

Mag. Christoph Beitel

OÖGKK, Abteilung Behandlungsökonomie

Mag. Harald Danner

OÖGKK, Abteilung Vertragspartner I

Ambulante pädiatrische Versorgung in Kirchdorf – Pilotprojekt für ein neues Versorgungsmodell aus Sicht der OÖGKK

1. Ausgangslage für das Pilotprojekt in Kirchdorf	44
2. Ziele und Maßnahmen	47
3. Ergebnisse der Evaluierung	50
4. Fazit und Ausblick	56

Das Pilotmodell Kirchdorf ist ein Beispiel für das Potential einer gelungenen organisationsübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen: Über Organisations- und Systemgrenzen hinweg haben sich die OÖ Gesundheits- und Spitals-AG (gespag), die ÄK für OÖ und die OÖGKK – jeweils mit unterschiedlichen Ansatzpunkten und Interessenlagen – auf gemeinsame Ziele, insbesondere die Aufrechterhaltung der umfassenden pädiatrischen Versorgung am Standort Kirchdorf, geeinigt und die dafür nötigen Schritte gesetzt. Die Evaluierung hat gezeigt, dass solche „Verschränkungsmodelle“ zur Verbesserung der Patientenversorgung, zur Nutzung von Synergien und zur Verhinderung von Ressourcen verschlingenden Doppelgleisigkeiten beitragen können.

1. Ausgangslage für das Pilotprojekt in Kirchdorf

Die Problemstellung für die pädiatrische Versorgung in Kirchdorf vor Vereinbarung des Pilotprojekts bestand insbesondere darin, dass personelle Änderungen bevorstanden sowie hinsichtlich der Strukturen ein Veränderungsbedarf geortet wurde:

- Einerseits ging der langjährige Leiter der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde am LKH Kirchdorf, der aufgrund einer historisch gewachsenen Sonder-situation in Personalunion auch der einzige niedergelassene Vertragsfacharzt für Kinder- und Jugendheilkunde am Standort Kirchdorf war, in Pension.
- Andererseits war die Spitalsabteilung mit sinkenden Fallzahlen konfrontiert. Im Zuge der Strukturanpassungen, die mit der Spitalsreform II umgesetzt wurden, war daher ein Handlungsbedarf gegeben.³
- Auch die Vertragsfacharztstelle im niedergelassenen Bereich war nur teilweise ausgelastet.⁴

1.1. Zusammenarbeit zur Erhaltung des Versorgungsstandorts

Vor diesem Hintergrund wurden in konstruktiver Zusammenarbeit der System-partner OÖ Gesundheits- und Spitals AG (gespag), Ärztekammer für OÖ, OÖGKK und unter Beteiligung der betroffenen Ärzte klare Zielsetzungen für den gefährdeten pädiatrischen Versorgungsstandort in Kirchdorf formuliert und vereinbart. Aus den Zielen wurden Maßnahmen abgeleitet und ein im Nachhinein evaluierbares Konzept entwickelt⁵, das strukturelle und organisatorische Neuerungen vorsieht.

3 Ziel der Spitalsreform II ist es, in OÖ weiterhin eine flächendeckende, bedarfsgerechte, in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmte, hochwertige medizinische Versorgung sowie die langfristige Finanzierbarkeit des Spitalsystems sicherzustellen; vgl. den Bericht des Landesrechnungshofs OÖ Umsetzung der Spitalsreform II (Stand Ende 2013), LRH-100000-6/12-2014-SPI, Seite 3, abrufbar auf: https://www.lrh-ooe.at/_files/downloads/berichte/2014/IP_SpitalsreformII_Bericht.pdf

4 Vgl. zur Entstehungsgeschichte des Modells ausführlich Herdega, Neues Versorgungsmodell für die ambulante Pädiatrische Versorgung im Raum Kirchdorf, ZGP 01/2013, 138 ff.

5 Vgl. zur Herangehensweise bei Innovationen, insbesondere Pilotprojekten Kiesel, Design Thinking - Ein neuer Ansatz zur Stärkung der Innovationskraft auch in der sozialen Krankenversicherung!, SozSi 9/2013, 430

Anstatt jeweils kostenintensive, doch nur wenig ausgelastete Parallelstrukturen weiterhin zu unterhalten, wurde der Weg gewählt, ab 01.07.2011 die ambulanten Leistungen in einer neu gegründeten Vertragsgruppenpraxis für Kinder- und Jugendheilkunde zu konzentrieren. Die pädiatrische Ambulanz im Landeskrankenhaus Kirchdorf wurde zeitgleich geschlossen. Somit wurden die ambulanten Leistungen aus dem Fachgebiet Kinder- und Jugendheilkunde aus dem Spital ausgelagert. Davon ausgenommen sind Wachstumshormonbehandlungen und Notfälle außerhalb der Öffnungszeiten der Vertragsgruppenpraxis. Der Abteilungsbetrieb und die stationäre Versorgung werden im LKH Kirchdorf weitergeführt.⁶

Mit der Kinderfacharzt-Gruppenpraxis ist keine Ausweitung des Stellenplans im niedergelassenen Bereich verbunden: Mehrere Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde teilen sich die Kassenstelle im Rahmen eines Jobsharing-Modells. Es besteht eine personelle Verschränkung zwischen dem intramuralen und dem extramuralen Bereich: Die Teilzeittätigkeit im niedergelassenen Bereich wird von den gleichen Fachärzten ausgeübt, die in der Spitalsabteilung tätig sind.

Diese neue Versorgungsform (Verschränkungsmodell) wurde als Pilotprojekt entwickelt, mit dem beabsichtigt ist, die kinderfachärztliche Versorgung für den Standort Kirchdorf langfristig in hoher Qualität sicherzustellen.

Das Pilotmodell Kirchdorf ist ein Beispiel für die Lösungskompetenz einer organisationsübergreifenden Zusammenarbeit der Einrichtungen im Gesundheitswesen. Die Ärztekammer für OÖ und die OÖGKK arbeiten bereits seit 2005 an einer gemeinsamen Zielsteuerung und machen mit dieser an gemeinsamen Zielen orientierten strukturierten Kooperationsform ausgezeichnete Erfahrungen.⁷ Bei der Erarbeitung des Pilotmodells Kirchdorf konnte auf dieser bewährten Zusammenarbeit aufgebaut und die Erarbeitung von Lösungsansätzen für gemeinsame Herausforderungen auch mit mehreren Beteiligten – im konkreten Fall die gespag als Rechtsträger des LKH Kirchdorf, Ärztekammer für OÖ und OÖGKK – durchgeführt und gemeinsame Ziele sowie kompatible Interessenlagen gefunden werden.

6 Vgl. *Herdega*, ZGP 01/2013, 145 f.

7 Vgl. dazu *Wesenaue*r, „Kooperations-Scorecard“ – Kooperationen strategisch ausrichten, SozSi 10/2011, 504

1.2. Über den Anlassfall hinausgehende Bedeutung des Pilotprojekts

Die OÖGKK will mit den ihr anvertrauten Beiträgen die bestmögliche Versorgung bereitstellen und arbeitet an der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems aktiv mit. Es liegt im gemeinsamen Interesse der Systempartner, sinnvolle Konzepte zur Verringerung der Gesamtkosten der medizinischen Versorgung ohne Qualitätsverlust beispielsweise durch Abbau von Doppelstrukturen einzusetzen und voranzutreiben. Dies ist auch ein Kernbereich der Gesundheitsreform 2013, die eine bessere Abstimmung der Versorgungsangebote, insbesondere zwischen dem Krankenanstaltenbereich und dem niedergelassenen Versorgungsbereich, unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Menschen anstrebt: Orientiert am „best point of service“⁸ (also dort, wo die Leistung aus Patienten-, Qualitäts- und Kostensicht am besten erbracht werden kann) sollen die Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozesse analysiert und wenn nötig bedarfsgerecht angepasst werden. Unter diesem Aspekt können neue Versorgungsformen bzw. effizientere Strukturalternativen entwickelt werden⁹; dies mit den Zielen, die Versorgungsqualität zu erhalten und gleichzeitig unnötige (und teure) Doppelgleisigkeiten bei der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zu vermeiden.¹⁰

So ist beispielsweise mit einem teilweise nahezu identischen Vorhalten von hochwertigen und hochpreisigen, jeweils oft nicht voll ausgelasteten medizintechnischen Geräten am selben Versorgungsstandort in unmittelbarer räumlicher Nähe einerseits im Spital, andererseits im niedergelassenen Bereich kein Mehrwert für die Patientenversorgung verbunden. Im Gegenteil: Die Mittel, die zum Aufbau und zur Erhaltung dieser Parallelstrukturen aufgewendet werden, könnten an anderer Stelle sinnvoller eingesetzt werden. Wenn dies nach der jeweiligen Situation vor Ort sinnvoll ist, ist im Rahmen von Verschränkungsmodellen neben dem Auslagern vom Spital in den niedergelassenen Bereich auch das Verlagern vom niedergelassenen Bereich ins Spital denkbar (z.B. bei radiologischen Leistungen).¹¹

8 Vgl. die Begriffsbestimmung in § 3 Z 2 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG): „Best point of service“: Jene Stelle, an der die Erbringung der kurativen Versorgung jeweils zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig erfolgt.

9 Vgl. § 5 Abs. 3 Z 2 G-ZG

10 Vgl. § 5 Abs. 2 Z 3 G-ZG: Eines der Ziele der Zielsteuerung Gesundheit ist es, das Leistungsangebot in allen Sektoren aufeinander abzustimmen, patienten- und bedarfsorientiert zu gestalten und dabei Parallelstrukturen zu verhindern bzw. abzubauen.

11 Vgl. Risak, Der Stellenplan für Kassenärzte, RdM 2015/143, 255 (259)

2. Ziele und Maßnahmen

Vor diesen Hintergründen ist daher eine mit der Evaluierung einhergehende sorgfältige Analyse – insbesondere, ob und mit welchen umgesetzten Maßnahmen und Veränderungen die angestrebten Ziele erreicht wurden und in welchen Bereichen Verbesserungsmöglichkeiten bestehen – von besonderer Relevanz. Im Folgenden werden daher die für das Pilotprojekt gesetzten Ziele und die gewählten Umsetzungsmaßnahmen nochmals dargestellt:

2.1. Versorgungs- und qualitätsbezogene Ziele

2.1.1. Zielvorgaben

Ein wesentliches Ziel des Pilotprojekts ist es, die intra- und extramurale pädiatrische Versorgung in der Region Kirchdorf zu sichern und den Patientinnen und Patienten eine qualitätsvolle medizinische Versorgung möglichst kundenfreundlich anzubieten. Im Vergleich zur vorherigen Parallelstruktur Krankenhausambulanz und Vertragsfacharztpraxis werden kürzere Wartezeiten auf einen Termin, kürzere Wartezeiten in der Ordination, eine raschere Versorgung im Akut- bzw. Notfall und eine höhere Patientenzufriedenheit erwartet. Die Zufriedenheit der Kooperationspartner (insbesondere Zuweiser) und der beteiligten Ärzte mit dem neuen Versorgungsmodell soll ebenfalls gewährleistet sein.

2.1.2. Maßnahmen

Mit folgenden, auf Basis des § 343 Abs. 1 Satz 3 ASVG im Einzelvertrag vereinbarten Maßnahmen wurde die Zielerreichung angestrebt:¹²

- Vernetzung von Spital und niedergelassenen Fachärzten sowie Kontinuität bei der Patientenversorgung: Die Ärztinnen und Ärzte der Gruppenpraxis arbeiten auch im stationären Betrieb des LKH Kirchdorf. Um die Personenidentität aufrechtzuerhalten, werden entsprechende Regelungen in die Dienstverträge,

12 Nach § 343 Abs. 1 Satz 3 ASVG können die Einzelvertragsparteien abweichend von § 341 Abs. 3 mit Zustimmung der zuständigen Ärztekammer ergänzende oder abweichende Regelungen hinsichtlich Art, Umfang und Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit insbesondere im Zusammenhang mit der Festlegung der Öffnungszeiten, für Spitalsambulanzen entlastende Leistungen oder für dislozierte Standorte treffen; vgl. *Kneihns/Mosler in Mosler/Müller/Pfeil, Der SV-Komm § 341 ASVG Rz 15* (Stand 31.12.2012, rdb.at)

den Gesellschaftsvertrag und die Ausschreibungsbedingungen für eine Gesellschafterposition in der Gruppenpraxis aufgenommen. Die Tätigkeit im LKH Kirchdorf ist an die Tätigkeit in der Gruppenpraxis gekoppelt.¹³

So wird ermöglicht, dass nach einer Behandlung im niedergelassenen Bereich, bei der sich die Notwendigkeit einer Anstaltspflege ergibt, der Patient im Spital vom selben Facharzt weiterbetreut wird. Auch die Nachbetreuung nach Krankenhausaufenthalten kann durch dieselben, mit dem Fall und dem Patienten bereits vertrauten Ärzte durchgeführt werden.¹⁴

- **Ausgeweitete Öffnungszeiten:** Die einzelvertraglich vereinbarten Mindestöffnungszeiten der Gruppenpraxis betragen 27 Stunden wöchentlich. Einzelpraxen und Gruppenpraxen nach Modell 3 sind hingegen grundsätzlich zu Mindestöffnungszeiten von 20 Stunden pro Woche verpflichtet.¹⁵ Der Stellenvorgänger hatte nur Ordinationszeiten von 15 Stunden in der Woche angeboten. Die Gruppenpraxis ist während zweier Nachmittagsordinationen von jeweils 13 bis 18 Uhr unter der Woche und am Samstag von 10 bis 12 Uhr in der Patientenversorgung tätig.
- **Ganzjähriger Betrieb:** Eine (z.B. urlaubsbedingte) Schließung der Gruppenpraxis ist vertraglich ausgeschlossen. Im Verhinderungsfall haben die Gesellschafter der Gruppenpraxis für eine Vertretung in der Ordination zu sorgen.
- **Transparenz der Anwesenheitszeiten:** Damit den Patienten eine freie Arztwahl zwischen den Gesellschaftern der Gruppenpraxis gemäß § 52 a Abs. 3 Z 11 ÄrzteG ermöglicht wird, werden die Anwesenheitszeiten der jeweiligen Gesellschafter gegenüber den Patienten offengelegt.¹⁶
- **Festgelegtes Leistungsspektrum:** Die Gruppenpraxis ist verpflichtet, den gesamten kassenvertraglichen Leistungskatalog im Fach Kinderheilkunde (ausgenommen Wachstumshormonbehandlungen) anzubieten.

13 Vgl. zu den Details der Umsetzung näher *Herdega*, ZGP 01/2013, 148 f.

14 Vgl. *Herdega*, ZGP 01/2013, 142 und im Detail 147 f. sowie die Presseaussendung https://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=14&ved=0CCwOFjADOApqFQoTCOruscHm6cgCFYzsFAodBU8lrA&url=http%3A%2F%2Fwww.kinderarzt-kirchdorf.at%2Fapp%2Fdownload%2F5223443710%2FPresseaussendeung_LKH.pdf%3Ft%3D1310116043&usg=AFQjCNFA5ejK5Gg9t21Rwb2isj6YXpYrdg&cad=rja

15 Beim in OÖ vereinbarten Gruppenpraxis-Modell 3 teilen sich die ärztlichen Gesellschafter *eine* Kassenplanstelle, dementsprechend sind die Mindestordinationszeiten im Regelfall wie bei Einzelpraxen zu gestalten; die Vertragsgruppenpraxis in Kirchdorf stellt hier eine Ausnahme dar.

16 Die Vertragsgruppenpraxis veröffentlicht die Anwesenheitszeiten der Ärzte im Internet: <http://www.kinderarzt-kirchdorf.at/dienstplan/>

- Qualitätssicherung: Die Gruppenpraxis hat sich verpflichtet, binnen 5 Jahren nach Beginn des Kassenvertrages den Prozess zur Erlangung des EPA-Zertifikats¹⁷ zu durchlaufen.
- Die Gruppenpraxis hatte bis Ende 2011 für einen barrierefreien Zugang zu den Ordinationsräumlichkeiten zu sorgen.

2.2. Kostenbezogene Ziele

2.2.1. Zielvorgaben

Durch das neue Versorgungsmodell werden bei einer Gesamtbetrachtung des intramuralen und des extramuralen Bereichs gegenüber der vorhergehenden Situation niedrigere Gesamtkosten durch Abbau von Doppelstrukturen erwartet.

Die Ziele für den intramuralen Bereich sind, dass es sowohl bei den ambulanten Frequenzen als auch bei den ambulanten Leistungen im Kinderbereich am LKH Kirchdorf zu einem Rückgang um mindestens 60 % im Vergleich zu 2009 kommt. Im extramuralen Bereich sollen durch die Gruppenpraxis weder im Eigenkosten- noch im Folgekostenbereich höhere Aufwendungen als der Durchschnitt der Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde in Oberösterreich verursacht werden.

2.2.2. Maßnahmen

Mit folgenden Maßnahmen wurde die Zielerreichung angestrebt:

- Nutzung von Synergien im Spitalsbereich.
- Fachärztliche Rufbereitschaft anstelle von Anwesenheitsdiensten im LKH Kirchdorf.
- Limitierung der Fallzahl und des Umsatzes der Vertragsgruppenpraxis unter Berücksichtigung des Fachgruppenschnitts.
- Die Gruppenpraxis hat die Laborleistungen an das Labor des LKH Kirchdorf zuzuweisen, soweit dessen Leistungskatalog betroffen ist. Dies deshalb, weil die Vertragsgruppenpraxis viele prä- und postoperative Befundungen, die schon zuvor innerhalb der Leistungspflicht des LKH Kirchdorf erbracht wurden, benötigt. Alle anderen Zuweisungen, insbesondere die Zuweisungen zu radiologischen Leistungen, erfolgen nach den gleichen Bestimmungen, die für andere Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen gelten.

17 Vgl. dazu http://www.europaeisches-praxisassessment.at/epa/upload/CONTENT/Zertifizierung/CL-Zertifikatskriterien_Ordination_2012.pdf

3. Ergebnisse der Evaluierung

Die Details des kürzlich fertig gestellten Evaluierungsberichts werden in einem gesonderten Beitrag dargestellt. Der Evaluierungsbericht hat gezeigt, dass die vereinbarten Ziele des Pilotprojekts insgesamt betrachtet erfüllt wurden. Die aus der Evaluierung ableitbaren Erkenntnisse und mögliche Veranlassungen werden noch Gegenstand weiterer Analysen sein. Nachfolgend werden daher nur einige Aspekte herausgegriffen:

3.1. Patientenversorgung und Patientenzufriedenheit

Die Evaluierung der Patientenzufriedenheit durch das Ärztliche Qualitätszentrum zeigt ein erfreuliches Bild, alle Zielvorgaben in diesem Bereich wurden erfüllt.

Das Modell wird von den Patienten gut angenommen, insbesondere liegt die Gesamtzufriedenheit der Patienten mit der Gruppenpraxis im Bereich des Fachgruppenschnitts. Die personelle Verschränkung zwischen Spital und Gruppenpraxis wird von den Patienten als Vorteil erlebt.

Beim wichtigen Parameter Wartezeitsituation auf einen Termin in der Ordination ergibt sich, dass die Gruppenpraxis für akuten und dringenden Behandlungsbedarf Termine am selben Tag vergibt. Bei Routineterminen ohne Beschwerden (ausgenommen Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen) beträgt die Wartezeit zwischen vier und fünf Wochen.

Auffällig in diesem Bereich ist die signifikant höhere Zufriedenheit der Patienten mit den (gegenüber anderen Ordinationen von 20 auf 27 Stunden) erweiterten Mindestöffnungszeiten.

3.2. Erfahrungen der Ärzte

Das angestrebte Ziel der Steigerung der Attraktivität des Versorgungsstandortes Kirchdorf für die Leistungserbringer wurde erreicht.

Die Erfahrungen aus den ersten Projektjahren mit den administrativen und medizinischen Abläufen in der Vertragsgruppenpraxis sind durchwegs positiv, der organisatorische Aufwand wurde von den beteiligten Personen als „moderat“ beurteilt.

Als Nachteil wird von den Ärzten vor allem die räumliche Trennung Krankenhaus und Gruppenpraxis (die Ordination ist 600 m weit vom Spital entfernt und nicht im selben Gebäude) erlebt, die folgende Konsequenzen nach sich zieht:

- Die Ausbildung der jungen Ärzte leidet, da sie weniger leicht die Gelegenheit haben, regelmäßig akute ambulante Patienten zu begutachten. Diese fehlende Erstbegutachtung ist jedoch wichtig für die Ausbildung.
- Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung können nicht jederzeit in die Ordination kommen, um Kinder vor Ort zu sehen, typische Erstbegutachtung-Patienten sehen sie im Rahmen ihrer Ausbildung nicht mehr.¹⁸
- Kollegen der Gruppenpraxis können in Spitzenzeiten (z.B. für eine Stunde) nicht aushelfen.
- Weiterführende Untersuchungen (Radiologie, Labor) wären im Krankenhaus für Patienten und Eltern schneller und nur ein paar Türen weiter verfügbar.
- Auf Befunde von EKG-, Röntgen- oder Ultraschall-Untersuchungen kann aus der Ordination nicht direkt zugegriffen werden.

Die Rückmeldungen der beteiligten Ärzte zur gewählten Umsetzungsform zeigen insbesondere, dass eine die im Pilotprojekt gemachten Erfahrungen berücksichtigende weitere Auseinandersetzung mit den Vor- und Nachteilen des gewählten Standorts (bzw. ob in diesem oder in anderen Fällen auch eine Lösung „unter einem Dach“ in Frage kommt) sinnvoll ist. Dabei ist unter anderem die Maßnahme der Vernetzung zwischen Spital und niedergelassenen Fachärzten (vgl. Punkt 2.1.2.) angesprochen, bei der von den Ärzten Verbesserungsmöglichkeiten geortet wurden.

¹⁸ Grund dafür ist eine Rechtsunsicherheit seitens des Spitalsträgers bezüglich der Haftungsfrage, z.B. bei Arbeitsunfällen (die Gruppenpraxis ist kein ausgelagerter Dienstort).

3.3. Konsequenzen für die Kostenträger

Mit dem Pilotmodell sollte eine gegenüber der vorherigen Doppelstruktur insgesamt betrachtet effektivere und effizientere Versorgungsstruktur geschaffen werden. Unter Berücksichtigung der vereinbarten Gesamtbetrachtung wurde diese Erwartung erfüllt. Die ambulante kinderfachärztliche Versorgung wird in Kirchdorf nun hauptsächlich im niedergelassenen Bereich in hoher Qualität sowie aus behandlungsökonomischer Sicht insgesamt effizient erbracht.

Bei den Detailergebnissen der Evaluierung ergeben sich dennoch einige Ansatzpunkte für darauf aufbauende weitere Maßnahmen:

3.3.1. Frequenzen und Leistungen im Spitalsbereich

Die Projektziele „Reduktion der ambulanten Frequenzen und Leistungen“ um jeweils mindestens 60 % wurden erreicht.

Seit dem Inkrafttreten des neuen Modells sind die Kosten der Pädiatrieambulanz deutlich gesunken.

Auch die stationären Aufnahmen nach einem Ambulanzbesuch sind im Beobachtungszeitraum um mehr als die Hälfte gesunken. Bemerkenswert ist die Stellungnahme der beteiligten Ärzte zu dieser Entwicklung, die den Grund in der kontinuierlichen Betreuung durch die selben Ärzte sehen. Der Rückgang von stationären Aufnahmen sei darin begründet, dass man bei bekannten Kindern eine ambulante Betreuung aufgrund dessen, dass man Kind und Eltern kennt, oftmals leichter medizinisch verantworten könne. Auch eine Verkürzung der stationären Aufenthaltsdauer gehe mit der gesicherten Weiterbetreuung von stationären Kindern durch dieselben Ärzte einher.¹⁹

3.3.2. Fälle, Frequenzen und Leistungen im niedergelassenen Bereich

Während bei den betrachteten Vergleichsjahren des Vertragsvorgängers die Jahressumme der Fälle²⁰ in etwa auf dem gleichen Niveau blieb, stieg seit Vertragsbeginn der Gruppenpraxis (01. Juli 2011) die Anzahl der Fälle trotz im Wesentlichen unveränderter Bedarfssituation kontinuierlich. Seit dem dritten Quartal 2013 hat die Gruppenpraxis pro Quartal regelmäßig mehr Fälle als der Fachgruppenschnitt (2013 gab es in Oberösterreich 38 Vertragsärzte für Kinder- und

19 Evaluierungsbericht des Pilotprojekts Pädiatrische Versorgung in Kirchdorf, 40

20 Als Fall gezählt werden Patienten pro Quartal

Jugendheilkunde) desselben Zeitraums. Der jeweilige Jahreswert des Fachgruppenschnitts blieb während dieses Zeitraums vergleichsweise konstant.

Ebenso steigt seit Vertragsbeginn die Anzahl der behandelten Patienten pro Jahr. Seit 2013 versorgt die Gruppenpraxis mehr Patienten als der Fachgruppenschnitt desselben Zeitraums. Gemeinsam mit der Zunahme der Fälle steigen auch die Anzahl der abgerechneten Leistungen sowie der an die Vertragsgruppenpraxis ausbezahlte Umsatz.

Die grundsätzliche Leistungsausweitung der Gruppenpraxis gegenüber dem Vertragsvorgänger ist keine Überraschung, da in der Gruppenpraxis die wöchentlichen Ordinationszeiten 27 Stunden betragen (im Vergleich zu 20 Wochenstunden in einer Einzelpraxis und zur reduzierten Öffnungszeit von 15 Wochenstunden des Vorgängers) und die Gruppenpraxis das ganze Jahr über geöffnet ist (keine urlaubsbedingten Schließungen). Betrachtet man die Gesamtzahl der Inanspruchnahme der ambulanten ärztlichen Hilfe – sowohl im niedergelassenen als auch im intramuralen Bereich (e-card-Steckungen in der Gruppenpraxis und ambulante Frequenzen in der Kinderambulanz des LKH-Kirchdorf) –, ergibt sich ein relativ sprunghafter Anstieg zwischen den Jahren 2011 und 2012 und von 2012 auf 2013. Die erste Zunahme geht auf den Beginn der Gruppenpraxis ab Juli 2011 zurück und ist mit der deutlichen Zunahme der Ordinationszeiten und bei der Anzahl der Ärztinnen und Ärzte zu begründen. Danach ist im ersten Quartal 2013 eine vierte Ärztin als weiterer Juniorpartner in die Gruppenpraxis eingestiegen, wodurch sich mehr Behandlungskapazitäten ergeben haben.

Der vereinbarten Begrenzung der abrechenbaren²¹ Fälle kommt somit in mehrfacher Hinsicht Bedeutung zu:²²

- Die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe ist einerseits vom Bedarf, insbesondere von der Bevölkerungsdichte und -struktur im potenziellen Einzugsgebiet, abhängig, andererseits aber auch vom Angebot („angebotsinduzierte Nachfrage“²³). In der Gruppenpraxis ist zwischenzeitlich eine Kapazität von vier in Teilzeit tätigen Ärztinnen und Ärzten vorhanden. Nach den Bedarfsprüfungskri-

21 Auf die Patientenversorgung hat diese Begrenzung keinen Einfluss: Eine Überschreitung der Patientenbegrenzung berechtigt die Vertragsgruppenpraxis nicht zur Ablehnung einer Behandlung. Auch eine private Verrechenbarkeit von Leistungen der Krankenbehandlung ist schon durch § 13 des oö Gruppenpraxis-Gesamtvertrags ausgeschlossen.

22 Ohne diese doppelte Limitierung läge der ausbezahlte Umsatz der Gruppenpraxis mittlerweile über dem Fachgruppenschnitt. Derartige Überschreitungen werden rückwirkend korrigiert.

23 Die Nachfrage durch die Patientinnen und Patienten wird vom Angebot beeinflusst. Die Steuerung des Gesamtsystems sollte sich daher auf bedarfsorientierte nutzensteigernde Maßnahmen und Angebote ausrichten; vgl. Goltz, Möglichkeiten der Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsplanung, SoZi 2014, 74 (75)

terien des § 342 Abs. 1 Z 1 ASVG und des Stellenplans ist jedoch in Kirchdorf nur eine Facharztstelle für Kinder- und Jugendheilkunde im niedergelassenen Bereich vorgesehen.²⁴

- Weiters wird durch die Umsatzbegrenzung im Kassenvertrag die bestehende Problematik der Detailabgrenzung von Kassenleistungen und spitalsambulanten Leistungen, für die der Rechtsträger der Krankenanstalt aufkommt, entschärft: Die Gruppenpraxis führt anamnestische und diagnostische Aufgaben im Vorfeld von Operationen oder anderen stationären Behandlungen durch, die zuvor in der Krankenhausambulanz erbracht wurden. Nach den Angaben der Ärzte werden auch Nachbehandlungen generell in der Ordination durchgeführt.²⁵

3.3.3. Ökonomieverhalten

In drei Jahren des Vollbetriebs von 2012 bis 2014 hat die Gruppenpraxis unter allen Vertragspartnern des Bereichs Kinderheilkunde den höchsten Anteil an Krankenhausaufnahmen binnen einer Woche nach Termin in der Vertragspartnerordination. Dies beruht darauf, dass die Gruppenpraxis gemäß Vereinbarungen mit der Gespag und der OÖGKK anamnestische und diagnostische Aufgaben im Vorfeld von Operationen oder anderen stationären Behandlungen erfüllt, die ansonsten in einer Krankenhausambulanz erbracht werden.

Im Vergleich zum vorigen Vertragspartner zeigt sich dennoch ein deutlicher Rückgang bei der Menge der Krankenhausaufnahmen je 100 Fälle.

Verglichen mit der Fachgruppe arbeitet das Ärzteteam der Gruppenpraxis hinsichtlich Medikamentenverordnung und Folgeüberweisungen aktuell sehr ökonomisch. Bei den Heilbehelfen und Hilfsmitteln ergeben sich deutlich höhere Folgekosten als im Fachgruppenschnitt.

24 Grundlage der Verteilung der Arztstellen bei der Stellenplanung in OÖ ist ein mit dem Softwarecenter Hagenberg entwickeltes Software-Programm, mit dem eine für die vertragsärztliche Versorgung optimale Verteilung der vereinbarten Anzahl an Vertragsarztstellen über ganz OÖ sichergestellt wird (sog. „Hagenberger Modell“). Berücksichtigt werden dabei aktuell bestehende Arztstandorte, aktuelle Einwohnerzahlen (Statistik Austria), Pendler mit ihrer Präferenz, am Wohn- oder Dienort zum Arzt zu gehen, kürzeste Fahrzeiten mit PKW, Eigenschaften eines potenziellen Facharztstandortes (z.B. Mindestzahl an Einwohnern; Bezirkshauptstadt, ...).

25 Diese spitalsambulanten Leistungen werden der Gruppenpraxis von der Gespag im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung Spital-Gruppenpraxis für spitalsambulante Leistungen § 50 Abs. 2a OÖKAG abgegolten.

Im Vergleich zum vorigen Vertragspartner sind die Folgekosten je Fall für Medikamente zurückgegangen. Im Bereich Heilbehelfe und Hilfsmittel sind die Folgekosten gestiegen. Insgesamt sind die Folgekosten (Medikamente, Überweisungen und Heilbehelfe und Hilfsmittel) über die Jahre relativ konstant (sowohl in der Fachgruppe als auch beim Vertragspartner in Kirchdorf), wobei dem Vertragspartner in Kirchdorf insgesamt vergleichsweise niedrigere Folgekosten zugeschrieben werden als dem Durchschnitt der Fachgruppe.

Das Behandlungs- und Ökonomieverhalten des Ärzteteams weicht signifikant sowohl vom vorherigen Vertragspartner als auch vom Fachgruppenschnitt ab. Warum dies so ist und ob ein Zusammenhang mit Besonderheiten oder Rahmenbedingungen des Verschränkungsmodells besteht, könnte in einem weiteren Schritt ermittelt werden.

3.3.4. Arztressourcen

Ein positiver Nebeneffekt des Verschränkungsmodells ist die Bündelung der Arztressourcen in der Sachleistungsversorgung: Die Fachärzte im Spital können neben der Tätigkeit als angestellte Ärzte freiberuflich tätig sein, müssen dabei aber nicht auf eine Wahlarztstätigkeit ausweichen, sondern stehen für die Sachleistungsversorgung in der Vertragsgruppenpraxis zur Verfügung. Investitionen in getrennte Ordinationen sind nicht nötig. Im Rahmen einer Vertragsgruppenpraxis können die Ärzte Synergien sowie die Vorteile der Vertragsarztstätigkeit nutzen.

Somit kann in Kirchdorf mit weniger Arztressource eine qualitativ hochwertige Sachleistungsversorgung sichergestellt werden.²⁶

²⁶ Vgl. zum Thema *Kiesl*, Ärztemangel oder Nachbesetzungsprobleme bei Arztstellen: Nur ein semantischer Unterschied?, *SozSi* 5/2015, 224

4. Fazit und Ausblick

- Das Pilotmodell Kirchdorf ist ein Beispiel für das Potential einer gelungenen organisationsübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen: Über Organisations- und Systemgrenzen hinweg haben sich die OÖ Gesundheits- und Spitals-AG (gespag), die ÄK für OÖ und die OÖGKK – jeweils mit unterschiedlichen Ansatzpunkten und Interessenlagen – auf gemeinsame Ziele, insbesondere die Aufrechterhaltung der umfassenden pädiatrischen Versorgung am Standort Kirchdorf, geeinigt und die dafür nötigen Schritte gesetzt.
- Die Evaluierung hat gezeigt, dass solche „Verschränkungsmodelle“ zur Verbesserung der Patientenversorgung, zur Nutzung von Synergien und zur Verhinderung von Ressourcen verschlingenden Doppelgleisigkeiten beitragen können. Die beim Pilotprojekt Kirchdorf eingesetzten Maßnahmen haben das Potential, nicht nur im Anlassfall, sondern auch in ähnlich gelagerten Situationen – gegebenenfalls in adaptierter Form – angewendet zu werden.
- Wenn dies nach der jeweiligen Situation vor Ort sinnvoll ist, kann aber im Rahmen von Verschränkungsmodellen neben dem Auslagern vom Spital in den niedergelassenen Bereich auch das Verlagern vom niedergelassenen Bereich ins Spital in Erwägung gezogen werden (z.B. bei radiologischen Leistungen).
- Ein Nebeneffekt des Modells ist, dass effizientere und effektivere Strukturen auch im Hinblick auf den Einsatz der Arztkapazitäten geschaffen werden: Die beteiligten Fachärzte können in einem koordinierten Zusammenwirken ihre Kapazitäten sowohl für die intramurale als auch für die extramurale Sachleistungsversorgung einsetzen. Damit wird auch der Nachbesetzungsbedarf bei Arztstellen reduziert.

Quellenverzeichnis

- Herdega Nikolaus*, Neues Versorgungsmodell für die ambulante Pädiatrische Versorgung im Raum Kirchdorf, Zeitschrift für Gesundheitspolitik 01/2013, 138
- Kiesl Franz*, Ärztemangel oder Nachbesetzungsprobleme bei Arztstellen: Nur ein semantischer Unterschied?, Soziale Sicherheit 5/2015, 224
- Kiesl Franz*, Design Thinking – Ein neuer Ansatz zur Stärkung der Innovationskraft auch in der sozialen Krankenversicherung!, Soziale Sicherheit 9/2013, 430
- Mosler Rudolf, Müller Rudolf, Pfeil Walter*, Der SV-Komm Online, Manz Verlag Wien
- Risak Martin*, Der Stellenplan für Kassenärzte, Recht der Medizin 2015/143
- Wesenauer Andrea*, „Kooperations-Scorecard“ – Kooperationen strategisch ausrichten, Soziale Sicherheit 10/2011, 504
- Bericht des Landesrechnungshofs OÖ Umsetzung der Spitalsreform II (Stand Ende 2013), LRH-100000-6/12-2014-SPI, abrufbar auf: https://www.lrh-ooe.at/_files/downloads/berichte/2014/IP_SpitalsreformII_Bericht.pdf (letzter Zugriff: 31.01.2016)