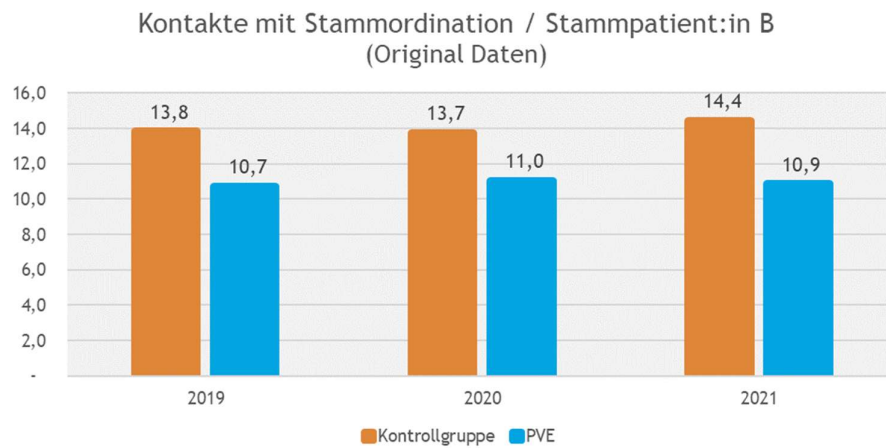


Abbildung 198: Kontakte mit Stammordination je Stammpatient:in B - Original Daten

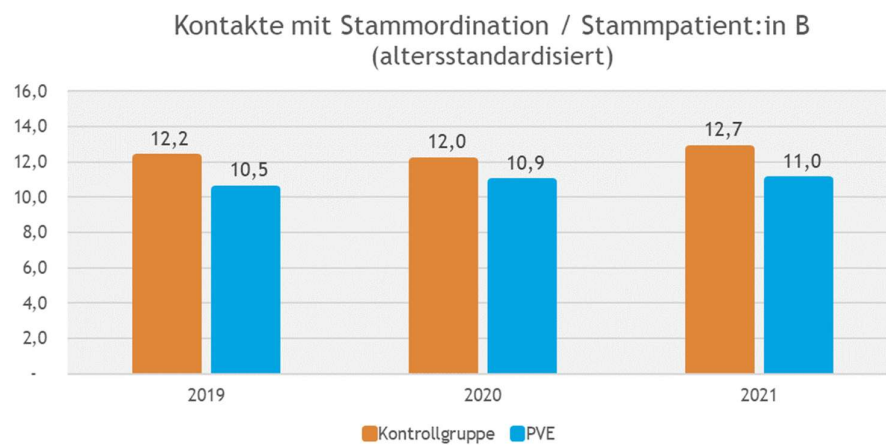
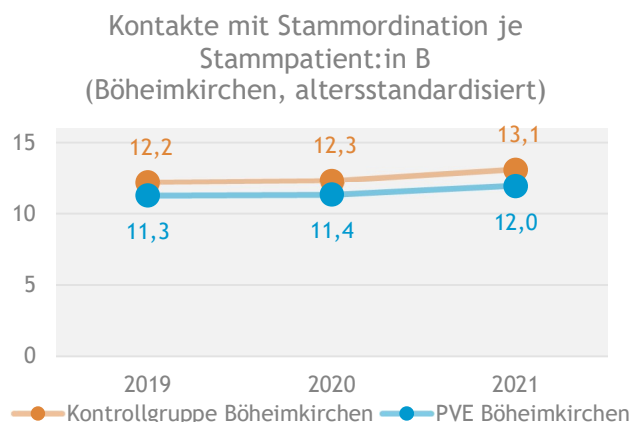


Abbildung 199: Kontakte mit Stammordination je Stammpatient:in B - alterstandardisiert

Auch bei Betrachtung der einzelnen Standorte zeigt sich, dass die Anzahl der Kontakte mit der Stammordination je Stammpatient:in B in allen Betrachtungsjahren in allen PVE durchwegs unter jenen in den Kontrollgruppen lagen.

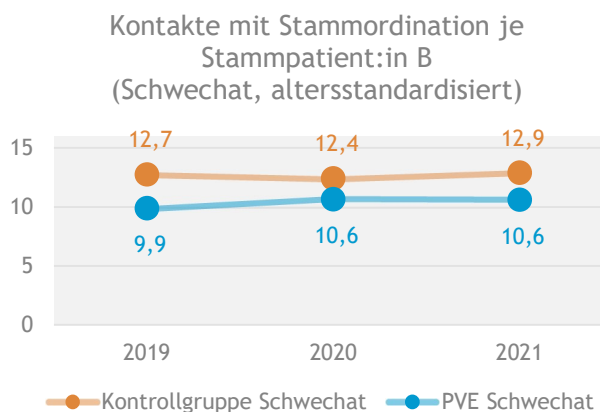
In der PVE Böheimkirchen lag die Anzahl der Kontakte mit der Stammordination je Stammpatient:in B altersstandardisiert im Jahr 2021 mit 12,0 im Vergleich mit allen PVE am höchsten und gleichzeitig noch unter der Anzahl in der Kontrollgruppe (13,1) (siehe Abbildung 200). Bei Betrachtung der Stammpatient:innen A lag altersstandardisiert die Anzahl der Kontakte mit der Stammordination je Stammpatient:in A im Jahr 2021 in der PVE Böheimkirchen bei 10,2, im gleichen Jahr bei der Kontrollgruppe bei 12,2.

Abbildung 200: Kontakte mit Stammordination je Stammpatient:in B in Böheimkirchen - altersstandardisiert



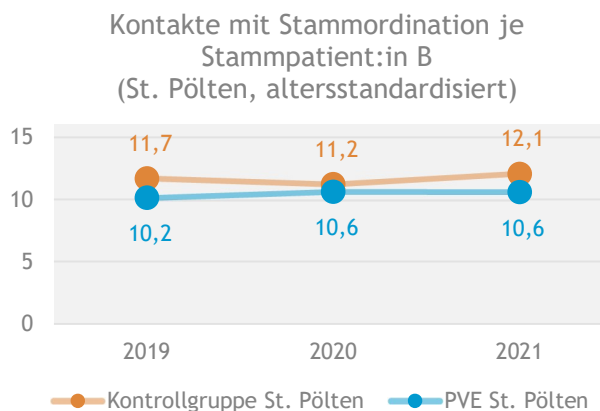
Mit 10,6 Kontakten mit der Stammordination je Stammpatient:in B verzeichnete die PVE Schwechat bei den PVE 2021 – gemeinsam mit der PVE St. Pölten – bei altersstandardisierter Auswertung den niedrigsten Wert und lag gleichzeitig unter dem Anteil der Kontrollgruppe (12,9) (siehe Abbildung 201). Bei Betrachtung der Stammpatient:innen A lag die altersstandardisierte Anzahl der Kontakte mit der Stammordination je Stammpatient:in A im Jahr 2021 in der PVE Schwechat bei 8,4, im gleichen Jahr bei der Kontrollgruppe bei 11,9.

Abbildung 201: Kontakte mit Stammordination je Stammpatient:in B in Schwechat - altersstandardisiert



Mit 10,6 Kontakten mit der Stammordination je Stammpatient:in B verzeichnete die PVE St. Pölten im Jahr 2021 im Vergleich mit den anderen PVE altersstandardisiert mit Abstand den niedrigsten Wert (gemeinsam mit der PVE Schwechat) und lag damit auch unter dem Anteil der Kontrollgruppe (12,1) (siehe Abbildung 202). Bei Betrachtung der Stammpatient:innen A lag altersstandardisiert die Anzahl der Kontakte mit der Stammordination je Stammpatient:in A im Jahr 2021 in der PVE St. Pölten bei 8,0, im gleichen Jahr bei der Kontrollgruppe bei 11,2.

Abbildung 202: Kontakte mit Stammordination je Stammpatient:in B in St. Pölten - altersstandardisiert



4.16.2. PATIENT:INNEN MIT AUSSCHLIEßLICHEM AM-KONTAKT ZUR BETREFFENDEN STAMMORDINATION

Der Anteil der Stammpatient:innen B, die nur mit der Stammordination allgemeinmedizinischen Kontakt hatten, war in den PVE in allen Jahren höher – auch nach erfolgter Altersstandardisierung (siehe Tabelle 45). Besonders ausgeprägt war der Unterschied bei den Stammpatient:innen A.

PVE: Anteil Stammpatient:innen B mit ausschließlichem Kontakt zur Stammordination / Stammpat. B	2019	2020	2021
PVE Böheimkirchen	88,1%	89,2%	78,2%
PVE Schwechat	84,1%	86,3%	84,4%
PVE St. Pölten	78,2%	79,8%	75,0%
Gesamt	84,1%	85,0%	78,5%

KTGR: Anteil Stammpatient:innen B mit ausschließlichem Kontakt zur Stammordination / Stammpat. B	2019	2020	2021
KTGR Böheimkirchen	80,6%	82,9%	77,3%
KTGR Schwechat	69,2%	76,7%	66,8%
KTGR St. Pölten	70,4%	73,7%	68,1%
Gesamt	73,6%	78,1%	70,9%

Tabelle 45: Anteil Stammpatient:innen B mit ausschließlichem Kontakt zur Stammordination/ Stammpat. B PVE vs. Kontrollgruppen

Der Anteil der Stammpatient:innen B mit ausschließlichem allgemeinmedizinischen Kontakt mit ihrer Stammordination lag im Jahr 2021 altersstandardisiert in den PVE (78,5 %) deutlich über dem Anteil in den Kontrollgruppen (70,9 %). Auch bei Betrachtung der einzelnen Standorte zeigt sich, dass der Anteil der Stammpatient:innen B mit ausschließlichem Kontakt mit der Stammordination in allen Betrachtungsjahren in allen PVE durchwegs über dem Anteil der Kontrollgruppe lag (siehe Abbildung 203-205).

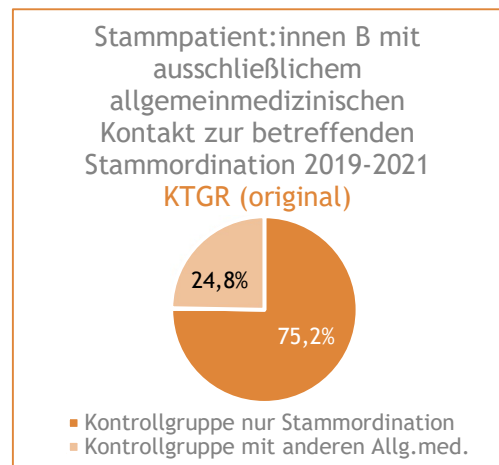
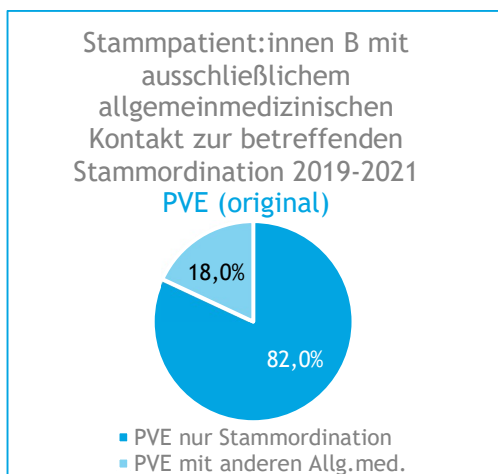


Abbildung 203: Stammpatient:innen B mit ausschließlichem allgemeinmedizinischen Kontakt zur betreffenden Stammordination 2019-2021 - Kontrollgruppe vs. PVE

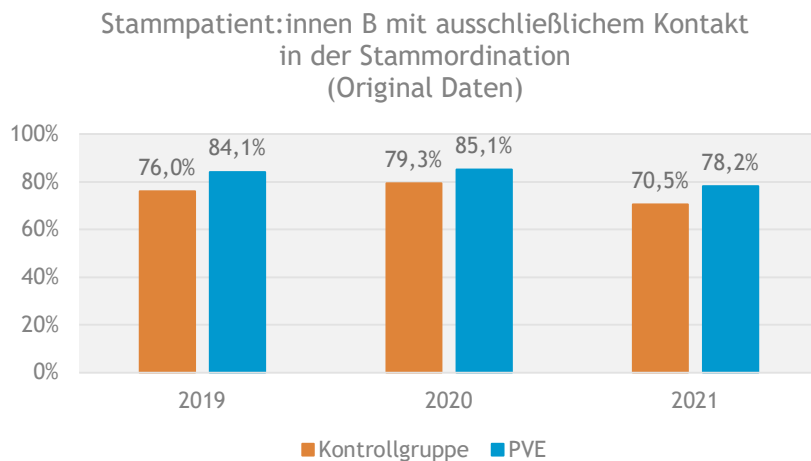


Abbildung 204: Stammpatient:innen B mit ausschließlichem Kontakt in der Stammordination - Original Daten

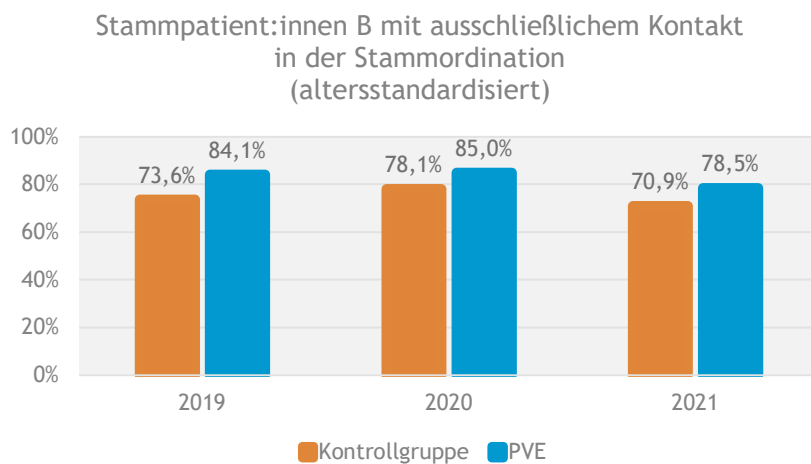
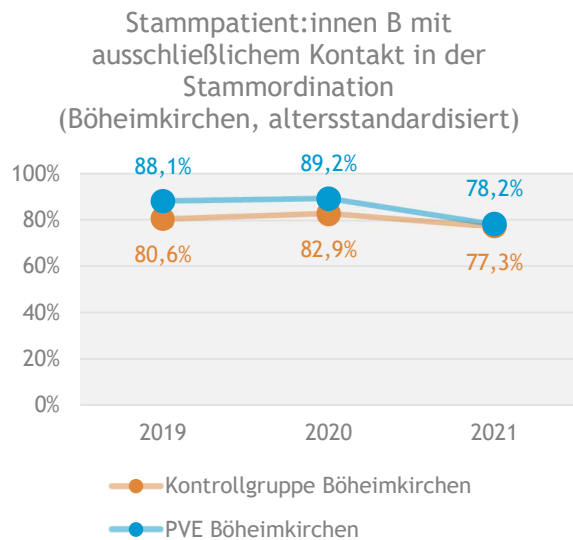


Abbildung 205: Stammpatient:innen B mit ausschließlichem Kontakt in der Stammordination - altersstandardisiert

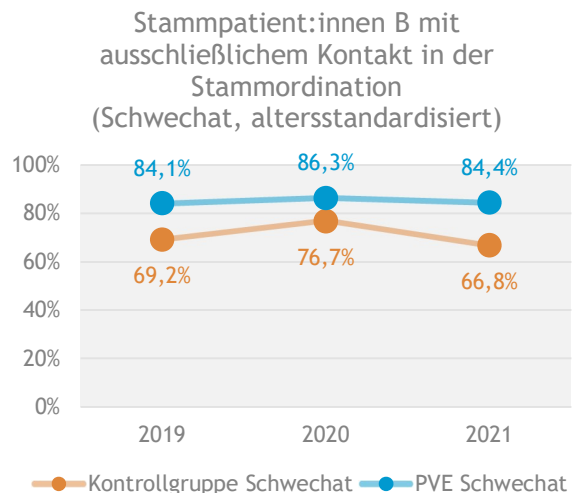
In der PVE Böheimkirchen lag der Anteil Stammpatient:innen B mit ausschließlichem Kontakt mit der Stammordination altersstandardisiert im Jahr 2021 mit 78,2 % im Vergleich mit allen PVE im Mittelfeld und gleichzeitig leicht über dem Anteil der Kontrollgruppe (77,3 %) (siehe Abbildung 206).

Abbildung 206: Stammpatient:innen B mit ausschließlichem Kontakt in der Stammordination in Böheimkirchen



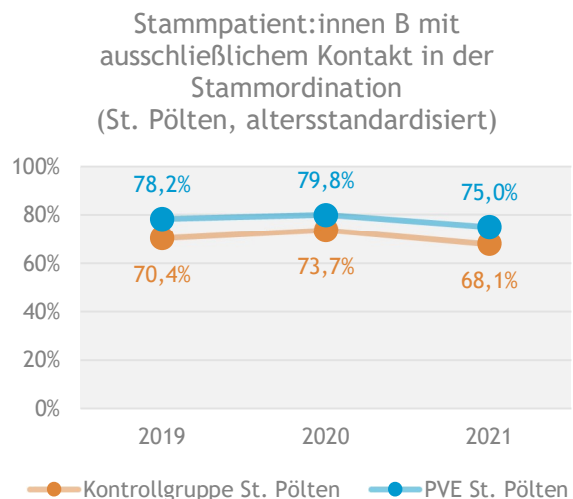
Mit 84,4 % Stammpatient:innen B mit ausschließlichem Kontakt mit der Stammordination je Stammpatient:in B verzeichnete die PVE Schwechat bei den PVE 2021 altersstandardisiert den höchsten Wert und lag gleichzeitig deutlich über dem Anteil der Kontrollgruppe (66,8 %) (siehe Abbildung 207).

Abbildung 207: Stammpatient:innen B mit ausschließlichem Kontakt in der Stammordination in Schwechat



Mit 75,0 % Stammpatient:innen B mit ausschließlichem Kontakt mit der Stammordination verzeichnete die PVE St. Pölten im Jahr 2021 im Vergleich mit den anderen PVE altersstandardisiert den niedrigsten Wert und lag auch über dem Anteil der Kontrollgruppe (68,1 %) (siehe Abbildung 208).

Abbildung 208: Stammpatient:innen B mit ausschließlichem Kontakt in der Stammordination in St. Pölten



Diese Differenzen zeigten sich auch deutlich bei den Stammpatient:innen A, wobei hier im Jahr 2021 altersstandardisiert in der Kontrollgruppe 72 % Stammpatient:innen A ausschließlichen Kontakt in der Stammordination verzeichneten, in den PVE 81 %. In allen Jahren lagen die Anteile aller PVE teils deutlich über jenen der Kontrollgruppen.

Für alle Patient:innen lagen die Anteile der Patient:innen mit ausschließlichen Kontakt in der Stammordination in den PVE deutlich unter jenen der Kontrollgruppen. Im Jahr 2021 hatten altersstandardisiert 68 % der Patient:innen in den Kontrollgruppen ausschließlichen Kontakt in der Stammordination, während es in den PVE rund 48 % waren.

Ergebnisse zur Zielsetzung „Kontinuität“:

Indikator 15: Hauptansprechpartner:innen

Zur Messung der Kontinuität im Sinne einer zielgerichteten Versorgung wurde der Anteil jener Patient:innen betrachtet, die die PVE als Hauptansprechpartnerin haben. Dabei konnte festgestellt werden, dass die Anzahl der Kontakte mit der Stammordination sowohl in den PVE als auch den Kontrollgruppen gestiegen ist und in den PVE unter jener in den Kontrollgruppen liegt. Auch der Anteil der Stammpatient:innen, die nur mit der Stammordination allgemeinmedizinischen Kontakt hatten, liegt in den PVE höher als in den Kontrollgruppen und weist damit auf umfassende Versorgung und Versorgungskontinuität hin.

Gesamtergebnis Indikator 15: Hauptansprechpartner:innen

5. LIMITATIONEN

- Aufgrund der Corona-Pandemie sind die Jahre 2020 und 2021 gesondert zu betrachten.
 - Die vollständige Abbildung der Besuche in Spitalsambulanzen ist mit den Daten der Sozialversicherung nicht sichergestellt. Dies betrifft vor allem die Anzahl der Kontakte. Eine Verknüpfung mit den vom NÖGUS zur Verfügung gestellten Ambulanzdaten ist nicht möglich.
 - Unterschiedliche Leistungsdokumentation aufgrund unterschiedlicher Honorarkataloge (PVE vs. KTGR):
 - Fehlende ICPC-2-Diagnose-Codierung bei den Kontrollgruppen - keine Verpflichtung
 - Teils unvollständige Abdeckung des Leistungsspektrums mit den vorhandenen und dokumentierten Leistungen des erweiterten Teams
 - Medikamente:
 - Durch die kontaktlose Heilmittelverordnung über die e-Medikation-Applikation entfiel seit Beginn der Corona-Pandemie in der Abrechnung der Apotheke mit den Versicherungsträgern die Information zu den verordnenden Ärzt:innen.
 - Bei den Medikamenten-Kosten sind nur jene Kosten angeführt, die über der Rezeptgebühr liegen (die anderen werden privat gekauft). Für Patient:innen, die gebührenbefreit sind, werden alle Kosten übernommen. Daher sind am Ende des Jahres auch mehr Personen mit Polypharmazie zu beobachten.
 - Besuche bei Wahlärzt:innen sind nur berücksichtigt, wenn dafür im Untersuchungszeitraum eine Kostenrückerstattung erfolgt ist.
-

6. CONCLUSIO

Zunächst ist festzuhalten, dass die Umsetzung des Projektes unter den erschwerten Bedingungen der Covid-19-Pandemie nur gelingen konnte, weil die PVE-Teams bereitwillig an der Evaluierung teilgenommen und diese nach Kräften unterstützt haben.

Auf Basis der präsentierten Ergebnisse in Kapitel 4 konnten übergeordnete (d.h. perspektiven- und indikatorenübergreifende) Schlussfolgerungen abgeleitet und fünf Dimensionen zugeordnet werden. Diese sollen eine Grundlage für die Weiterentwicklung der PVE-Versorgung in Niederösterreich bieten:

a) Versorgungsleistung

Die PVE bieten ein umfangreiches Leistungsangebot zu erweiterten Öffnungszeiten, das seit ihrer Gründung immer mehr Patient:innen in Anspruch nehmen. Dabei fällt auf, dass die Besucher:innen durchschnittlich jünger und seltener Stammpatient:innen sind als in den Kontrollgruppen. Außerdem weisen sie weniger Kernteam-Kontakte pro Patient:in auf. Allerdings scheint die Bindung der Stammpatient:innen an die PVE stärker als in den Kontrollgruppen, da der Anteil der Stammpatient:innen B, die ausschließlich von der Stammordination allgemeinmedizinisch versorgt wurden, deutlich höher ist. Dies ist möglicherweise auf die erweiterten Öffnungszeiten zurückzuführen, weshalb keine andere Praxis zur Vertretung aufgesucht werden muss. Der geringere Anteil an Stammpatient:innen kann hingegen durch jene Patient:innen begründet sein, die die PVE als Vertretungspraxis während der Abwesenheit des:der eigenen Hausärzt:in nutzen. Es zeigt sich darüber hinaus eine wachsende überregionale Versorgung durch die PVE, da der Anteil der Patient:innen, die nicht aus dem jeweiligen Heimatbezirk stammen, über die Jahre steigt.

b) Versorgungswirksamkeit

Die Versorgungswirksamkeit wurde nicht nur in den Anbieter:innen-Interviews und der Patient:innen-Befragung sehr hoch eingeschätzt, auch die Leistungsdaten weisen auf mehreren Ebenen darauf hin.

Die Stammpatient:innen suchen – im Vergleich mit jenen in den Kontrollgruppen – seltener die PVE auf und konsultieren trotzdem in geringerem Ausmaß andere Allgemeinmediziner:innen. Außerdem weisen die PVE einen höheren Anteil an Patient:innen auf, die neben den PVE-Kontakten keine übergeordneten Versorgungsstrukturen in Anspruch genommen haben. Es ist davon auszugehen, dass sie in den PVE abschließend behandelt wurden. Diese Form der Patient:innen-Bindung mit einer durchgehenden Behandlung kann ein Grund für den – im Vergleich mit den Kontrollgruppen – niedrigeren Anteil der polypharmazeutisch behandelten Patient:innen sein, da nicht mehrere Stellen unabhängig voneinander Medikamente verschreiben. Darüber hinaus kann der – im Vergleich mit den Kontrollgruppen – niedrigere Anteil von Patient:innen mit verschriebener Medikation durch die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit in der PVE bedingt sein, indem durch Behandlungen bzw. Beratungen z.B. von Diätolog:innen, Physiotherapeut:innen oder Psycholog:innen Medikamente verhindert werden können. Dies wird in den PVE durch den Zugriff aller Berufsgruppen auf eine gemeinsame Patient:innen-Dokumentation unterstützt.

Außerdem weisen Patient:innen der PVE geringere Kosten für Medikamente und Transporte auf als jene in den Kontrollgruppen. Während es bei den Kontakten zu Fachärzt:innen kaum Unterschiede gibt, ist der Anteil der Patient:innen mit spitalsambulanten Kontakten in den PVE etwas geringer.

Im Fachbereich Innere Medizin liegt die Entwicklung der spitalsambulanten Kontakte der im PVE-Einzugsgebiet wohnenden Patient:innen während der regulären PVE-Öffnungszeiten unter jener von Niederösterreich gesamt (bezogen auf die jeweils nächstgelegene/n Klinik/en). Dies deutet auf eine geringere intramurale Inanspruchnahme in den PVE-Einzugsgebieten hin. Um dies zu überprüfen, wird eine Auswertung mit Detaildaten empfohlen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass in den PVE mit verhältnismäßig geringerem Ressourceneinsatz (z.B. Kontakte, Transporte, Medikamente) eine zufriedenstellende Versorgungswirkung erzielt wird.

c) Versorgungsqualität

Insgesamt kann den PVE, vor allem auf Basis der Anbieter:innen- und der Patient:innen-Befragungen, eine – im Vergleich zu anderen allgemeinmedizinischen Praxen – umfassendere Versorgungsqualität durch mehr Serviceleistungen für Patient:innen bescheinigt werden:

- Längere Öffnungszeiten und ganzjährige Öffnung
- Niederschwelliger Zugang zu weiteren Gesundheitsberufen
- Hausbesuche durch das erweiterte Team
- Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit
- Fallbesprechungen und gemeinsame elektronische Dokumentation
- Integration von gesundheitlichen und sozialen Aspekten
- Angebote für chronisch Kranke (z.B. DMP „Therapie Aktiv“)
- Kurzfristige Verfügbarkeit von Terminen
- Kürzere Wartezeiten in der Ordination
- Bessere Organisation und Koordination an den Schnittstellen
- Hohe Qualität der Behandlungsgespräche

Die PVE scheinen damit nicht nur einen größeren Bedarf abzudecken und mit den Zielen der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung übereinzustimmen, sondern auch den Patient:innen-Bedürfnissen zu entsprechen. Diese drücken in der Befragung ihre sehr hohe Zufriedenheit aus, außerdem steigen die Patient:innen-Zahlen der PVE.

In den Interviews mit den PVE wurde der Wunsch nach weiteren Angeboten (z.B. im Bereich Prävention) geäußert, um das Leistungsspektrum zu erweitern und dem Bedarf der Patient:innen zu entsprechen. In den derzeitigen Räumlichkeiten sind allerdings nicht alle Angebote (z.B. für Gruppen) umsetzbar. Es wird empfohlen, die Räumlichkeiten – wenn möglich – zu erweitern bzw. auf andere Räumlichkeiten auszuweichen.

d) Patient:innen-Akzeptanz

In allen Qualitätsaspekten zeigt sich, dass die Patient:innen mit den Leistungen der PVE insgesamt (sehr) zufrieden sind. Das gilt durchgehend für alle Kennzahlen, auch jene, die über das Thema Untersuchungen bzw. Behandlungen hinaus gehen. Dazu zählen z.B. Gespräche mit Ärzt:innen und dem Behandlungsteam, das Angebot der zusätzlichen Berufsgruppen sowie die Themen Wartezeiten und Terminvereinbarungen. In Übereinstimmung mit diesen positiven Rückmeldungen würde die überwiegende Mehrheit der befragten Patient:innen die jeweilige PVE weiterempfehlen.

Die Akzeptanz der Patient:innen gegenüber den PVE zeigt sich auch bei den Nutzungszahlen während der erweiterten Öffnungszeiten sowie der Leistungen der zusätzlichen Berufsgruppen. Die Öffnungszeiten sind für die befragten Patient:innen unter anderem ein wichtiger Grund, die PVE in Anspruch zu nehmen. Belegt wird die Akzeptanz darüber hinaus durch die große Anzahl von Stammpatient:innen der Vorgängerorganisationen, die auch in der jeweils nachfolgenden PVE Stammpatient:innen geblieben sind. Dass die Patient:innen der PVE weniger Kontakt zu anderen allgemeinmedizinischen Praxen haben als jene der Kontrollgruppen, kann ebenfalls als Bestätigung betrachtet werden.

e) Arbeitsplatz-Attraktivität

Die Arbeitsplatz-Zufriedenheit ist sowohl im gesamten Team als auch bei den Betreiber:innen (sehr) hoch. Dabei spielt u.a. der Vergleich mit den Arbeitsbedingungen an früheren Arbeitsplätzen eine große Rolle. Außerdem wird die sehr gute Zusammenarbeit von allen beteiligten Berufsgruppen unterstrichen. Die PVE stellen für Personen, die sich innerhalb der Professionen bzw. auch berufsgruppenübergreifend austauschen und mehr Abwechslung haben möchten, einen äußerst attraktiven Arbeitsplatz dar. Geregelt

Arbeitszeiten mit der Möglichkeit Dienste zu tauschen sowie Teilzeitanstellungen bieten eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatem. Das wird von den Mitarbeiter:innen sehr geschätzt. Ärzt:innen werden durch die Pflegekräfte einerseits und durch das Management andererseits unterstützt und können sich so besser auf ihre Kernarbeit konzentrieren. Besser versorgte Patient:innen tragen zur feststellbar hohen intrinsischen Motivation der Mitarbeiter:innen (aller Berufsgruppen) bei.

Eine PVE zu gründen war im Jahr 2018 kein einfaches Unterfangen. Der Wunsch nach mehr Unterstützung, Austausch sowie Daten/Informationen wurde mehrfach geäußert. Auch wenn 2023 mehr Grundlagen zur Verfügung stehen, wird es weiterhin viel Engagement und Motivation der Gründer:innen benötigen. Das größere Team erfordert administrativen Mehraufwand und mehr Kommunikations- und Teammaßnahmen im Vergleich zu anderen Ordinationen.

Fazit und Empfehlungen

Die Ergebnisse der Evaluation lassen darauf schließen, dass die untersuchten PVE-Standorte die Ziele aus der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung erreicht haben. Die Standorte erfüllen die Vorgaben hinsichtlich der Serviceleistungen für Patient:innen und der Rahmenbedingungen für Ärzt:innen und weiteren Gesundheits- und Sozialberufen. Für die Erreichung des Ziels „Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention“ wird empfohlen, die Erweiterung der Angebote zu fördern und damit einem Wunsch der Anbieter:innen und Patient:innen entgegenzukommen.

PVE bilden ein zukunftsfähiges Modell der Gesundheitsversorgung, das sich sowohl durch starke Patient:innen-Orientierung als auch durch hohe Arbeitsplatz-Attraktivität auszeichnet – bei gleichzeitig effizientem Mittel-Einsatz. Sie füllen damit eine Lücke in der Versorgung und sind als abgestufte, integrierte und niederschwellig verfügbare Versorgungsstruktur ein wichtiger Teil der (nieder-) österreichischen Versorgungslandschaft.

Es wird empfohlen, diese Strukturform in der Breite auszurollen und die Gründung weiterer Standorte zu fördern. Wesentlich für eine erfolgreiche Konzeption sind einerseits der Austausch mit bestehenden Standorten und andererseits eine gute, gesicherte Datenbasis. Zu den möglichen Weiterentwicklungen zählt die Verfügbarkeit von zusätzlichen Räumen für Gruppenangebote und Zeit für Teammaßnahmen. Hinsichtlich der Dokumentation der PVE-Leistungen könnten weitere notwendige Kriterien vorgegeben werden.

Der Wunsch der Anbieter:innen nach der Vermittlung eines klaren Bildes in der Öffentlichkeit, was eine PVE ist und was sie leisten kann, soll hier unterstrichen werden. So kann den Erwartungshaltungen der Patient:innen entsprochen und Klarheit bei den niedergelassenen Ärzt:innen geschaffen werden.

Weitere Evaluationen werden empfohlen, um die Entwicklung der PVE zu begleiten, die Zeit nach den außergewöhnlichen Covid-Jahren zu betrachten und die Tendenzen bestätigen zu können, die sich bisher abzeichnen. Für ein Gesamtbild ist es förderlich, die Evaluation auch auf zwischenzeitlich neu eröffnete Primärversorgungseinrichtungen sowie Primärversorgungsnetzwerke auszuweiten.

Für zukünftige Evaluationen wird darauf hingewiesen, dass erweiterte und verknüpfbare Datengrundlagen die Qualität der Berichte fördern. Die vollständige Erfassung von vercodierten Diagnosen, die Abbildung des kompletten Leistungsspektrums des (erweiterten) Teams und die Verbindung von intra- und extramuralen Daten sind wesentlich, um zukünftig detaillierte Aussagen und Vergleiche treffen zu können. Das gilt insbesondere für die Inanspruchnahme, die Versorgungsleistung, die Versorgungswirksamkeit und die Versorgungsqualität sowie die leitliniengerechte Versorgung, Behandlungspfade und Prozess- und Ergebnis-Qualitätsindikatoren.

7. ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Vorgehensweise Datenanalyse.....	11
Abbildung 2: Legende zu den Tabellen und Diagrammen der Leistungsdaten	14
Abbildung 3: Anzahl Patient:innen (inkl. Covid) - PVE vs. Kontrollgruppen	17
Abbildung 4: Anzahl Patient:innen (exkl. Covid) - PVE vs. Kontrollgruppen	18
Abbildung 5: Anzahl der Patient:innen exkl. Covid - Böheimkirchen	19
Abbildung 6: Anzahl der Patient:innen exkl. Covid - Schwechat	19
Abbildung 7: Anzahl der Patient:innen exkl. Covid - St. Pölten	20
Abbildung 8: Anteil Stammpatient:innen A - PVE vs. Kontrollgruppen 2019-2021	21
Abbildung 9: Anteil Stammpatient:innen A - Böheimkirchen PVE vs. Kontrollgruppe	21
Abbildung 10: Anteil Stammpatient:innen A - Schwechat PVE vs. Kontrollgruppe	22
Abbildung 11: Anteil Stammpatient:innen A - St. Pölten PVE vs. Kontrollgruppe.....	22
Abbildung 12: Anteil Stammpatient:innen B - PVE vs. Kontrollgruppen.....	23
Abbildung 13: Anteil Stammpatient:innen B - Böheimkirchen PVE vs. Kontrollgruppe.....	24
Abbildung 14: Anteil Stammpatient:innen B - Schwechat PVE vs. Kontrollgruppe.....	24
Abbildung 15: Anteil Stammpatient:innen B - St. Pölten PVE vs. Kontrollgruppe.....	24
Abbildung 16: Vergleich der Patient:innen-Gruppen 2021	25
Abbildung 17: Anteile der Altersgruppen der Stammpatient:innen A (2021)	25
Abbildung 19: Anteile der Altersgruppen aller Patient:innen (2021)	26
Abbildung 18: Anteile der Altersgruppen der Stammpatient:innen B (2021)	26
Abbildung 20: Anteile der Altersgruppen der Stammpatient:innen B - Böheimkirchen, 2021	27
Abbildung 21: Anteile der Altersgruppen der Stammpatient:innen B - Schwechat, 2021.....	27
Abbildung 22: Anteile der Altersgruppen der Stammpatient:innen B - St. Pölten, 2021.....	27
Abbildung 23: Altersgruppen Stammpatient:innen B - Kontrollgruppe 2021.....	28
Abbildung 24: Altersgruppen Stammpatient:innen B - PVE gesamt 2021.....	29
Abbildung 25: (Kernteam-)Kontakte je (Kernteam-)Patient:in - Original Daten	30
Abbildung 26: (Kernteam-)Kontakte je (Kernteam-)Patient:in - altersstandardisiert	30
Abbildung 27: (Kernteam-)Kontakte je (Kernteam-) Patient:in - Böheimkirchen, altersstandardisiert.....	31
Abbildung 28: (Kernteam-)Kontakte je (Kernteam-) Patient:in - Schwechat, altersstandardisiert	31
Abbildung 29: (Kernteam-)Kontakte je (Kernteam-) Patient:in - St. Pölten, altersstandardisiert	31
Abbildung 30: Anzahl Kontakte erweitertes Team.....	32
Abbildung 31: Kontakte erweitertes Team/Patient:in mit Leistungen aus erweitertem Team.....	32
Abbildung 32: Dokumentierte Leistungen PVE.....	33
Abbildung 33: Leistungen pro Kontakt - alle Patient:innen	35
Abbildung 34: Leistungen pro Kontakt - Böheimkirchen, alle Patient:innen	36
Abbildung 35: Leistungen pro Kontakt - Schwechat, alle Patient:innen	36
Abbildung 36: Leistungen pro Kontakt - St. Pölten, alle Patient:innen	36
Abbildung 37: Leistungen Kernteam.....	37
Abbildung 38: Leistungen erweitertes Team	38
Abbildung 39: Anzahl (Kernteam-)Leistungen pro (Kernteam-)Kontakt - alle Patient:innen	38
Abbildung 40: Anzahl (Kernteam-)Leistungen je (Kernteam-) Kontakt - Böheimkirchen, alle Patient:innen	39
Abbildung 41: Anzahl (Kernteam-)Leistungen je (Kernteam-) Kontakt - Schwechat, alle Patient:innen	39
Abbildung 42: Anzahl (Kernteam-)Leistungen je (Kernteam-) Kontakt - St. Pölten, alle Patient:innen	39
Abbildung 43: Wichtigkeit der Öffnungszeiten an Wochenenden/Feiertagen	41
Abbildung 44: Nutzung der Praxis zu Tagesrandzeiten in den letzten 12 Monaten	41
Abbildung 45: Anzahl Hausbesuche bei Stammpatient:innen B	42
Abbildung 46: Anteil Hausbesuche von Stammpatient:innen B an Kontakten von Stammpatient:innen B ..	43
Abbildung 47: Anteil Hausbesuche je Berufsgruppe / Hausbesuche gesamt Stammpatient:innen B	44
Abbildung 48: Patient:innen, die sowohl 2018 Stammpatient:innen B als auch 2019 Stammpatient:innen A/B gewesen sind - Kontrollgruppe vs. PVE	46
Abbildung 49: Frühere:r Hausärzt:in in der PVE.....	47

Abbildung 50: Vergleich zum:zur Hausärzt:in davor	48
Abbildung 51: Inanspruchnahme unterschiedlicher Berufsgruppen in den PVE	48
Abbildung 52: Alternativen zur Inanspruchnahme.....	49
Abbildung 53: Anteil der Stammpatient:innen B mit Typ II Diabetes an allen Stammpatient:innen Kontrollgruppe vs. PVE (Original Daten)	51
Abbildung 54: Anteile der Stammpatient:innen B mit Typ II Diabetes an allen Stammpatient:innen B Kontrollgruppe vs. PVE (altersstandardisierte Daten)	52
Abbildung 55: Anteil Stammpatient:innen B mit Typ II Diabetes - Böheimkirchen, altersstandardisiert ...	53
Abbildung 56: Anteil Stammpatient:innen B mit Typ II Diabetes - Schwechat, altersstandardisiert	53
Abbildung 57: Anteil Stammpatient:innen B mit Typ II Diabetes - St. Pölten, altersstandardisiert	53
Abbildung 58: Anteil der im DMP eingeschriebenen Stammpatient:innen B an den Stammpatient:innen B mit Typ II-Diabetes.....	54
Abbildung 59: Anteil der Typ-II-Diabetiker:innen, die sowohl 2018 Stammpatient:innen B als auch 2019 Stammpatient:innen A/B gewesen sind - Kontrollgruppe vs. PVE.....	54
Abbildung 60: Anteil der Typ-II-Diabetiker:innen, die sowohl 2018 Stammpatient:innen B als auch 2019 Stammpatient:innen A/B gewesen sind - Böheimkirchen - Kontrollgruppe vs. PVE	55
Abbildung 61: Anteil der Typ-II-Diabetiker:innen, die sowohl 2018 Stammpatient:innen B als auch 2019 Stammpatient:innen A/B gewesen sind - Schwechat - Kontrollgruppe vs. PVE	55
Abbildung 62: Anteil der Typ-II-Diabetiker:innen, die sowohl 2018 Stammpatient:innen B als auch 2019 Stammpatient:innen A/B gewesen sind - St. Pölten - Kontrollgruppe vs. PVE	55
Abbildung 63: Zufriedenheit mit dem Angebot der einzelnen Berufsgruppen.....	57
Abbildung 64: Terminvereinbarung PVE Berufsgruppen	58
Abbildung 65: Wartezeiten und Terminvereinbarung PVE	59
Abbildung 66: Gespräche mit Ärzt:in und Behandlungsteam	59
Abbildung 67: Qualitätsaspekte in Bezug auf Untersuchung/Behandlung.....	60
Abbildung 68: Wunsch nach zusätzlichen Angeboten	61
Abbildung 69: Veränderung der Versorgung in Bezug auf die Erreichbarkeit/ den Zugang zur med. Grundversorgung	61
Abbildung 70: Veränderung der Versorgung in Bezug auf die Abdeckung der medizinischen Bedürfnisse ...	62
Abbildung 71: Zufriedenheit mit Untersuchung/Behandlung und Weiterempfehlung.....	63
Abbildung 72: Fallbesprechungen und Veranstaltung weiterer Austauschformate	64
Abbildung 73: Herkunft der Stammpatient:innen B der PVE.....	74
Abbildung 74: Herkunft der Nicht-Stammpatient:innen der PVE.....	75
Abbildung 75: Herkunft der Kontakte PVE.....	75
Abbildung 76: Herkunft der Stammpatient:innen B - PVE Böheimkirchen (2019-2021)	76
Abbildung 77: Herkunft Stammpatient:innen B 2021 - PVE Böheimkirchen	76
Abbildung 78: Herkunft der Nicht-Stammpatient:innen B - PVE Böheimkirchen (2019-2021).....	77
Abbildung 79: Herkunft Nicht-Stammpatient:innen B 2021 - PVE Böheimkirchen	77
Abbildung 80: Herkunft der Stammpatient:innen B - PVE Schwechat (2019-2021)	78
Abbildung 81: Herkunft der Stammpatient:innen B 2021 - PVE Schwechat.....	78
Abbildung 82: Herkunft der Nicht-Stammpatient:innen - PVE Schwechat (2019–2021)	79
Abbildung 83: Herkunft der Nicht-Stammpatient:innen 2021 - PVE Schwechat.....	79
Abbildung 84: Herkunft der Stammpatient:innen B - PVE St. Pölten (2019-2021)	80
Abbildung 85: Herkunft der Stammpatient:innen B 2021 - PVE St. Pölten	80
Abbildung 86: Herkunft der Nicht-Stammpatient:innen - PVE St. Pölten (2019-2021).....	81
Abbildung 87: Herkunft der Nicht-Stammpatient:innen 2021 - PVE St. Pölten	81
Abbildung 88: Stammpatient:innen B mit Polypharmazie je Stammpatient:in B - 2019-2021, Original Daten	84
Abbildung 89: Stammpatient:innen B mit Polypharmazie je Stammpatient:in B - 2019-2021, altersstandardisiert.....	84
Abbildung 90: Anteil Stammpatient:innen B mit Polypharmazie - Böheimkirchen, altersstandardisiert	85
Abbildung 91: Anteil Stammpatient:innen B mit Polypharmazie - Schwechat, altersstandardisiert	85

Abbildung 92: Anteil Stammpatient:innen B mit Polypharmazie - St. Pölten, altersstandardisiert	85
Abbildung 93: Stammpatient:innen B mit Polypharmazie 2018 weiterhin Stammpatient:innen A/B mit Polypharmazie 2019 - Kontrollgruppe vs. PVE	86
Abbildung 94: Stammpatient:innen B mit Polypharmazie 2018 weiterhin Stammpatient:innen A/B 2019 mit Polypharmazie 2019 - Böheimkirchen - Kontrollgruppe vs. PVE	86
Abbildung 95: Stammpatient:innen B mit Polypharmazie 2018 weiterhin Stammpatient:innen A/B 2019 mit Polypharmazie 2019 - Schwechat - Kontrollgruppe vs. PVE	87
Abbildung 96: Stammpatient:innen B mit Polypharmazie 2018 weiterhin Stammpatient:innen A/B 2019 mit Polypharmazie 2019 - St. Pölten - Kontrollgruppe vs. PVE.....	87
Abbildung 97: Anteil der Leistungsfallnummern mit min. einer gültigen ICPC-2-Diagnose	88
Abbildung 98: Anteil Stammpatient:innen B mit ausschließlicher Primärversorgung an Stammpatient:innen B - Original Daten	93
Abbildung 99: Anteil Stammpatient:innen B mit ausschließlicher Primärversorgung an Stammpatient:innen B - altersstandardisiert.....	93
Abbildung 100: Anteil Stammpatient:innen B mit ausschließlicher Primärversorgung - Böheimkirchen, altersstandardisiert	94
Abbildung 101: Anteil Stammpatient:innen B mit ausschließlicher Primärversorgung - Schwechat, altersstandardisiert	94
Abbildung 102: Anteil Stammpatient:innen B mit ausschließlicher Primärversorgung - St. Pölten, altersstandardisiert	94
Abbildung 103: Anteil der Stammpatient:innen B mit min. einem fachärztlichen Kontakt - Original Daten	97
Abbildung 104: Anteil der Stammpatient:innen B mit min. einem fachärztlichen Kontakt - altersstandardisiert	97
Abbildung 105: Anteil der Stammpatient:innen B mit min. einen ausgewählten fachärztlichen Kontakt - PVE Böheimkirchen, altersstandardisiert	98
Abbildung 106: Anteil der Stammpatient:innen B mit min. einen ausgewählten fachärztlichen Kontakt - PVE Schwechat, altersstandardisiert	98
Abbildung 107: Anteil der Stammpatient:innen B mit min. einen ausgewählten fachärztlichen Kontakt - PVE St. Pölten, altersstandardisiert	98
Abbildung 108: Anzahl fachärztlicher Kontakte je Stammpatient:in B - Original Daten	100
Abbildung 109: Anzahl fachärztlicher Kontakte je Stammpatient:in B - altersstandardisiert.....	100
Abbildung 110: Anzahl ausgewählter fachärztlicher Kontakte je Stammpatient:in B - PVE Böheimkirchen, altersstandardisiert	101
Abbildung 111: Anzahl ausgewählter fachärztlicher Kontakte je Stammpatient:in B - PVE Schwechat, altersstandardisiert	101
Abbildung 112: Anzahl ausgewählter fachärztlicher Kontakte je Stammpatient:in B - PVE St. Pölten, altersstandardisiert	101
Abbildung 113: Anteil der Stammpatient:innen B mit min. einem Spitalsaufenthalt - Original Daten	102
Abbildung 114: Anteil der Stammpatient:innen B mit min. einem Spitalsaufenthalt - altersstandardisiert	102
Abbildung 115: Anteil der Stammpatient:innen B mit min. einem Spitalsaufenthalt - PVE Böheimkirchen, altersstandardisiert	103
Abbildung 116: Anteil der Stammpatient:innen B mit min. einem Spitalsaufenthalt - PVE Schwechat, altersstandardisiert	103
Abbildung 117: Anteil der Stammpatient:innen B mit min. einem Spitalsaufenthalt - PVE St. Pölten, altersstandardisiert	103
Abbildung 118: Anzahl Spitalsaufenthalte je Stammpatient:in B - Original Daten	104
Abbildung 119: Anzahl Spitalsaufenthalte je Stammpatient:in B - altersstandardisiert	104
Abbildung 120: Anzahl Spitalsaufenthalte je Stammpatient:in B - PVE Böheimkirchen, altersstandardisiert	105
Abbildung 121: Anzahl Spitalsaufenthalte je Stammpatient:in B - PVE Schwechat, altersstandardisiert ..	105
Abbildung 122: Anzahl Spitalsaufenthalte je Stammpatient:in B - PVE St. Pölten, altersstandardisiert ...	105

Abbildung 123: Anzahl der Stammpatient:innen B mit min. einem spitalsambulanten Kontakt - Original Daten	106
Abbildung 124: Anteil der Stammpatient:innen B mit min. einem spitalsambulanten Kontakt - Original Daten	107
Abbildung 125: Anteil der Stammpatient:innen B mit min. einem spitalsambulanten Kontakt - altersstandardisiert	107
Abbildung 126: Anteil der Stammpatient:innen B mit min. einem spitalsambulanten Kontakt - PVE Böheimkirchen, altersstandardisiert	108
Abbildung 127: Anteil der Stammpatient:innen B mit min. einem spitalsambulanten Kontakt - PVE Schwechat, altersstandardisiert	108
Abbildung 128: Anteil der Stammpatient:innen B mit min. einem spitalsambulanten Kontakt - PVE St. Pölten, altersstandardisiert	108
Abbildung 129: Ambulante Kontakte des Einzugsgebietes der PVE Böheimkirchen (7:00-19:00)	110
Abbildung 130: Ambulante Kontakte in Niederösterreich (7:00-19:00).....	110
Abbildung 131: Ambulante Kontakte des Einzugsgebietes der PVE Böheimkirchen (0:00-24:00)	111
Abbildung 132: Ambulante Kontakte in Niederösterreich (0:00-24:00).....	111
Abbildung 133: Indexierte Darstellung der ambulanten Kontakte Innere Medizin - PVE Böheimkirchen vs. Niederösterreich	112
Abbildung 134: Indexierte Darstellung der ambulanten Kontakte KIJU - PVE Böheimkirchen vs. Niederösterreich	112
Abbildung 135: Indexierte Darstellung der ambulanten Kontakte ZAE - PVE Böheimkirchen vs. Niederösterreich	113
Abbildung 136: Ambulante Kontakte des Einzugsgebietes der PVE Schwechat (7:00-19:00)	114
Abbildung 137: Ambulante Kontakte in Niederösterreich (7:00-19:00).....	114
Abbildung 138: Ambulante Kontakte des Einzugsgebietes der PVE Schwechat (0:00-24:00)	115
Abbildung 139: Ambulante Kontakte in Niederösterreich (0:00-24:00).....	115
Abbildung 140: Indexierte Darstellung der ambulanten Kontakte für Innere Medizin im Einzugsgebiet - PVE Schwechat vs. Niederösterreich	116
Abbildung 141: Indexierte Darstellung der ambulanten Kontakte für KIJU im Einzugsgebiete - PVE Schwechat vs. Niederösterreich	116
Abbildung 142: Indexierte Darstellung der ambulanten Kontakte für ZAE im Einzugsgebiet - PVE Schwechat vs. Niederösterreich	117
Abbildung 143: Ambulante Kontakte des Einzugsgebiets der PVE St. Pölten (7:00-19:00)	118
Abbildung 144: Ambulante Kontakte in Niederösterreich (7:00-19:00).....	118
Abbildung 145: Ambulante Kontakte des Einzugsgebiets der PVE St. Pölten (0:00-24:00)	119
Abbildung 146: Ambulante Kontakte in Niederösterreich (0:00-24:00).....	119
Abbildung 147: Indexierte Darstellung der ambulanten Kontakte Innere Medizin - PVE St. Pölten vs. Niederösterreich	120
Abbildung 148: Indexierte Darstellung der ambulanten Kontakte KIJU - PVE St. Pölten vs. Niederösterreich	120
Abbildung 149: Indexierte Darstellung der ambulanten Kontakte ZAE - PVE St. Pölten vs. Niederösterreich	121
Abbildung 150: Indexierte Darstellung der ambulanten Kontakte der Inneren Medizin - PVE vs. Niederösterreich (7:00-19:00).....	122
Abbildung 151: Indexierte Darstellung der ambulanten Kontakte der Inneren Medizin - PVE vs. Niederösterreich (0:00-24:00).....	122
Abbildung 152: Indexierte Darstellung der ambulanten Kontakte aller Fächer - PVE vs. Niederösterreich (7:00-19:00)	123
Abbildung 153: Indexierte Darstellung der ambulanten Kontakte aller Fächer - PVE vs. Niederösterreich (0:00-24:00)	123
Abbildung 154: Anzahl stationäre Pflage tage je Stammpatient:in B mit Spitalsaufenthalt - Original Daten	125

Abbildung 155: Anzahl stationäre Pflegetage je Stammpatient:in B mit Spitalsaufenthalt - altersstandardisiert	125
Abbildung 156: Stationäre Pflegetage je Stammpatient:in B in Böheimkirchen, altersstandardisiert	126
Abbildung 157: Stationäre Pflegetage je Stammpatient:in B in Schwechat, altersstandardisiert	126
Abbildung 158: Stationäre Pflegetage je Stammpatient:in B in St. Pölten, altersstandardisiert	126
Abbildung 159: Stationäre Pflegetage je Stammpatient:in B - Original Daten	127
Abbildung 160: Stationäre Pflegetage je Stammpatient:in B - altersstandardisiert	127
Abbildung 161: Stammpatient:innen B mit min. einem Transport - Original Daten	128
Abbildung 162: Stammpatient:innen B mit min. einem Transport - altersstandardisiert	128
Abbildung 163: Stammpatient:innen B mit min. einem Transport in Böheimkirchen - altersstandardisiert	129
Abbildung 164: Stammpatient:innen B mit min. einem Transport in Schwechat - altersstandardisiert	129
Abbildung 165: Stammpatient:innen B mit min. einem Transport in St. Pölten - altersstandardisiert	129
Abbildung 166: Anzahl Transporte je Stammpatient:in B - Original Daten.....	130
Abbildung 167: Anzahl Transporte je Stammpatient:in B - altersstandardisiert	130
Abbildung 168: Anzahl Transporte je Stammpatient:in B - PVE Böheimkirchen - altersstandardisiert.....	131
Abbildung 169: Anzahl Transporte je Stammpatient:in B - PVE Schwechat - altersstandardisiert.....	131
Abbildung 170: Anzahl Transporte je Stammpatient:in B - PVE St. Pölten - altersstandardisiert.....	131
Abbildung 171: Anzahl Transporte je Stammpatient:in B mit min. einem Transport - Original Daten	132
Abbildung 172: Anzahl Transporte je Stammpatient:in B mit min. einem Transport - altersstandardisiert	132
Abbildung 173: Anzahl Transporte je Stammpatient:in B mit min. einem Transport - PVE Böheimkirchen	133
Abbildung 174: Anzahl Transporte je Stammpatient:in B mit min. einem Transport - PVE Schwechat	133
Abbildung 175: Anzahl Transporte je Stammpatient:in B mit min. einem Transport - PVE St. Pölten	133
Abbildung 176: Fachärztliche Kosten pro Stammpatient:in B - Original Daten	134
Abbildung 177: Fachärztliche Kosten pro Stammpatient:in B - altersstandardisiert	134
Abbildung 178: Fachärztliche Kosten je Stammpatient:in B - PVE Böheimkirchen - altersstandardisiert ..	135
Abbildung 179: Fachärztliche Kosten je Stammpatient:in B - PVE Schwechat - altersstandardisiert	135
Abbildung 180: Fachärztliche Kosten je Stammpatient:in B - PVE St. Pölten - altersstandardisiert	135
Abbildung 181: Fachärztliche Kosten je Stammpatient:in A - altersstandardisiert	136
Abbildung 182: Fachärztliche Kosten je Patient:in - altersstandardisiert	136
Abbildung 183: Stammpatient:innen B mit Medikation pro Stammpatient:in B - Original Daten	137
Abbildung 184: Stammpatient:innen B mit Medikation pro Stammpatient:in B - altersstandardisiert	137
Abbildung 185: Anteil Stammpatient:innen B mit Medikation - Böheimkirchen, altersstandardisiert	138
Abbildung 186: Anteil Stammpatient:innen B mit Medikation - Schwechat, altersstandardisiert	138
Abbildung 187: Anteil Stammpatient:innen B mit Medikation - St. Pölten, altersstandardisiert	138
Abbildung 188: Gesamte Medikamentenkosten pro Stammpatient:in B - Original Daten.....	139
Abbildung 189: Gesamte Medikamentenkosten pro Stammpatient:in B - altersstandardisiert	139
Abbildung 190: Gesamte Medikamentenkosten je Stammpatient:in B - Böheimkirchen, altersstandardisiert	140
Abbildung 191: Gesamte Medikamentenkosten je Stammpatient:in B - Schwechat, altersstandardisiert .	140
Abbildung 192: Gesamte Medikamentenkosten je Stammpatient:in B - St. Pölten, altersstandardisiert ..	140
Abbildung 193: Kosten von verschriebenen Medikamenten pro Stammpatient:in B - Original Daten	141
Abbildung 194: Kosten von verschriebenen Medikamenten pro Stammpatient:in B - altersstandardisiert.	141
Abbildung 195: Kosten von verschriebenen Medikamenten je Stammpatient:in B - Böheimkirchen, altersstandardisiert	142
Abbildung 196: Kosten von verschriebenen Medikamenten je Stammpatient:in B - Schwechat, altersstandardisiert.....	142
Abbildung 197: Kosten von verschriebenen Medikamenten je Stammpatient:in B - St. Pölten, altersstandardisiert	142
Abbildung 198: Kontakte mit Stammordination je Stammpatient:in B - Original Daten	145
Abbildung 199: Kontakte mit Stammordination je Stammpatient:in B - altersstandardisiert.....	145
Abbildung 200: Kontakte mit Stammordination je Stammpatient:in B in Böheimkirchen - altersstandardisiert.....	146

Abbildung 201: Kontakte mit Stammordination je Stammpatient:in B in Schwechat - altersstandardisiert	146
Abbildung 202: Kontakte mit Stammordination je Stammpatient:in B in St. Pölten - altersstandardisiert	146
Abbildung 203: Stammpatient:innen B mit ausschließlichem allgemeinmedizinischen Kontakt zur betreffenden Stammordination 2019-2021 - Kontrollgruppe vs. PVE	147
Abbildung 204: Stammpatient:innen B mit ausschließlichem Kontakt in der Stammordination - Original Daten	148
Abbildung 205: Stammpatient:innen B mit ausschließlichem Kontakt in der Stammordination - altersstandardisiert	148
Abbildung 206: Stammpatient:innen B mit ausschließlichem Kontakt in der Stammordination in Böheimkirchen	149
Abbildung 207: Stammpatient:innen B mit ausschließlichem Kontakt in der Stammordination in Schwechat	149
Abbildung 208: Stammpatient:innen B mit ausschließlichem Kontakt in der Stammordination in St. Pölten	149

8. TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Zuordnung des Indikatorensets zur jeweiligen Evaluierungs-Perspektive	10
Tabelle 2: Definition der Patient:innen-Kollektive (Auswertungsebenen)	12
Tabelle 3: Verhältnis Primärversorgungseinrichtungen und dazugehörige Kontrollgruppen	13
Tabelle 4: Auswertungsebenen und Auswertungsgruppen	13
Tabelle 5: Zusammensetzung des PVE-Teams aus Kernteam und erweitertem Team.....	14
Tabelle 6: Anbieter:innen-Interviews: Teilnehmende Berufsgruppen.....	15
Tabelle 7: Patient:innen-Befragung: Anzahl ausgefüllter Fragebögen pro Standort.....	16
Tabelle 8: Übersicht Grundgesamtheit.....	17
Tabelle 9: Anzahl Patient:innen exkl. Covid - PVE gesamt	18
Tabelle 10: Anzahl Patient:innen exkl. Covid - Kontrollgruppen gesamt.....	19
Tabelle 11: Anteil Stammpatient:innen A - PVE gesamt	20
Tabelle 12: Anteil Stammpatient:innen A - Kontrollgruppen.....	20
Tabelle 13: Anteil Stammpatient:innen B - PVE gesamt	22
Tabelle 14: Anteil Stammpatient:innen B - Kontrollgruppen gesamt	23
Tabelle 15: Kernteam-Kontakte je Kernteam-Patient:in - PVE, Original Daten	29
Tabelle 16: Kontakte je Patient:in - Kontrollgruppen, Original Daten.....	29
Tabelle 17: Ergebnisse Leistungsdaten - Leistungsübersicht PVE	34
Tabelle 18: Leistungen pro Kontakt - PVE vs. Kontrollgruppen.....	34
Tabelle 19: Grundlage Indikator 1 - Erreichbarkeit	40
Tabelle 20: Hausbesuche bei Stammpatient:innen B je Berufsgruppe für PVE.....	43
Tabelle 21: Grundlage für Indikator 2 - Leistungsangebot und Inanspruchnahme	45
Tabelle 22: Anteil der Patient:innen, die sowohl 2018 Stammpatient:innen B in der Vorgängerorganisation/Kontrollgruppe als auch 2019 Stammpatient:innen A/B in der PVE/Kontrollgruppe gewesen sind	45
Tabelle 23: Gründe für die Behandlung in den PVE	46
Tabelle 24: Grundlage für Indikator 3 - Versorgung chronisch Kranker.....	50
Tabelle 25: Grundlage für Indikator 4 - Patient:innen-Zufriedenheit	57
Tabelle 26: Grundlage für Indikator 5 - Informationsaustausch und Zusammenarbeit: Koordination	64
Tabelle 27: Grundlage für Indikator 6 - Standardisierte und strukturierte Dokumentation in einer E- Patient:innen-Akte.....	66
Tabelle 28: Formen der standardisierten, elektronischen Dokumentation	66
Tabelle 29: Grundlage für Indikator 7 - Standardisierter und strukturierter Informationstransfer.....	68
Tabelle 30: Grundlage für Indikator 8 - Zufriedenheit mit Arbeitsbedingungen	70
Tabelle 31: Grundlage für Indikator 9 - Anzahl versorgter Personen und deren Einzugsgebiet	73
Tabelle 32: Grundlage für Indikator 10 - Patient:innen-Versorgung mit Medikamenten (Polypharmazie)...	83
Tabelle 33: Grundlage für Indikator 11 - Patient:innen-Struktur inkl. Diagnosecodierung	88
Tabelle 34: Anteil der Kontakte mit, ohne bzw. mit unzureichender Diagnose (nur ÖGK inkl. Covid- Leistungen)	89
Tabelle 35: TOP 10 ICPC-2-Diagnosen Patient:innen Gesamt PVE Böheimkirchen	90
Tabelle 36: TOP 10 ICPC-2-Diagnosen Patient:innen Gesamt PVE Schwechat	90
Tabelle 37: TOP 10 ICPC-2-Diagnosen Patient:innen Gesamt PVE St. Pölten	91
Tabelle 38: Grundlage für Indikator 12 - Abschließende Versorgung und Überweisungsquoten.....	92
Tabelle 39: Stammpatient:innen B mit ausschließlicher Primärversorgung - PVE vs. Kontrollgruppen	92
Tabelle 40: Grundlage für Indikator 13 - Entlastung nachfolgender Behandlungsbereiche.....	96
Tabelle 41: Anzahl an Fachärzt:innen-Kontakte pro Stammpatient:in B - PVE vs. Kontrollgruppen	99
Tabelle 42: Grundlage für Indikator 14 - Folgekosten	124
Tabelle 43: Grundlage für Indikator 15 - Hauptsprechpartner:innen	144
Tabelle 44: Anzahl der Kontakte mit Stammordination - PVE vs. Kontrollgruppen 2019-2021	144
Tabelle 45: Anteil Stammpatient:innen B mit ausschließlichem Kontakt zur Stammordination/ Stammpat. B PVE vs. Kontrollgruppen	147
Tabelle 46: Beispiele für die definierten Patient:innen-Kollektive	175

9. GESAMTERGEBNISVERZEICHNIS

Gesamtergebnis Indikator 1: Erreichbarkeit	44
Gesamtergebnis Indikator 2: Leistungsangebot und Inanspruchnahme	49
Gesamtergebnis Indikator 3: Versorgung chronisch Kranker	56
Gesamtergebnis Indikator 4: Patient:innenzufriedenheit	63
Gesamtergebnis Indikator 5: Informationsaustausch und Zusammenarbeit: Koordination	65
Gesamtergebnis Indikator 6: Standardisierte und strukturierte Dokumentation in einer E-Patient:innen-Akte	67
Gesamtergebnis Indikator 7: Standardisierter und strukturierte Informationstransfer	69
Gesamtergebnis Indikator 8: Zufriedenheit mit Arbeitsbedingungen.....	72
Gesamtergebnis Indikator 9: Anzahl versorgter Personen und deren Einzugsgebiet.....	82
Gesamtergebnis Indikator 10: Patient:innen-Versorgung mit Medikamenten (Polypharmazie).....	87
Gesamtergebnis Indikator 11: Patient:innen-Struktur inkl. Diagnosecodierung.....	91
Gesamtergebnis Indikator 12: Abschließende Versorgung und Überweisungsquoten	95
Gesamtergebnis Indikator 13: Entlastung nachfolgender Behandlungsbereiche	123
Gesamtergebnis Indikator 14: Folgekosten.....	143
Gesamtergebnis Indikator 15: Hauptansprechpartner:innen	150

10. ERLÄUTERUNGSVERZEICHNIS

Erläuterung 1: Abkürzungen PVE (Primärversorgungseinrichtung/en) und KTGR (Kontrollgruppe/n)	4
Erläuterung 2: Auswertungen exkl. Covid-Leistungen für eine bessere Vergleichbarkeit.....	18
Erläuterung 3: Ergebnisdarstellung der Stammpatient:innen B, der Stammpatient:innen A und aller Patient:innen	23
Erläuterung 4: Beschreibung Altersstandardisierung.....	28
Erläuterung 5: Beschreibung verrechenbarer und nicht verrechenbarer Leistungen sowie der Kopfpauschale	33
Erläuterung 6: Beschreibung Disease Management Programm (DMP).....	50

11. ANHANG

- Anhang 1 - Standardisierter Fragebogen für die Patient:innen-Perspektive
 - Anhang 2 - Interviewleitfaden für die Anbieter:innen-Perspektive
 - Anhang 3 - Beispiele für Patient:innen-Kollektive
-

11.1. ANHANG 1 - STANDARDISIERTER FRAGEBOGEN FÜR DIE PATIENT:INNEN-PERSPEKTIVE

1. **Haben Sie für diesen Praxisbesuch einen vorab vereinbarten Termin?**
 - Ja
 - Nein

 2. **Wie dringend war aus Ihrer Sicht der Besuch in dieser Praxis?**
 - Sehr dringend
 - Weniger dringend
 - Nicht dringend

 3. **Wie oft haben Sie diese Praxis in den letzten 12 Monaten aufgesucht/ in Anspruch genommen (inkl. telefonische Ordination, Hausbesuche etc.)?**
 - 0-mal
 - 1-mal
 - 2- bis 5-mal
 - 6- 9-mal
 - 10-mal oder öfter

 4. **Aus welchen Gründen haben Sie sich für die Behandlung in dieser Praxis entschieden? (Mehrfachnennungen sind möglich)**
 - lange Öffnungszeiten: Tagesrandzeiten
 - kurze Wartezeiten in der Ordination
 - Zugang zu anderen Berufsgruppen in der Praxis (Pflege, Ernährungsberatung, Physiotherapie, psychologische oder psychotherapeutische Beratung, Sozialarbeit, Hebamme)
 - Hausarzt/Hausärztin in meiner Nähe
 - barrierefreier Zugang zur Praxis
 - weil man sich mehr Zeit für mich nimmt
 - Vertretungsregelung / zeitliche Verfügbarkeit (muss mir keine Vertretung suchen)
 - gute Erreichbarkeit mit dem Auto/ mit öffentlichen Verkehrsmitteln
 - spezifisches Leistungsangebot (z.B. Prävention, DMP) bzw. besondere Leistungen, die ich sonst nicht gleich gefunden hätte
 - Sonstiges (bitte hier angeben): _____

 5. **Arbeitet Ihre frühere Hausärztin/ Ihr früherer Hausarzt in dieser Praxis?**
 - Ja
 - Nein
-

6. Bitte vergleichen Sie die Praxis mit jener Praxis, in der Ihre frühere Hausärztin/ Ihr früherer Hausarzt gearbeitet hat und geben Sie an, ob die untenstehenden Aussagen zutreffen.

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft wenig zu	trifft nicht zu	kann ich nicht beurteilen
Die Wartezeiten in der Praxis sind im Vergleich zur damaligen Praxis kürzer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn die Wartezeiten länger sind als geplant werde ich über die Gründe und Dauer informiert, in der früheren Praxis war dies nicht der Fall.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Ärztin/ der Arzt/ das Behandlungsteam dieser Praxis hat sich mehr Zeit genommen als in der damaligen Praxis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Anläufe der Untersuchungen/ Behandlungen sind in dieser Praxis besser organisiert als in der früheren Praxis und das Behandlungsteam hat im Rahmen meiner Behandlung besser zusammengearbeitet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es wurde mir angeboten, Folgetermine und Überweisungen direkt für mich zu koordinieren. Dieses Angebot gab es in der früheren Praxis nicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Bitte geben Sie an, ob Sie die nachfolgende Berufsgruppe in den letzten 12 Monaten in dieser Praxis in Anspruch genommen haben.

	ja	nein	weiß ich nicht
Allgemeinmedizinerin / Allgemeinmediziner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pflege (Wundpflege, Blutabnahme, Harnuntersuchung, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ernährungsberatung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Physiotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Psychologische oder psychotherapeutische Beratung	0	0	0
Sozialarbeit	0	0	0
Hebamme	0	0	0
Sonstiges	0	0	0

8. Bitte geben Sie an, wie zufrieden Sie mit diesem Angebot waren.

	sehr zufrieden	eher zufrieden	Eher unzufrieden	sehr unzufrieden
Allgemeinmedizinerin / Allgemeinmediziner	0	0	0	0
Pflege (Wundpflege, Blutabnahme, Harnuntersuchung, etc.)	0	0	0	0
Ernährungsberatung	0	0	0	0
Physiotherapie	0	0	0	0
Psychologische oder psychotherapeutische Beratung	0	0	0	0
Sozialarbeit	0	0	0	0
Hebamme	0	0	0	0
Sonstiges	0	0	0	0

9. Wie einfach war es einen Termin zu bekommen?

	sehr einfach	einfach	schwierig	sehr schwierig
Allgemeinmedizinerin / Allgemeinmediziner	0	0	0	0
Pflege (Wundpflege, Blutabnahme, Harnuntersuchung, etc.)	0	0	0	0
Ernährungsberatung	0	0	0	0
Physiotherapie	0	0	0	0
Psychologische oder psychotherapeutische Beratung	0	0	0	0
Sozialarbeit	0	0	0	0

Hebamme	0	0	0	0
Sonstiges	0	0	0	0

10. Bitte geben Sie an, ob die untenstehenden Aussagen für die Praxis in Bezug auf Wartezeiten und Terminvereinbarungen zutreffen.

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft wenig zu	trifft nicht zu	kann ich nicht beurteilen
AkutpatientInnen erhalten einen Termin noch am selben Tag	0	0	0	0	0
Die Wartezeiten mit Termin sind kurz.	0	0	0	0	0
Wenn die Wartezeiten länger sind als geplant, werde ich über die Gründe und Dauer informiert.	0	0	0	0	0

11. Bitte geben Sie an, ob die untenstehenden Aussagen für die Praxis in Bezug auf die Gespräche mit Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt/ Ihrem Behandlungsteam zutreffen.

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft wenig zu	trifft nicht zu	kann ich nicht beurteilen
...hat sich genügend Zeit genommen.	0	0	0	0	0
...hat in der Untersuchung / Behandlung meine bisherige Krankengeschichte und eventuelle Informationen aus Vorbesuchen mitberücksichtigt.	0	0	0	0	0
...hat mir zugehört.	0	0	0	0	0
...ist auf meine Fragen eingegangen und hat diese verständlich beantwortet.	0	0	0	0	0
...hat mich in medizinische Entscheidungen in Bezug auf weitere Untersuchungen und Behandlungen miteinbezogen.	0	0	0	0	0

12. Bitte geben Sie an, ob die untenstehenden Aussagen für die Praxis in Bezug auf Ihre Untersuchung/ Behandlungen zutreffen.

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft wenig zu	trifft nicht zu	betrifft mich nicht
Ich habe ausreichend Informationen über meine Krankheit/Beschwerden erhalten.	0	0	0	0	0
Es wurde sichergestellt, dass ich die Anweisungen und Informationen meiner Ärztin/ meines Arztes hinsichtlich der Einnahme verschriebener Medikamente verstehe.	0	0	0	0	0
Ich wurde auf Möglichkeiten hingewiesen, an meinem Heilungsprozess mitzuwirken.	0	0	0	0	0
Ich habe Informationen über Angebote zur Vorsorge und Prävention (z.B. Vorsorgeuntersuchungen) erhalten.	0	0	0	0	0
Die Abläufe bei der Untersuchung/Behandlung waren gut organisiert und das Behandlungsteam hat im Rahmen meiner Behandlung gut zusammengearbeitet.	0	0	0	0	0
Es wurde bei meiner Behandlung auf meine Privatsphäre (z.B. beim Umkleiden) und Vertraulichkeit geachtet.	0	0	0	0	0
Das weitere Behandlungsvorgehen wurde mit mir abgestimmt (z.B. Folgetermine, Überweisungen an FachärztIn, Aufnahme ins Krankenhaus).	0	0	0	0	0
Mir wird bei einer Überweisung erklärt, wie ich weiter vorgehen soll.	0	0	0	0	0

Es wurde angeboten,
 Folgetermine und Überweisungen o o o o o
 direkt für mich zu koordinieren.

13. Wo wären Sie mit Ihrem Anliegen hingegangen, wenn es diese Praxis nicht gäbe?

- andere(r) Kassen-Hausärztin/Hausarzt
- andere(r) niedergelassene(r) Kassen-Fachärztin/Facharzt
- Spitalsambulanz/ Notaufnahme
- Wahlärztin/Wahlarzt
- Sonstiges (bitte angeben) _____

14. Wie wichtig ist Ihnen, dass die Praxis an Tagesrandzeiten (vor 8 Uhr und nach 17 Uhr) bzw. am Wochenende/ an Feiertagen geöffnet ist?

sehr wichtig	eher wichtig	egal	eher unwichtig	sehr unwichtig
o	o	o	o	o

15. Haben Sie die Ordination in den letzten 12 Monaten zu Tagesrandzeiten (vor 8 Uhr und nach 17 Uhr) genutzt?

- Ja
- Nein

16. Welches zusätzliche Angebot würden Sie sich noch wünschen?

- Wundmanagement
- Sozialarbeit
- Physiotherapie
- Psychotherapie
- DiätologIn
- Case and Care Management
- Apotheke
- Telekonsultation/Videosprechstunde
- systematische Erinnerung an Kontrolltermine
- Nachsenden von Testergebnissen
- Sonstiges (bitte angeben) _____
- Keines der oben genannten

17. Hat sich für Sie durch diese Praxis etwas in Ihrer Versorgung in Bezug auf die Erreichbarkeit/ den Zugang zur medizinischen Grundversorgung geändert?

- Ja, hat sich verbessert,
- Ja, hat sich verschlechtert
- Nein, keine Veränderung

18. Hat sich durch diese Praxis etwas in Ihrer Versorgung in Bezug auf die Abdeckung Ihrer medizinischen Bedürfnisse geändert?

- Ja, hat sich verbessert,
- Ja, hat sich verschlechtert
- Nein, keine Veränderung

19. Bitte geben Sie an, ob die Aussagen unten für diese Praxis zutreffen.

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft nicht zu	kann ich nicht beurteilen
Insgesamt war ich mit der Untersuchung/ Behandlung in der Praxis zufrieden.	o	o	o	o
Ich würde diese Praxis weiterempfehlen.	o	o	o	o

Persönliche Informationen**20. Geschlecht?**

- weiblich
- männlich
- divers/inter/offen
- Keine Angabe

21. Geburtsjahr?

22. Höchste abgeschlossene (schulische) Ausbildung

- keine abgeschlossene Schulbildung
- Pflichtschule
- Berufsschule/ Lehre /Fach- und Handelsschule
- Meisterprüfung
- Matura
- Hochschulabschluss (Universität/Fachhochschule)
- Anderer Abschluss nach Matura

23. Beschäftigungsstatus

- berufstätig (Voll- oder Teilzeit inkl. selbständig)
- arbeitslos
- in Ausbildung/Schule

- Hausfrau/Hausmann
 - Pensionistin/Pensionist
 - Sonstiges (bitte angeben): _____
-

11.2. ANHANG 2 - INTERVIEWLEITFADEN FÜR DIE ANBIETER:INNEN-PERSPEKTIVE

Interviewleitfaden

zur qualitativen Evaluierung des Praxisalltags und der Arbeitserfahrungen von Betreiber:innen, Manager:innen und Mitarbeiter:innen von Primärversorgungszentren (PVE/PVZ)

Einleitung

Grundlage ist die Beauftragung einer ausgeschriebenen Evaluierung von Primärversorgungszentren in Niederösterreich durch die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) und den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS).

Die Stärkung der Primärversorgung nach internationalem Vorbild ist ein zentrales Anliegen der Gesundheitsreform. Ihr langfristiges Ziel ist eine vernetzte, räumlich und zeitlich einfach zugängliche Primärversorgung für die gesamte Bevölkerung.

Unsere Aufgabe ist die Evaluierung bereits vorhandener Primärversorgungszentren (PVZ) in Niederösterreich. Auf Basis österreichweit geltender Evaluierungsstandards wurde in Abstimmung mit der ÖGK und dem NÖGUS ein Konzept für Niederösterreich entwickelt. Dieses Konzept baut auf drei Säulen auf. Die Systemperspektive wird über eine Datenanalyse betrachtet, die Patient:innen-Perspektive über eine Befragung mittels Fragebögen einbezogen und die Anbieter:innen-Perspektive über die Befragung von Betreiber:innen und Teams in PVZ erhoben.

Der vorliegende Leitfaden stützt die Interviews mit den Betreiber:innen, dem Management und den Mitarbeiter:innen der PVZ, in denen es um Ihre alltäglichen Erfahrungen geht.

Ziel der Gespräche

Ziel der Gespräche ist es aus der Perspektive der Anbieter:in einen Einblick in die Erfahrungen aus der Konzeptionsphase, der Gründungsphase und dem Alltag in den Primärversorgungszentren zu erlangen.

Die Inhalte der Interviews sind Grundlage, um mögliche Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den Häusern und Berufsgruppen hervorzuheben. Die explizite und implizite Bedeutung der Zentren wird erfasst, die Zufriedenheit der Mitarbeiter:innen mit den Arbeitsbedingungen abgefragt und Verbesserungspotenziale aus der Praxis gefasst.

Einstiegsformulierung zum Ziel:

Die Interviews bieten die Möglichkeit einen Einblick und nähere Informationen zu Ihren Erfahrungen bezüglich der *Konzeption, der Gründung und dem Alltag* in einem Primärversorgungszentrum zu bekommen.

Zielgruppe

Die Zielgruppe der Gespräche sind Betreiber:innen, PVE-Manager:innen und Mitarbeiter:innen. Die Termine werden im Vorfeld mit dem/r jeweiligen Betreiber:in, PVE-Manager:in und Mitarbeiter:in abgestimmt und über die BDO ausgesandt.

Rahmeninformationen für die Gesprächspartner:innen (vor Interviewbeginn)

Die Gespräche werden anonymisiert und finden auf freiwilliger Basis statt. Sie können uns demnach so viel oder wenig sagen, wie Sie möchten.

- Aus unserer Position heraus können wir Vertraulichkeit im Sinne der Nicht-Rückverfolgbarkeit von Aussagen zusichern
- Wenn Sie Fragen haben, sich bei einer Fragestellung nicht sicher sind oder diese nicht beantworten möchten, sagen Sie bitte Bescheid.
- Während des Gesprächs werden wir Notizen anfertigen.

Inhaltliche Ausrichtung/ mögliche Auswertungsdimensionen

Die Gespräche basieren auf offenen Fragen, die sich an den folgenden drei Themenkomplexen orientieren:

- Erfahrungen aus der Konzeptionsphase
- Erfahrungen aus der Gründungsphase
- Erfahrungen aus dem Alltag

Bei der Beantwortung der Fragen gibt es weder richtig noch falsch. Wir geben den Gesprächen Raum und fragen offene Fragen, um möglichst vielfältige Themen und Sichtweisen zu sammeln. Das Gesammelte wird erst danach anhand inhaltlicher Dimensionen zugeordnet.

Gesprächseinstieg

Welche Erfahrung ist Ihnen im Arbeitsalltag in der PVE besonders in Erinnerung geblieben?

Wie gefällt Ihnen die Arbeit in der PVE im Vergleich zu Ihrer vorherigen Tätigkeit (in einer „normalen Ordination“)?

Welche Erfahrungen wurden in der Konzeptionsphase gesammelt?

Welche Erlebnisse sind Ihnen bezüglich der Standortsuche und Standortentwicklung für die PVE in Erinnerung geblieben?

Was war für Sie bei der Planung der regionalen Vernetzung und der Schnittstellen besonders prägend?

Welche Erfahrungen haben Sie in Bezug auf Unterstützungsangebote gemacht?

Wie würden Sie den Informationstransfer und Datenaustausch in dieser Anfangsphase beschreiben?

Welche Erfahrungen haben Sie beim Zusammenstellen des Kernteams, bei der Teamfindung allgemein gesammelt?

Welche Kenntnisse haben Sie bei der Erstellung des Versorgungskonzept und des Businessplans gewonnen?

Welche Erkenntnisse konnten Sie aus der Gründungsphase mitnehmen?

Wenn Sie an die Zusammenarbeit der Berufsgruppen zurückdenken, welche Ereignisse fallen Ihnen da ein?

Wie würden Sie den Umgang mit Stolpersteinen und Ihre Lessons Learned/wichtige Lektionen beschreiben?

Welche Erfahrungen haben Sie bei der Suche und Nutzung von Unterstützungsangeboten gesammelt?

Inwieweit profitieren Sie davon noch, welche Fähigkeiten haben Sie dabei dazu gewonnen?

Welche Ereignisse aus dem Alltag sind besonders prägend für Sie?

Welche Aspekte Ihres Alltags verbessern Ihre Arbeitszufriedenheit? / Wie zufrieden sind Sie mit dem Arbeitsalltag der PVE?

Welche Erfahrungen konnten Sie in Bezug auf das Mitarbeiter:innen -Management und Team-Management sammeln?

Wie schätzen Sie die Versorgungswirksamkeit der PVE ein? Wie würden Sie PVE weiterentwickeln? Welche Ideen haben Sie zur Weiterentwicklung?

Welche Erkenntnisse haben Sie speziell im Umgang mit der Covid-Pandemie gewonnen?

11.3. ANHANG 3 - BEISPIELE FÜR PATIENT:INNEN-KOLLEKTIVE

Hier finden sich Beispiele für die definierten Patient:innen-Kollektive (siehe auch Tabelle 2):

Beispiele für die definierten Patient:innen-Kollektive (Auswertungsebenen)																															
Alle Patient:innen	Alle Patient:innen, die in einem Jahr zumindest einen Kontakt in der PVE / KTGR hatten.																														
Stamm-patient:innen A	<p>Patient:innen, die in einem Jahr mehr Kontakte in der PVE / KTGR hatten als bei anderen Allgemeinmediziner:innen.</p> <p><i>Beispiel:</i> Ein:e Patient:in besucht im Jahr 2020 zwei Mal eine PVE und einmal eine andere allgemeinmedizinische Praxis. Der:Die Patient:in ist ein:e Stammpatient:in A.</p>																														
Stamm-Patient:innen B	<p>Patient:innen, die in einem Jahr die Mehrzahl der Kontakte (> 50 %, sonst ausgeschlossen) in der Mehrzahl der Quartale mit Kontakt (mindestens 2) in der PVE / KTGR hatten (im Vergleich zu anderen Allgemeinmediziner:innen).</p> <p><i>Beispiel 1:</i> Ein:e Patient:in besucht im Jahr 2020 je zwei Mal eine PVE in Q2, Q3 und Q4 und einmal eine andere allgemeinmedizinische Praxis in Q1 sowie in Q4. Der:Die Patient:in ist ein:e Stammpatient:in B.</p> <table border="1"> <tr> <td>Q1: Nein</td> <td>Q2: Ja</td> <td>Q3: Ja</td> <td>Q4: Ja</td> <td>Summe: Ja</td> </tr> <tr> <td>0 PVE - 1 AM</td> <td>2 PVE - 0 AM</td> <td>2 PVE - 0 AM</td> <td>2 PVE - 1 AM</td> <td>3/4 der Quartale mehr Kontakte in PVE</td> </tr> </table> <p><i>Beispiel 2:</i> Ein:e Patient:in besucht im Jahr 2020 einmal eine PVE in Q1 und keine andere allgemeinmedizinische Praxis. Der:Die Patient:in ist <u>kein:e</u> Stammpatient:in B (aber Stammpatient:in A).</p> <table border="1"> <tr> <td>Q1: Ja</td> <td>Q2: Nein</td> <td>Q3: Nein</td> <td>Q4: Nein</td> <td>Summe: Nein</td> </tr> <tr> <td>1 PVE - 0 AM</td> <td>0 PVE - 0 AM</td> <td>0 PVE - 0 AM</td> <td>0 PVE - 0 AM</td> <td>1/4 Quartale mehr Kontakte in PVE</td> </tr> </table> <p><i>Beispiel 3:</i> Ein:e Patient:in besucht im Jahr 2020 in Q1 einmal eine PVE und einmal eine andere allgemeinmedizinische Praxis. Außerdem besucht der:die Patient:in in Q3 und Q4 noch einmal die PVE. Der:die Patient:in ist <u>kein*e</u> Stammpatient:in B.</p> <table border="1"> <tr> <td>Q1: Nein</td> <td>Q2: Nein</td> <td>Q3: Ja</td> <td>Q4: Ja</td> <td>Summe: Nein</td> </tr> <tr> <td>1 PVE - 1 AM</td> <td>0 PVE - 0 AM</td> <td>1 PVE - 0 AM</td> <td>1 PVE - 0 AM</td> <td>2/4 Quartale mehr Kontakte in PVE</td> </tr> </table>	Q1: Nein	Q2: Ja	Q3: Ja	Q4: Ja	Summe: Ja	0 PVE - 1 AM	2 PVE - 0 AM	2 PVE - 0 AM	2 PVE - 1 AM	3/4 der Quartale mehr Kontakte in PVE	Q1: Ja	Q2: Nein	Q3: Nein	Q4: Nein	Summe: Nein	1 PVE - 0 AM	0 PVE - 0 AM	0 PVE - 0 AM	0 PVE - 0 AM	1/4 Quartale mehr Kontakte in PVE	Q1: Nein	Q2: Nein	Q3: Ja	Q4: Ja	Summe: Nein	1 PVE - 1 AM	0 PVE - 0 AM	1 PVE - 0 AM	1 PVE - 0 AM	2/4 Quartale mehr Kontakte in PVE
Q1: Nein	Q2: Ja	Q3: Ja	Q4: Ja	Summe: Ja																											
0 PVE - 1 AM	2 PVE - 0 AM	2 PVE - 0 AM	2 PVE - 1 AM	3/4 der Quartale mehr Kontakte in PVE																											
Q1: Ja	Q2: Nein	Q3: Nein	Q4: Nein	Summe: Nein																											
1 PVE - 0 AM	0 PVE - 0 AM	0 PVE - 0 AM	0 PVE - 0 AM	1/4 Quartale mehr Kontakte in PVE																											
Q1: Nein	Q2: Nein	Q3: Ja	Q4: Ja	Summe: Nein																											
1 PVE - 1 AM	0 PVE - 0 AM	1 PVE - 0 AM	1 PVE - 0 AM	2/4 Quartale mehr Kontakte in PVE																											

Tabelle 46: Beispiele für die definierten Patient:innen-Kollektive

WE SEARCH FOR GREATNESS.



***BDO Health Care
Consultancy GmbH
QBC 4 - Am Belvedere 4
(Eingang Karl-Popper-Straße 4)
1100 Wien***

bdo.at

BDO Health Care Consultancy GmbH ist Mitglied von BDO International Limited und gehört zum internationalen BDO Netzwerk voneinander unabhängiger Mitgliedsfirmen. BDO ist der übergreifende Markenname für das BDO Netzwerk und für jede seiner Mitgliedsfirmen. Dieses Dokument wurde mit Sorgfalt erstellt, ist aber allgemein gehalten und kann daher nur als Erstinformation angesehen werden. Es ist somit nicht geeignet, konkreten Beratungsbedarf abzudecken, sodass die hier enthaltenen Informationen nicht verwertet werden sollten, ohne zusätzlichen professionellen Rat einzuholen. Bitte wenden Sie sich an die zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der BDO Health Care Consultancy GmbH, um die hier erörterten Themen unter Bedachtnahme Ihrer spezifischen Beratungssituation zu besprechen. Die BDO Health Care Consultancy GmbH, deren Partnerinnen und Partner, Angestellte und Vertreterinnen und Vertreter übernehmen keinerlei Haftung oder Verantwortung für Schäden, die sich aus einem Handeln oder Unterlassen im Vertrauen auf die hier enthaltenen Informationen oder darauf gestützte Entscheidungen ergeben.

© BDO Health Care Consultancy GmbH 2023. Alle Rechte vorbehalten.