

Gesundheitszentren / Primär- versorgungseinheiten in der Steiermark

Evaluation

Endbericht

EPIG GmbH

Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit

Hans-Sachs-Gasse 14/2
8010 Graz

T: +43 (0)316 810 850

F: +43 (0)316 810 850 50

E: office@epig.at

W: www.epig.at

Gendering

Die Berücksichtigung der gleichen Rechte aller Menschen ist uns wichtig. Das Redaktionsteam bemüht sich daher um die sprachliche Gleichbehandlung von Personenbezeichnungen.

Inhalt

1	Visual Abstract	9
2	Einleitung und Fragestellung der Evaluation	10
2.1	Auftrag der Evaluation	10
2.2	Gliederung des Berichtes	11
3	Ausgangslage und Rahmenbedingungen der Primärversorgung in der Steiermark	12
3.1	Entwicklung der Primärversorgungseinheiten/Gesundheitszentren in der Steiermark	13
4	Methodik und Datengrundlage.....	15
4.1	Dimensionen der Evaluation und Indikatoren	15
4.2	Evaluationsdesign.....	16
4.3	Datengrundlage.....	18
4.4	Statistische Analysen.....	19
4.5	Limitationen	20
5	Ergebnisse.....	22
5.1	Matchgüte.....	22
5.2	Dimension Struktur der Patientinnen und Patienten	24
5.3	Dimension Organisation/Prozesse	28
5.4	Dimension Leistungsgeschehen	28
5.5	Dimension systemische und ökonomische Effekte	30
6	Fazit und weiterführende Überlegungen.....	49
6.1	Struktur- und systemrelevante Überlegungen.....	49
6.2	Allgemeine Anmerkungen zur Evaluation	50
6.3	Diskussion der Ergebnisse der Evaluation.....	51
6.4	Überlegungen für die weitere Entwicklung	52
7	Anhang.....	55
7.1	Dimension Struktur der Patientinnen und Patienten	55
7.2	Dimension Organisation und Prozesse.....	55
7.3	Dimension Leistungsgeschehen	56
7.4	Dimension systemische/ökonomische Effekte	56

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Dimensionen der Evaluation der PVEs in der Steiermark.....	15
Abbildung 2: Datengrundlage der Evaluation: FOKO-Abrechnungsdaten aller österreichischen Krankenversicherungsträger (mit Ausnahme der Krankenfürsorgeanstalt, KFA).....	19
Abbildung 3: Durchschnittliche Anzahl an allgemeinmedizinischen Kontakten im Zeitverlauf.....	23
Abbildung 4: Zahl der PVE-Stammpatientinnen und -patienten nach Wohngemeinde zur Illustration des „natürlichen“ Einzugsgebietes der steirischen PVEs.....	24
Abbildung 5: Altersverteilung der Stammpatientinnen und -patienten der steirischen PVEs	25
Abbildung 6: Geschlechterverteilung der Stammpatientinnen und -patienten der steirischen PVEs.....	25
Abbildung 7: Anteil der Stammpatientinnen und -patienten der steirischen PVEs nach Erwerbsstatus	26
Abbildung 8: Anteil der Stammpatientinnen und -patienten der steirischen PVEs mit Rezeptgebührenpflicht (Rezeptgebührenstatus „Ja“) bzw. Rezeptgebührenbefreiung (Rezeptgebührenstatus „Nein“).....	27
Abbildung 9: Anteil der Stammpatientinnen und -patienten, Einmalnutzerinnen und -nutzer sowie Restpatientinnen und -patienten der steirischen PVEs (Behandlungskontinuität)	28
Abbildung 10: Zeitliche Entwicklung der Inanspruchnahme der steirischen PVEs	29
Abbildung 11: Anteil der Fälle einer PVE mit abschließender Behandlung in der Primärversorgung.	29
Abbildung 12: Durchschnittliche Zahl an stationären Aufenthalten pro Patientin bzw. Patient und Jahr	31
Abbildung 13: Prozentwert an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt.....	32
Abbildung 14: Durchschnittliche Zahl an Facharztkontakten pro Patientin bzw. Patient und Jahr.....	34
Abbildung 15: Prozentwert an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Facharztkontakt....	34
Abbildung 16: Durchschnittliche Zahl an Facharztkontakten pro Patientin bzw. Patient und Jahr.....	35
Abbildung 17: Prozentwert an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Facharztkontakt....	35
Abbildung 18: Durchschnittliche Zahl an Facharztkontakten pro Patientin bzw. Patient und Jahr.....	36
Abbildung 19: Prozentwert an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Facharztkontakt. ...	36
Abbildung 20: Durchschnittliche Zahl an Facharztkontakten pro Patientin bzw. Patient und Jahr.....	37
Abbildung 21: Prozentwert an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Facharztkontakt....	37
Abbildung 22: Durchschnittliche Zahl an Facharztkontakten pro Patientin bzw. Patient und Jahr.....	38
Abbildung 23: Prozentwert an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Facharztkontakt....	38
Abbildung 24: Durchschnittliche Zahl an Facharztkontakten pro Patientin bzw. Patient und Jahr.....	39

Abbildung 25: Prozentwert an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Facharztkontakt....	39
Abbildung 26: Durchschnittliche Zahl an Facharztkontakten pro Patientin bzw. Patient und Jahr.....	40
Abbildung 27: Prozentwert an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Facharztkontakt....	40
Abbildung 28: Durchschnittliche Zahl an Facharztkontakten pro Patientin bzw. Patient und Jahr.....	41
Abbildung 29: Prozentwert an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Facharztkontakt....	41
Abbildung 30: Durchschnittliche Zahl an Facharztkontakten pro Patientin bzw. Patient und Jahr.....	42
Abbildung 31: Prozentwert an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Facharztkontakt....	42
Abbildung 32: Durchschnittliche Zahl an Facharztkontakten pro Patientin bzw. Patient und Jahr.....	43
Abbildung 33: Prozentwert an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Facharztkontakt....	43
Abbildung 34: Durchschnittliche Zahl an Facharztkontakten pro Patientin bzw. Patient und Jahr.....	44
Abbildung 35: Prozentwert an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Facharztkontakt....	44
Abbildung 36: Durchschnittliche Zahl an Facharztkontakten pro Patientin bzw. Patient und Jahr.....	45
Abbildung 37: Prozentwert an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Facharztkontakt....	45
Abbildung 38: Prozentueller Anteil an Personen der Altersgruppe 60+, die von Polypharmazie betroffen waren.....	46
Abbildung 39: Prozentueller Anteil an Personen der Altersgruppe 60–79, die von Polypharmazie betroffen waren	47

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stammdaten der ersten Gesundheitszentren in der Steiermark. Datengrundlage: Stammdatenblätter (Stand November 2020)	13
Tabelle 2: Vergleich von Stamm- und Kontrollpatient*innen hinsichtlich ausgewählter Matchkriterien.....	22
Tabelle 3: Zeitliche Entwicklung des Anteils der Fälle einer PVE mit abschließender Behandlung in der Primärversorgung.....	30
Tabelle 4: Polypharmazie: Quartalsweiser Vergleich von Kontroll- und Interventionsgruppe.....	48

Abkürzungsverzeichnis

AM	Allgemeinmedizin
Art 15 a B-VG	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG
ATC	Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches Klassifikationssystem
AU	Augenheilkunde und Optometrie
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
CH	Chirurgie bzw. Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie
DER	Dermatologie (Haut- und Geschlechtskrankheiten)
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
EPIG GmbH	Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit GmbH
FA	Fachärztin bzw. Facharzt
FOKO	Folgekostendatensätze
FOKO CC	FOKO-Competence Center
GFSTMK	Gesundheitsfonds Steiermark
GW	Gewerbliche Wirtschaft
GZ	Gesundheitszentrum
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
ICPC-2	International Classification of Primary Care
IM	Innere Medizin
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft
KFA	Krankenfürsorgeanstalt der Stadt Graz
KIJU	Kinder- und Jugendheilkunde
MEDOCs	medizinisches Dokumentationssystem
MW	Mittelwert
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse

OrdA	Ordinationsassistenz
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
Pat.	Patientin bzw. Patient
PrimVG	Primärversorgungsgesetz
PVE	Primärversorgungseinheit
Q	Quartal
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
STD	Standardabweichung
StKAG	Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz
SV	Sozialversicherung
SVS	Sozialversicherungsanstalt der Selbstständigen
VZÄ	Vollzeitäquivalent

1 Visual Abstract

Gesundheitszentren / Primärversorgungseinheiten in der Steiermark – Evaluation



Im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark

Hintergrund

Die Primärversorgung ist als direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung verankert, sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung.

Fragestellung und Untersuchungsgegenstände:
„Wie ist die Versorgungsfunktion der ersten Gesundheitszentren/PVE zu bewerten und wie sind die Auswirkungen auf umliegende Strukturen?“

Gesundheitszentrum	Eröffnung
Gesundheitszentrum Mariazell	Okt. 2016
Gesundheitszentrum Eisenerz	Juni 2017
Gesundheitszentrum Joglland (inkl. dislozierter Standort Friedberg)	Sept. 2017 (Sept. 2020)
Gesundheitszentrum Weiz	Jan. 2018
Gesundheitszentrum Graz Medius, St. Leonhard	Dez. 2018
Gesundheitszentrum Allgemeinmedizin Graz Gries	Okt. 2019
Gesundheitszentrum Gratwein-Straßengel	Okt. 2019
Gesundheitszentrum Mureck	Jan. 2020
Gesundheitszentrum Fehring	April 2020
Gesundheitszentrum Admont	Juni 2020
Gesundheitszentrum Liezen	Okt. 2020

Struktur der Patientinnen und Patienten

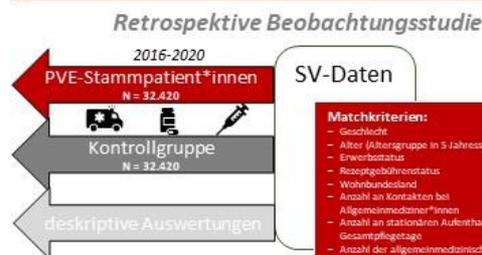
Organisation und Prozesse

Leistungsgeschehen

Systemische und ökonomische Effekte

Im Rahmen des Regionalen Strukturplan Gesundheit Steiermark (RSG-St 2025) wurden 30 Primärversorgungseinheiten auf Ebene der 6 Versorgungsregionen festgelegt.

Methodik



Beobachtungszeitraum: 2018 bis 2020
Vergleichszeitraum: 2016 und 2017 (vor dem Start der ersten PVEs)

Verfahren der Inferenzstatistik:

- Zweifaktorielle Varianzanalyse (ANOVA)
- Post-hoc-Tests zur Varianzanalyse wurden der nicht-parametrische Mann-Whitney-U-Test und der parametrische t-Test verwendet.
- Bei prozentuellen Anteilen wurde das Odds-Ratio als Maßzahl für die Größe des Wirkungsunterschiedes verwendet.

Ergebnisse

Abschließende Behandlung in den PVEs: 59 % bis 74 %

Stationäre Aufenthalte:

- Divergierender Verlauf, der im Jahr 2019 weniger stationäre Aufenthalte für PVE-Stammpatient*innen aufweist (p=0,030).

Fachärztliche Kontakte:

- Im zeitlichen Verlauf ist ein relativer Rückgang der FA-Kontakte innerhalb der Gruppe der Stammpatient*innen im Vergleich zu der Gruppe der Kontrollpatient*innen festzustellen: DER, KIUJ, IM, OR, PUL und URO.

Polypharmazie:

- In der Gruppe der 60- bis 79-Jährigen sind ab dem 2. Quartal des Jahres 2019 alle Gruppenunterschiede signifikant und weisen einen relativen Rückgang der Polypharmazie bei Stammpatient*innen auf.

Limitation: Kurzer und heterogener Beobachtungszeitraum der PVE.

Schlussfolgerungen

- Das Einzugsgebiet einer PVE konzentriert sich in erster Linie auf die jeweilige eigene und angrenzende Gemeinden.
- Eine PVE kann einen lokalen Ballungsraum mit einem Einzugsgebiet von ca. 8.000 bis 10.000 Menschen gut abdecken.
- Je nach PVE wurden zwischen 59 % und 74 % der Patientinnen und Patienten fallabschließend behandelt.
- Es zeigen sich Hinweise darauf, dass die PVEs zu einer Reduktion von stationären Aufenthalten, bestimmten fachärztlichen Kontakten und von Polypharmazie führen.
- Im Rahmen eines PVE-Monitorings sollte einmal jährlich ein Kennzahlenbericht als Steuerungsinstrument für die weitere Planung und Entwicklung der Primärversorgung in der Steiermark erstellt werden.

2 Einleitung und Fragestellung der Evaluation

2016 wurde in der Steiermark damit begonnen, Primärversorgungseinheiten („Gesundheitszentren“)¹ zu implementieren. Damit wird dem Gesundheitsplan 2035² für die Steiermark und auch den österreichischen Vorgaben im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit zur Stärkung des ambulanten Bereichs Rechnung getragen. Ziel der steirischen Gesundheitszentren ist es, durch die Bündelung mehrerer allgemeinärztlicher Kapazitäten, durch die Zusammenarbeit in interdisziplinären Teams sowie durch attraktive Öffnungszeiten eine wesentliche erste Anlaufstelle in der Gesundheitsversorgung zu sein. Im Gesundheitszentrum werden Menschen von der Kindheit bis ins hohe Alter allgemeinmedizinisch in akuten und chronischen Phasen versorgt, es werden aber auch psychische und soziale Bedürfnisse wahrgenommen und entsprechende Angebote koordiniert. Ziel ist es, dass Patientinnen und Patienten hier möglichst fallabschließend behandelt werden.

Die Steiermark hat sich im Rahmen des aktuellen RSG-St 2025³ das ehrgeizige Ziel gesetzt, bis zum Jahr 2025 bis zu 30 PVEs aufzubauen, womit sie deutlich über den bundesweiten Vorgaben liegt. Aus diesem Grund wird der Aufbau von PVEs in der Steiermark sowohl von Seiten des Gesundheitsfonds Steiermark als auch von Seiten der Sozialversicherung sehr gefördert.

2.1 Auftrag der Evaluation

Um die Effekte der neuen Primärversorgungseinheiten im Gesundheitswesen bewerten zu können, wurde die EPIG GmbH vom Gesundheitsfonds Steiermark im Jahr 2017 beauftragt, ein Evaluationskonzept samt Kernindikatoren zu entwickeln. Diese Arbeit floss auch in eine bundesweite Abstimmung eines Indikatorensets zur Evaluation von Primärversorgungseinheiten ein, und sie wurde in den Gremien der Zielsteuerung-Gesundheit auf Bundesebene eingebracht.

Die Fragestellung dieser Evaluation lautet:

„Wie ist die Versorgungsfunktion der ersten Gesundheitszentren/Primärversorgungseinheiten zu bewerten und wie sind die Auswirkungen auf umliegende Strukturen?“

Betrachtet für diese Fragestellungen werden folgende Dimensionen:

- Struktur der Patientinnen und Patienten,
- Organisation und Prozesse,
- systemische und ökonomische Effekte.

¹ Die Begriffe Primärversorgungseinheit und Gesundheitszentrum werden in diesem Bericht synonym verwendet. Dies gilt ebenso für die Abkürzungen PVE/PVEs und GZ. Das Gesundheitszentrum in Mariazell startete als Organisationseinheit der KAGes und hat seit 01.01.2020 einen PVE-Vertrag mit der Sozialversicherung. Das Gesundheitszentrum in Eisenerz hat keinen PVE-Vertrag mit der Sozialversicherung. Es wird jedoch als Gesundheitszentrum mit PVE-Charakter geführt.

² <https://www.gesundheitsfonds-steiermark.at/steirischer-gesundheitsplan-2035/?mscl-kid=c5f18f50b97811eca1529c435b808e0f> (abgerufen am 11.04.2022); GFSTMK (Hg.) (2016): Steirischer Gesundheitsplan 2035. Leitbild. Graz

³ RSG-St 2025 (2018), gemäß Beschluss der Landes-Zielsteuerungskommission vom 20. Juni 2018, Version 1.1

Die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und der Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen mit den Gesundheitszentren ist nicht Gegenstand dieser Evaluation. Auch das Leistungsgeschehen in qualitativer Hinsicht ist nicht Gegenstand dieser Evaluation.

2.2 Gliederung des Berichtes

Auf diese Einleitung folgt ein kurzes Kapitel zur Ausgangslage und zu den Rahmenbedingungen der Primärversorgung in der Steiermark. Eine genaue Beschreibung des Evaluationsdesigns und der verwendeten Datenquellen findet sich in Kapitel 4. Daran schließen in Kapitel 5 die zentralen Ergebnisse der Evaluation an. Das Fazit in Kapitel 6 beinhaltet darüber hinaus Überlegungen zur Gestaltung des weiteren Aufbaus der Primärversorgungsstrukturen sowie zu einem begleitenden Monitoring als datenbasierte Entscheidungsgrundlage für die weitere Entwicklung der Primärversorgung.

3 Ausgangslage und Rahmenbedingungen der Primärversorgung in der Steiermark

Im Gesundheitsplan Steiermark 2035 stellt die Primärversorgung ein zentrales Element für die Versorgung der steirischen Bevölkerung dar. Neben der Versorgung durch Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner in Einzelordinationen ist die Etablierung von interdisziplinären Primärversorgungseinheiten die zeitgemäße und zukunftsfähige Form der wohnortnahen Gesundheitsversorgung. Diese nimmt auch die Bedürfnisse der Menschen in sozialer und psychischer Hinsicht wahr und versorgt in interdisziplinären Teams die Bevölkerung bedarfsgerecht. Die Gesundheitszentren als ein wesentliches Element der Primärversorgung sind für die Patientinnen und Patienten eine erste Anlaufstelle im Versorgungssystem. Sie zeichnen sich durch attraktive Öffnungszeiten und ein breites Leistungsspektrum aus, das von pädiatrischer Diagnostik und Therapie über die Versorgung von chronisch Kranken bis hin zur spezifischen Versorgung alter Menschen reicht. Der Gesundheitsplan 2035 sieht dafür eine ausreichende Anzahl an Primärversorgungseinheiten in der Steiermark vor. Anhand einzelner Pilotprojekte soll stufenweise die Tauglichkeit neuer Primärversorgungsmodelle erprobt werden.⁴

Die rechtlichen Grundlagen für die Implementierung der Primärversorgungseinheiten sind das Gesundheitsreformgesetz 2013, die beiden Vereinbarungen nach Art. 15 a B-VG über die „Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“ und die „Zielsteuerung-Gesundheit“ aus dem Jahr 2017 sowie das Primärversorgungsgesetz 2017 (PrimVG).

Die Primärversorgung („Primary Health Care“) ist in diesen Dokumenten als direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung verankert. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Die Stärkung des ambulanten Bereiches soll insbesondere durch eine rasche und flächendeckende Entwicklung von Primärversorgungsstrukturen bewirkt werden. Konkretisierte Planungen zu Primärversorgungseinheiten werden in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit dargestellt.

Primärversorgungseinheiten haben jedenfalls aus einem Kernteam aus Ärztinnen und Ärzten und Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie aus Ordinationsassistentinnen und -assistenten zu bestehen. Die Öffnungszeiten sollten so gestaltet sein, dass ein zeitlich einfacher Zugang möglich ist: jedenfalls Montag bis Freitag einschließlich der Tagesrandzeiten.

Im Rahmen des Regionalen Strukturplan Gesundheit Steiermark (RSG-St 2025) wurden bis zum Jahr 2025 Primärversorgungseinheiten bereits auf Ebene der sechs Versorgungsregionen festgelegt. Die regionale Zuteilung im RSG-St 2025 folgte neben Aspekten der Wohnortnähe und verkehrstechnischen Erreichbarkeit auch Kriterien patientenfreundlicher Öffnungszeiten, dem Verhalten der Inanspruchnahme der lokalen Bevölkerung, der umgebenden Versorgungsstrukturen und der Altersstruktur der bestehenden primärversorgenden ärztlichen Gesundheitsdienstleistungsanbieter.⁵ Bis dato (März 2022) wurden elf Primärversorgungseinheiten („Gesundheitszentren“) in der Steiermark eröffnet.

⁴ GFSTMK (Hg.) (2016): Steirischer Gesundheitsplan 2035. Leitbild. Graz, Seite 16 ff.

⁵ RSG-St 2025 (2018), gemäß Beschluss der Landes-Zielsteuerungskommission vom 20. Juni 2018, Version 1.1

3.1 Entwicklung der Primärversorgungseinheiten/Gesundheitszentren in der Steiermark

Seit 2016 werden in der Steiermark Primärversorgungseinheiten bzw. „Gesundheitszentren“ implementiert. Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die ersten steirischen Gesundheitszentren und die Zusammensetzung von deren Kernteams. Diese bestehen aus Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin, dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und Ordinationsassistentinnen bzw. -assistenten. Die Angaben zu den Planstellen der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner in den Gesundheitszentren stammen vom November 2020 und wurden im Zuge einer Erhebung der Gesundheit Österreich GmbH eingeholt. Die Gesundheitszentren arbeiten in unterschiedlichem Ausmaß mit weiteren Gesundheitsberufen vertraglich (angestellt oder in Kooperation) zusammen.

Gesundheitszentrum	Eröffnung	AM	Organisationsform vor PVE
Gesundheitszentrum Mariazell	Okt. 2016	2	Einzelordination 01.10.2016 – 31.12.2019: Versorgungspilot gem. § 72 (4) StKAG
Gesundheitszentrum Eisenerz ^x	Juni 2017	2	Einzelordination
Gesundheitszentrum Joglland (inkl. dislozierter Standort Friedberg)	Sept. 2017 (Sept. 2020)	2	keine
Gesundheitszentrum Weiz	Jan. 2018	3	Einzelordination
Gesundheitszentrum Medius, Graz-St. Leonhard	Dez. 2018	3	keine
Gesundheitszentrum Allgemeinmedizin Graz Gries	Okt. 2019	2	keine
Gesundheitszentrum Gratwein-Straßengel	Okt. 2019	2	Gruppenpraxis
Gesundheitszentrum Mureck	Jan. 2020	2	keine
Gesundheitszentrum Fehring	April 2020	3	Einzelordination
Gesundheitszentrum Admont	Juni 2020	2	keine
Gesundheitszentrum Liezen	Okt. 2020	3	Einzelordination

Tabelle 1: Stammdaten der ersten Gesundheitszentren in der Steiermark. Datengrundlage: Stammdatenblätter (Stand November 2020) ^x Gesundheitszentrum mit PVE-Charakter

Die steirischen Gesundheitszentren unterscheiden sich v. a. darin, ob sie sich aus bestehenden Strukturen heraus entwickelt haben oder ob die Einrichtungen neu etabliert wurden. Auf die Evaluation hat das einen bestimmten Einfluss, da Gesundheitszentren mit Vorgängerstrukturen bestehende Patientinnen und Patienten betreuen und somit eine Betreuungskontinuität gegeben sein kann. Neue Einrichtungen hingegen starten ohne bestehende Patientinnen und Patienten. Auch in der personellen Zusammensetzung, v. a. im Ausmaß an Vollzeitäquivalenten, unterscheiden sich diese Gesundheitszentren, ebenso in Ausmaß und Art der Zusammenarbeit mit weiteren Gesundheitsberufen. Da der Fokus dieser Evaluation nicht auf der Bewertung bzw. dem Vergleich der einzelnen Gesundheitszentren lag, haben diese Unterschiede aber wenig Einfluss auf die gesamthafte Betrachtung der Versorgungswirksamkeit von Primärversorgungseinheiten für die Gesundheitsversorgung der Steiermark.

In der Evaluation wurden alle Gesundheitszentren, die bis zum ersten Halbjahr 2020 eröffnet haben, berücksichtigt. Es sind dies alle außer dem dislozierten Standort in Friedberg und dem Gesundheitszentrum Liezen.

4 Methodik und Datengrundlage

Ziel der Evaluation war es, die Umsetzung der ersten Primärversorgungseinheiten in der Steiermark mit umfassender Datenanalytik zu begleiten. Die Evaluation sollte erste Tendenzen hinsichtlich der Inanspruchnahme und der Versorgungswirksamkeit der PVEs mit Blick auf das gesamte Versorgungssystem erkennen lassen. Es war nicht Ziel dieser Arbeit, die Wirksamkeit von Primärversorgungseinheiten in der Steiermark und deren Effekte auf umliegende Versorgungsstrukturen kausal zu bewerten. Dies würde einen längeren Beobachtungszeitraum sowie eine fortgeschrittenere Umsetzungsphase der Primärversorgungseinheiten in der Steiermark bedingen. Die im Rahmen dieser Evaluation durchgeführten methodischen Arbeiten liefern jedoch eine fundierte Grundlage, um kausale Effekte bei einem längerfristigen Monitoring analysieren zu können.

4.1 Dimensionen der Evaluation und Indikatoren

Die EPIG GmbH hat im Jahr 2017 im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark ein Evaluationskonzept für die Primärversorgungseinheiten in der Steiermark entwickelt. Ergebnis dieser Arbeit waren fünf Evaluationsdimensionen, für die statistisch/datentechnisch analysierbare Kernindikatoren beschrieben wurden. Ausgenommen davon waren die Dimension „Zufriedenheit“ und die qualitative Betrachtung des „Leistungsgeschehens“ in medizinischer und pflegerischer Hinsicht. Die Dimension Zufriedenheit wird über Befragungen von Patientinnen und Patienten bzw. von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erfasst, die nicht Auftragsgegenstand dieser Evaluation sind, ebenso wie die qualitative Betrachtung des Leistungsgeschehens.

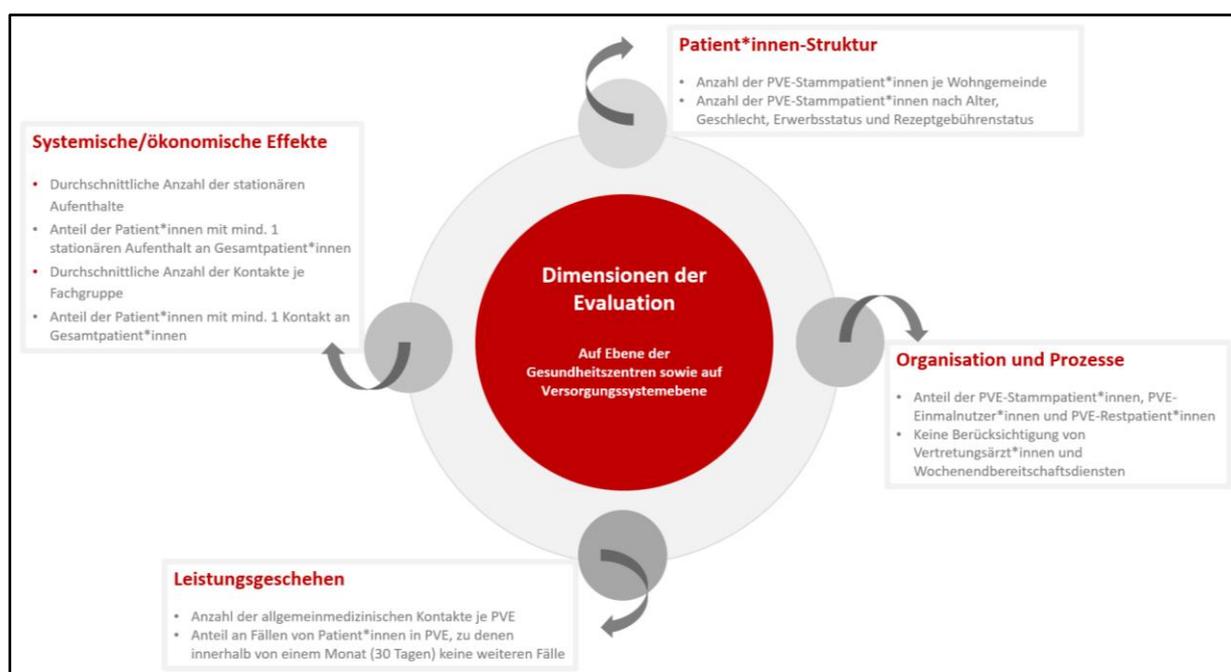


Abbildung 1: Dimensionen der Evaluation der PVEs in der Steiermark

Gegenstand der vorliegenden Evaluierung sind daher ausgewählte Indikatoren aus den Dimensionen Patientinnen- bzw. Patientenstruktur, Organisation und Prozesse, Leistungsgeschehen (quantitativ) und systemische/ökonomische Effekte. Eine Liste der in dieser Evaluation verwendeten Indikatoren befindet sich im Anhang.

4.2 Evaluationsdesign

Die Evaluation sollte Erkenntnisse darüber gewinnen, wie die Versorgungsfunktion der ersten Primärversorgungseinheiten zu bewerten ist und wie sie sich auf umliegende Versorgungsstrukturen auswirken. Die Operationalisierung erfolgte anhand einer retrospektiven Analyse von Abrechnungsdaten der österreichischen Krankenversicherungsträger auf den nachfolgenden drei Ebenen:

- Evaluierung auf Ebene der einzelnen PVEs (Vergleich der Patientinnen- bzw. Patientenstruktur und zeitliche Entwicklung der Inanspruchnahme der PVEs),
- Analyse der Versorgungswirksamkeit von PVEs (abschließende Behandlung, Behandlungskontinuität),
- Evaluierung auf Versorgungssystemebene (Auswirkung der PVEs auf die Inanspruchnahme anderer Versorgungsstufen).

4.2.1 Beobachtungszeitraum

Das Versorgungsgeschehen und die Entwicklung der PVEs in der Steiermark wurde von 2018 bis 2020 evaluiert. Um mögliche Effekte der PVEs in der zeitlichen Entwicklung beobachten zu können, wurden die Daten der Jahre 2016 und 2017 als Vergleichszeiträume herangezogen.

4.2.2 Ermittlung der PVE-Stammpatientinnen und -patienten

Für jede steirische Primärversorgungseinheit wurden Patientinnen und Patienten, die während des Beobachtungszeitraums in der PVE in Behandlung waren, in drei Gruppen eingeteilt:

- PVE-Stammpatientinnen und -patienten,
- PVE-Einmalnutzerinnen und -nutzer sowie
- PVE-Restpatientinnen und -patienten.

Als Beobachtungszeitraum wurde der Zeitraum vom ersten vollständigen Quartal ab Eröffnung der jeweiligen PVE bis einschließlich des vierten Quartals 2020 festgelegt.

Als *Stammpatientinnen und -patienten* der jeweiligen PVE wurden jene Patientinnen und Patienten eingestuft, die mehr als 50 % ihrer allgemeinmedizinischen Kontakte in der Mehrzahl der Quartale (> 50 %) des Beobachtungszeitraums in einer PVE hatten.

Patientinnen und Patienten, die nur einen allgemeinmedizinischen Kontakt im Beobachtungszeitraum hatten, welcher in einer PVE stattgefunden hat, wurden der Gruppe der *PVE-Einmalnutzerinnen und -nutzer* zugeordnet.

Als *PVE-Restpatientinnen und -patienten* wurden jene Patientinnen und Patienten definiert, die im Beobachtungszeitraum zumindest einen Kontakt in der PVE hatten, die aber für die Mehrzahl der allgemeinmedizinischen Kontakte in der Mehrzahl der Quartale Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner in Einzelordinationen aufsuchten.

Die Gruppeneinteilung erfolgte anhand der Inanspruchnahme-Daten der SV (FOKO-Daten) für den Bereich Allgemeinmedizin. Kontakte im Rahmen von Bereitschaftsdiensten oder Kontakte außerhalb des Bundeslandes Steiermark wurden nicht berücksichtigt.

4.2.3 Deskriptive Studie

Eine deskriptive Studie wurde durchgeführt, um festzustellen, welche Bevölkerungsgruppen die PVEs in Anspruch nehmen, wie groß die regionale Reichweite der PVEs ist und wie sich die Versorgungswirksamkeit der PVEs entwickelt. Die deskriptiven Analysen erfolgten auf Ebene der einzelnen PVEs. Die Patientencharakteristik wurde für die PVE-Stammpatientinnen und -patienten berechnet. Bei Analysen zur Versorgungswirksamkeit wurden alle Patientinnen und Patienten eingeschlossen, die während des Beobachtungszeitraums zumindest einen Kontakt in einer steirischen PVE hatten.

4.2.4 Fall-Kontroll-Studie

Ein Kontrollgruppenvergleich wurde durchgeführt, um zu bewerten, ob und in welchem Ausmaß die Versorgung von Patientinnen und Patienten in PVEs Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen hat – insbesondere in höheren Versorgungsstufen. Dazu erfolgten ein statistisches Matching zur Kontrollgruppenbildung und eine sektorenübergreifende Datenverknüpfung, bei der die Stammpatientinnen und -patienten der Primärversorgungseinheiten mit Patientinnen und Patienten verglichen wurden, die im Projektzeitraum keine Kontakte zu einer steirischen PVE hatten. Um den Einfluss von nicht kontrollierbaren Störvariablen auszuschließen, wurde die Kontrollgruppe anhand der folgenden „Matchkriterien“ gebildet:

- Geschlecht,
- Alter (Altersgruppe in 5-Jahres-Schritten),
- Erwerbsstatus,
- Rezeptgebührenstatus,
- Wohnbundesland. Bei steirischen Stammpatientinnen und -patienten wurde zusätzlich der Urbanisierungsgrad des Wohnortes berücksichtigt: Stadt = Graz (Stadt) & Graz-Umgebung; Land = sonstige Bezirke,
- Anzahl an Kontakten bei Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern,
- Anzahl an stationären Aufenthalten und Gesamtpflegetage,
- Anzahl der allgemeinmedizinischen Kontakte der Jahre 2018, 2019 und 2020.

Als Bezugszeitraum der Kontrollgruppenbildung wurde das Jahr 2017 (vor Beginn des Beobachtungszeitraums) gewählt. Basierend auf den oben formulierten Matchkriterien wurden die Patientinnen und Patienten der Kontrollgruppe folgendermaßen ausgewählt:

- Jeder Person der Interventionsgruppe wurde genau eine Person aus der Gruppe der Patientinnen und Patienten zugeordnet, die im Projektzeitraum keine Kontakte zu einer PVE hatten.
- Soweit die Daten dies zuließen, erfolgte die Zuordnung bei nicht-numerischen Variablen (wie z. B. Geschlecht) exakt, d. h. dass beispielsweise zu jeder Frau eine Frau und zu jedem Mann ein Mann „gematcht“ wurde. Bei numerischen Variablen (wie z. B. den Kontaktzahlen) wurde ein Ansatz gewählt, bei dem die Differenz zwischen Interventions- und Kontrollpatient minimiert wurde.

Berücksichtigt wurden alle Patientinnen und Patienten, die keine Fehlwerte bei den oben angeführten Matchkriterien aufwiesen.

4.3 Datengrundlage

Die vorliegenden Analysen basieren auf Einzelfalldaten aller österreichischen Krankenversicherungsträger (mit Ausnahme der Krankenfürsorgeanstalt, KFA) zu allen Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in der Steiermark oder mit anderem Wohnsitz, wenn sie innerhalb des Beobachtungszeitraums von 2016 bis 2020 in der Steiermark versorgt wurden.

Die Daten wurden bei der Landesstelle Steiermark der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) angefordert. Da die Daten aller Krankenversicherungsträger benötigt wurden, hat die Landesstelle Steiermark der ÖGK, nach Zustimmung der Sondersicherungsträger, das FOKO CC mit den Auswertungen beauftragt. Für die Evaluation war die Bildung von sektorenübergreifenden Patientenpfaden erforderlich. Daher wurden in allen angeforderten Datensätzen innerhalb des gesamten Evaluationszeitraums eindeutige Pseudonyme für Patientinnen und Patienten und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer benötigt.

Alle personenbezogenen Daten wurden vor Übermittlung an die EPIG GmbH vom FOKO CC pseudonymisiert. Von der Pseudonymisierung ausgenommen waren alle PVEs in der Steiermark – diese waren eindeutig zu kennzeichnen. Zur Einhaltung aller datenschutzrechtlichen Bestimmungen gemäß der DSGVO wurden die Pseudonyme softwareautomatisiert generiert, und die Daten wurden der EPIG GmbH in einer nicht auf Einzelpersonen rückführbaren Form zur Verfügung gestellt.

Insgesamt wurden knapp 178 Mio. Zeilen aus fünf Datensätzen der Folgekosten-Abrechnung (FOKO) der Sozialversicherung verarbeitet (Abbildung 2). Neben den Basisdaten zu Patientinnen und Patienten, wie Alter, Geschlecht, Wohngemeinde, Erwerbsstatus und Rezeptgebührenstatus und den Daten zu e-Card-Konsultationen, wurden Leistungsdaten aus den Bereichen Heilmittel, stationäre Aufenthalte und spitalsambulante Kontakte in österreichischen Akutkrankenanstalten analysiert.

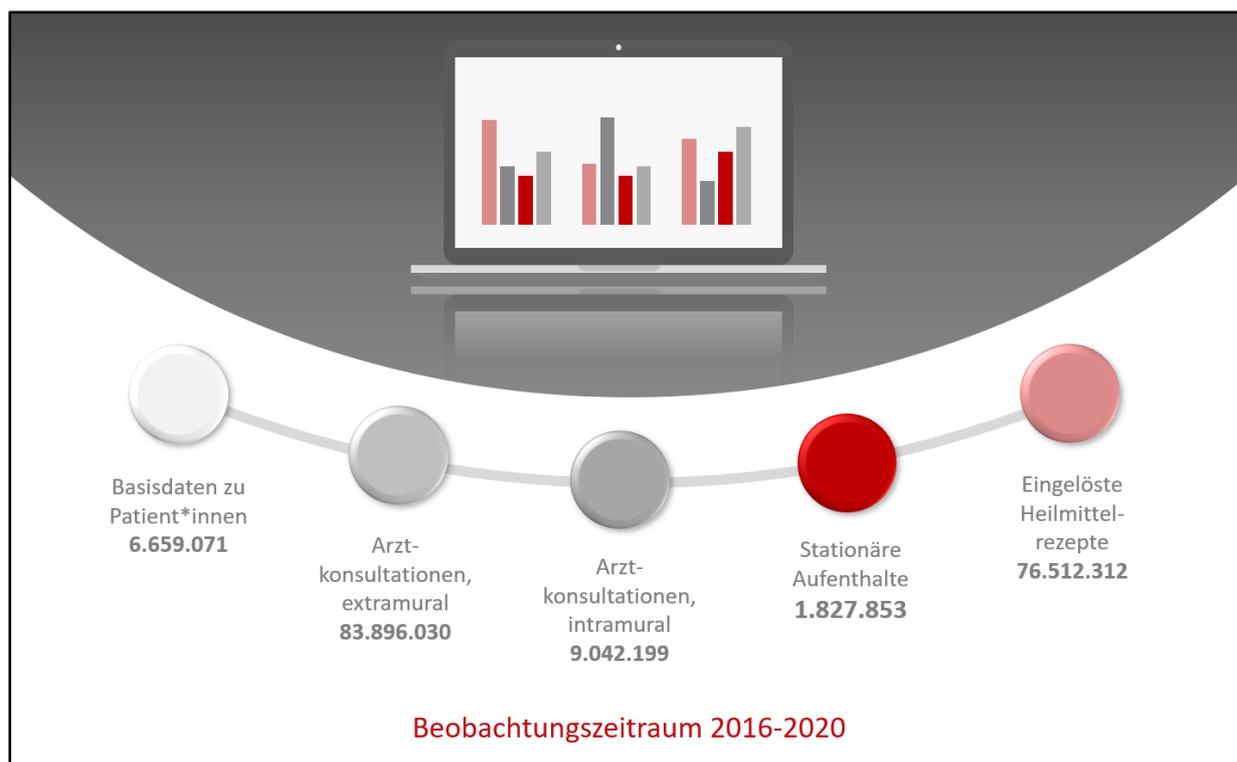


Abbildung 2: Datengrundlage der Evaluation: FOKO-Abrechnungsdaten aller österreichischen Krankenversicherungsträger (mit Ausnahme der Krankenfürsorgeanstalt, KFA) zu allen Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in der Steiermark oder mit anderem Wohnsitz, wenn sie innerhalb des Beobachtungszeitraums von 2016 bis 2020 in der Steiermark versorgt wurden.

4.4 Statistische Analysen

Neben deskriptiven statistischen Kennwerten (z. B. Mittelwert, Standardabweichung, Prozent), die u. a. zur Beschreibung der Stichprobe Verwendung fanden, wurden die folgenden Verfahren der Inferenzstatistik eingesetzt:

- Zweifaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) mit Messwiederholung zur Überprüfung, ob es zwischen dem Faktor „Gruppe“ (Stammpatientinnen und -patienten versus Kontrollpatientinnen und -patienten) und dem Faktor „Zeit“ zu signifikanten Wechselwirkungen (Interaktionen) kommt.⁶
- Als Post-hoc-Tests zur Varianzanalyse wurden der nicht-parametrische Mann-Whitney-U-Test und der parametrische t-Test verwendet.
- Bei prozentuellen Anteilen wurde das sogenannte Odds-Ratio als Maßzahl für die Größe des Wirkungsunterschiedes verwendet. Das Odds-Ratio ist definiert als die „Chance“ (Odds⁷) für das Eintreten eines Ereignisses (z. B. eines stationären Aufenthalts) in der Kontrollgruppe, dividiert durch die „Chance“ für das Eintreten des Ereignisses in der Interventionsgruppe. Die statistische Bewertung des Odds-Ratios erfolgte über den exakten Test von Fisher.

⁶ Eine derartige Wechselwirkung bedeutet, dass sich die Gruppe der Stammpatientinnen und -patienten nicht parallel zur Gruppe der Kontrollpatientinnen und -patienten entwickelt.

⁷ Odds = $P(\text{Ereignis}) / (1 - P(\text{Ereignis}))$

Alle statistischen Tests wurden auf dem Signifikanzniveau 0,05 durchgeführt: p-Werte kleiner 0,05 wurden somit als statistisch signifikant gewertet. Die Voraussetzungen von ANOVA und t-Test (wie z. B. die Normalverteilungsannahme) wurden aus nachfolgenden Gründen nicht geprüft:

- Bei großen Stichproben sind beide Verfahren relativ robust gegenüber Verletzungen von Annahmen (in diesem Zusammenhang ist v. a. die Normalverteilungsannahme zu nennen).
- Bei großen Stichproben tendieren die statistischen Tests zur Überprüfung der Voraussetzungen (z.B. Shapiro-Wilks, Kolmogorov-Smirnov, Levene-Test) dazu, auch bei geringfügigen Voraussetzungsverletzungen signifikant zu werden.
- Neben ANOVA und t-Test wurden nicht-parametrische Analysen durchgeführt, die keinerlei Verteilungsannahmen (wie z. B. Normalverteilung oder Varianzhomogenität) voraussetzen.

4.5 Limitationen

Stammdaten der Patientinnen und Patienten: Ein Stand zum Jahresende (31.12.) kann in FOKO nicht ermittelt werden, da Patientenstammdaten quartalsweise in FOKO eingespielt werden. Der Jahresbestand an krankenversicherten Patientinnen und Patienten wurde daher auf Basis des jeweils vierten Quartals der Jahre 2016 bis 2020 bzw. des letzten Versicherungsquartals herangezogen.

eCard-Konsultationen: Diagnosen im ICPC-2-Format standen für die vorliegenden Analysen nicht zur Verfügung.

Spitalsambulante Besuche: Ambulante Aufenthalte sind nicht gänzlich in FOKO-Daten abgebildet, weil zum Teil keine Meldung an die Sozialversicherung erfolgt oder SV-Träger diese Daten nicht in FOKO speichern (z. B. SVS-GW oder BVAEB-BVA). Für diese Analyse standen keine mit den SV-Daten eindeutig je Fall verknüpften Daten aus den Krankenhausambulanzen zur Verfügung.

Polypharmazie: Zu Beginn eines Jahres werden Medikamente, die günstiger sind als die Rezeptgebühr, privat gekauft und scheinen somit nicht im Datensatz auf. Im Laufe des Jahres überschreiten einige Patientinnen und Patienten die Rezeptgebührenobergrenze und sind damit für den Rest des Kalenderjahres rezeptgebührenbefreit. Diese Personen lösen nun auch bei günstigen Medikamenten, die sie zu Beginn des Jahres noch privat gekauft haben, die Rezepte ein. Daher sind am Ende des Jahres mehr eingelöste Rezepte und damit auch mehr Personen mit Polypharmazie zu beobachten.

Das *Gesundheitszentrum in Mariazell* startete als Organisationseinheit der KAGes und hat seit 01.01.2020 einen PVE-Vertrag mit der Sozialversicherung, weshalb es datenmäßig in dieser Evaluation ab dem 01.01.2020 erfasst ist.

Das *Gesundheitszentrum in Eisenerz* hat keinen PVE-Vertrag mit der Sozialversicherung. Es wird jedoch als *Gesundheitszentrum mit PVE-Charakter* geführt. Seit 01.01.2020 fließen daher auch die Daten des Gesundheitszentrums Eisenerz in diese Evaluation ein.

Kontrollgruppenvergleich – Stammpatientenkriterium: Das Stammpatientenkriterium impliziert, dass ein Großteil aller Stammpatientinnen und -patienten allgemeinmedizinische Kontakte in der späteren Phase des Beobachtungszeitraums (2019–2020) haben werden. Da dies zu einem methodisch bedingten Anstieg der allgemeinmedizinischen Kontakte in der Interventionsgruppe führt, muss der Einfluss des Stammpatientenkriteriums bei der Kontrollgruppenbildung berücksichtigt werden. Dies wurde durch die

Aufnahme zusätzlicher Matchkriterien umgesetzt, die die allgemeinmedizinischen Kontakte der Jahre 2018–2020 berücksichtigen. Dies impliziert allerdings die folgende Einschränkung bei den statistischen Analysen: Da Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich der Zahl an allgemeinmedizinischen Kontakten ausgeglichen sind, können die allgemeinmedizinischen Kontakte nicht mehr als ein Zielkriterium der Evaluation betrachtet werden. Die Versorgungswirksamkeit der Primärversorgungseinheiten kann daher nur indirekt über die Kontaktzahlen in den anderen Fachrichtungen bewertet werden.

Kontrollgruppenvergleich – Zeitverläufe: In Darstellungen mit zeitlichen Verläufen ist zu beachten, dass die Zahl der zugrundeliegenden PVEs über die Zeit nicht konstant ist, da im Laufe des Beobachtungszeitraums sukzessive PVEs eingeschlossen wurden. Bei den Kontrollgruppenvergleichen ist daher die Differenz zwischen den beiden Kurven zu bewerten und nicht der Zeitverlauf.

5 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die zentralen Ergebnisse zu den Dimensionen „Struktur der Patientinnen und Patienten“, „Organisation und Prozesse des Leistungsgeschehens“ und systemische und ökonomische Effekte beschrieben.

5.1 Matchgüte

Die Bewertung dessen, wie sich die Versorgung von Patientinnen und Patienten in PVEs auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auswirkt, erfolgte mit einem Kontrollgruppenvergleich. Nachfolgend ist einleitend die Match-Güte dargestellt, welche beschreibt, wie gut die statistischen Zwillinge aus der Gruppe der Nicht-PVE-Nutzerinnen und -Nutzer mit den Personen aus der Gruppe der PVE-Stammpatientinnen und -patienten hinsichtlich der Match-Kriterien übereinstimmen.

Es konnten 32.420 Stammpatientinnen und -patienten in den Kontrollgruppenvergleich eingeschlossen werden. Zu diesen Personen wurden Kontrollpatientinnen und -patienten gemäß den in Kapitel 4.2.4 angeführten Matchkriterien zugeordnet. Wie in Tabelle 2 dargestellt, gibt es im Bezugsjahr 2017 zwischen den beiden Gruppen nur marginale Unterschiede, die keine relevanten Einflüsse auf die Evaluationsergebnisse haben sollten.

	Stammpatientinnen & -patienten	Kontrollpatientinnen & -patienten
Anzahl (N)	32.420	32.420
Frauenanteil	53,5 %	53,5 %
Alter in Jahren (MW ± STD)	44,1 ± 22,6	44,1 ± 22,6
Wohnbundesland Steiermark	31.389 (96,8 %)	31.389 (96,8 %)
Erwerbsstatus	Angehörige: 22,3 % Arbeitslos: 4,2 % Beschäftigte: 44,3 % Pensionist: 22,6 % Sonstige: 6,6 %	Angehörige: 22,3 % Arbeitslos: 4,3 % Beschäftigte: 43,9 % Pensionist: 22,8 % Sonstige: 6,7 %
Rezeptgebührenbefreit	8,7 %	8,7 %
Durchschnittliche Zahl an stationären Aufenthalten (exkl. Nulltagesfälle) pro Patientin und Patient (MW ± STD)	0,23 ± 0,74	0,23 ± 0,71
Durchschnittliche Zahl an Pflegetagen (inkl. Nulltagesfälle) pro Patientin und Patient (MW ± STD)	1,9 ± 8,7	1,8 ± 8,2

Tabelle 2: Vergleich von Stamm- und Kontrollpatientinnen und -patienten hinsichtlich ausgewählter Matchkriterien.

Zudem deutet Abbildung 3 darauf hin, dass es bezüglich der durchschnittlichen Anzahl an allgemeinmedizinischen Kontakten nur geringfügige Unterschiede zwischen der Gruppe der Stammpatientinnen und -patienten und der Gruppe der Kontrollpatientinnen und -patienten gibt. Es ist zwar anzumerken, dass Wechselwirkungstest, der im Zusammenhang mit der Varianzanalyse durchgeführt wurde, statistisch signifikant ist ($p < 0,001$), die Gruppenvergleiche der einzelnen Jahre deuten aber darauf hin, dass die Gruppenunterschiede gering sind. So konnten die folgenden Tests keine Gruppenunterschiede nachweisen:

- Beobachtungsjahr 2018: t-Test ($p = 0,106$) & Mann-Whitney-U-Test ($p = 0,626$)
- Beobachtungsjahr 2019: Mann-Whitney-U-Test ($p = 0,315$)
- Beobachtungsjahr 2020: t-Test ($p = 0,096$)

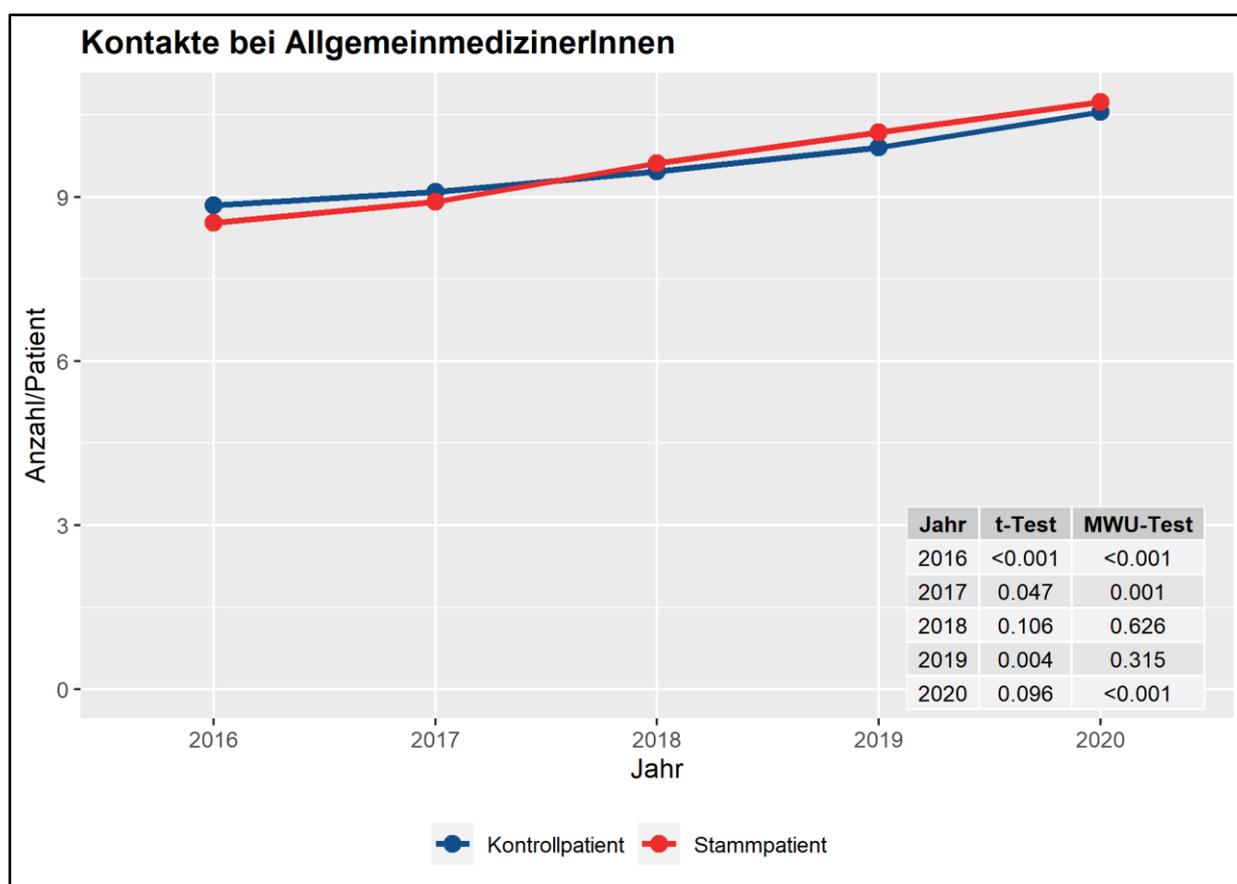


Abbildung 3: Durchschnittliche Anzahl an allgemeinmedizinischen Kontakten im Zeitverlauf. Datengrundlage: FOKO-Basisdaten, FOKO-eCard-Konsultationen aller österreichischen Krankenversicherungsträger (außer KFA) für den Zeitraum 2016 bis 2020. Berechnung: Der jahresweise Vergleich der beiden Gruppen erfolgt über den parametrischen t-Test und den nicht-parametrischen Mann-Whitney-U-Test (MWU-Test). p-Werte kleiner 0,05 werden als statistisch signifikant gewertet.

Insgesamt zeigen die dargestellten Ergebnisse, dass das durchgeführte „Patienten-Matching“ eine Vergleichsgruppe liefern konnte, die zur Bewertung der Versorgungswirksamkeit der steirischen Primärversorgungseinheiten herangezogen werden kann.

5.2 Dimension Struktur der Patientinnen und Patienten

Nachfolgend ist dargestellt, welche Bevölkerungsgruppen die Primärversorgungseinheiten in der Steiermark in Anspruch nehmen, und ob es im Hinblick auf die Charakteristik der Patientinnen und Patienten Unterschiede zwischen den PVEs gibt.

Betrachtungen zur Struktur der Patientinnen und Patienten beziehen sich ausschließlich auf PVE-Stammpatientinnen und -patienten. Nicht berücksichtigt sind PVE-Einmalnutzerinnen und -nutzer sowie PVE-Restpatientinnen und -patienten (siehe 4.2.2). Bei der Interpretation ist zu beachten, dass die PVEs zu unterschiedlichen Zeitpunkten eröffnet haben. Die Beobachtungszeiträume sind somit unterschiedlich und variieren zwischen 2 und 13 Quartalen. Von den elf PVEs, die bislang in der Steiermark eröffnet haben, wurden zehn in der Evaluation berücksichtigt. Nicht berücksichtigt wurde der dislozierte Standort von Vorau in Friedberg, der nicht als eigenständige PVE zählt, und das Gesundheitszentrum in Liezen. Beide Einrichtungen eröffneten erst im 4. Quartal 2020 und hätten somit für die Evaluation, deren Beobachtungszeitraum 2020 endete, zu wenig Daten geliefert.

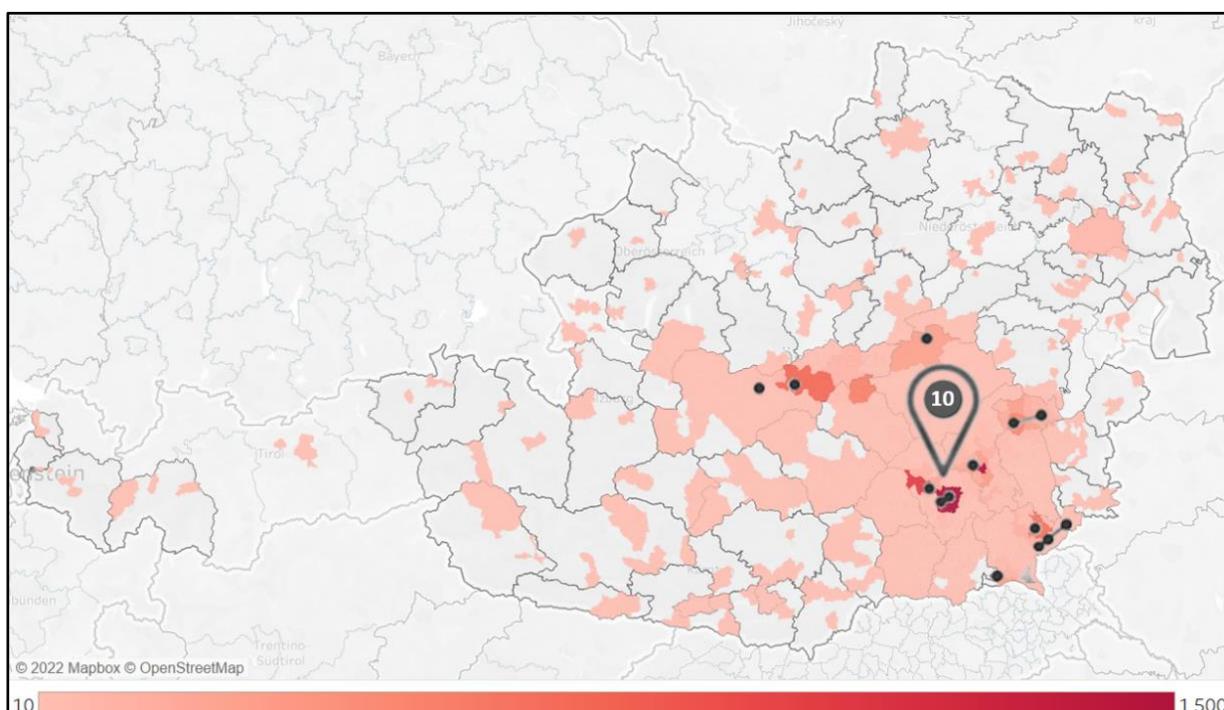


Abbildung 4: Zahl der PVE-Stammpatientinnen und -patienten nach Wohngemeinde zur Illustration des „natürlichen“ Einzugsgebietes der steirischen PVEs. Datengrundlage: FOKO-Basisdaten aller österreichischen Krankenversicherungsträger (außer KFA) für den Zeitraum 2018 bis 2020. Berechnung: Zahl der PVE-Stammpatientinnen und -patienten pro Wohngemeinde.

Das *natürliche Einzugsgebiet* einer PVE beschränkt sich in aller Regel auf die Gemeinde, in der die PVE ihren Standort hat, sowie auf die angrenzenden Gemeinden. Zwar gibt es Patientinnen und Patienten, die ihren Hauptwohnsitz in entfernteren Gemeinden – zum Teil auch in anderen Bundesländern – haben, diese sind jedoch die Ausnahme (Abbildung 4).

Wie in Abbildung 5 ersichtlich, lassen sich die steirischen PVEs in Abhängigkeit der Altersverteilung ihrer Stammpatientinnen und -patienten in drei Gruppen einteilen: PVEs, die Personen aller Altersgruppen versorgen (GZ Joglland, GZ Weiz und GZ Gratwein-Straßengel); PVEs, die insbesondere das jüngere Klientel zwischen 18 und 45 Jahren ansprechen (GZ Medius in Graz-St. Leonhard und GZ Graz Gries),

sowie PVEs, die überwiegend Erwachsene ab 45 Jahren zur ihren Stammpatientinnen und -patienten zählen (GZ Eisenerz^x, GZ Mariazell, GZ Mureck, GZ Fehring, GZ Admont).

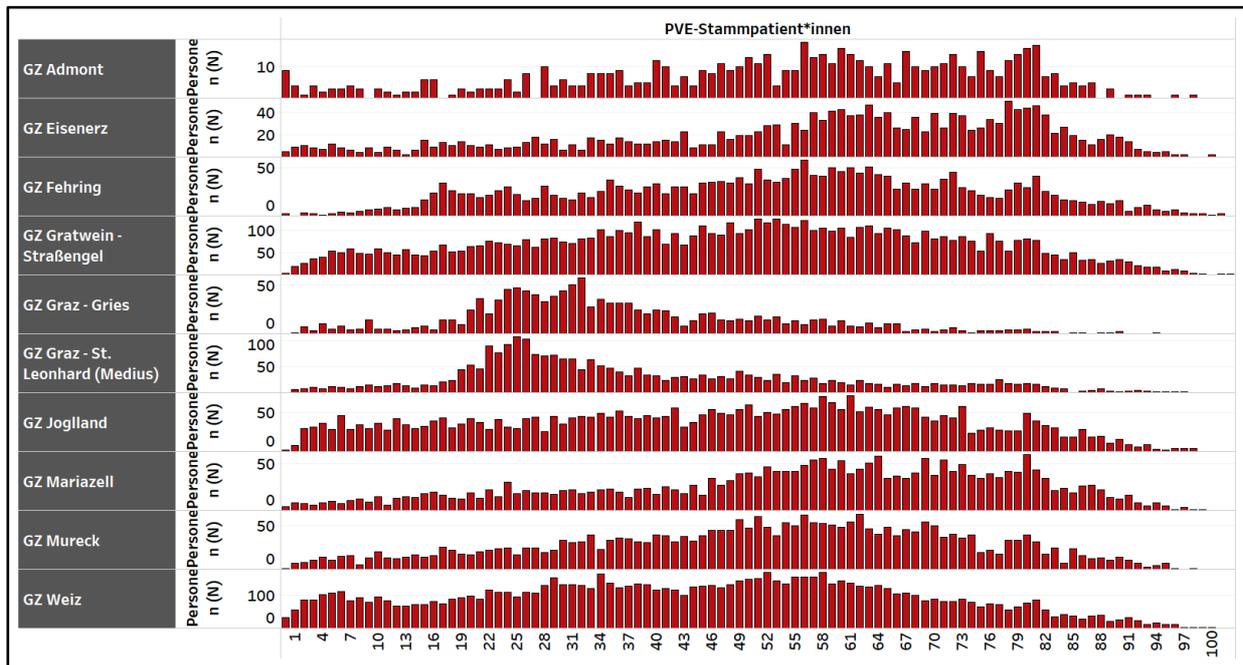


Abbildung 5: Altersverteilung der Stammpatientinnen und -patienten der steirischen PVEs. Datengrundlage: FOKO-Basisdaten aller österreichischen Krankenversicherungsträger (außer KFA) für den Zeitraum 2018 bis 2020. Berechnung: Zahl der PVE-Stammpatientinnen und -patienten nach Alter in Einzeljahren. ^x Gesundheitszentrum mit PVE-Charakter

Mit Ausnahme des GZ Mureck sind PVE-Stammpatientinnen und -patienten mehrheitlich weiblich (Abbildung 6).

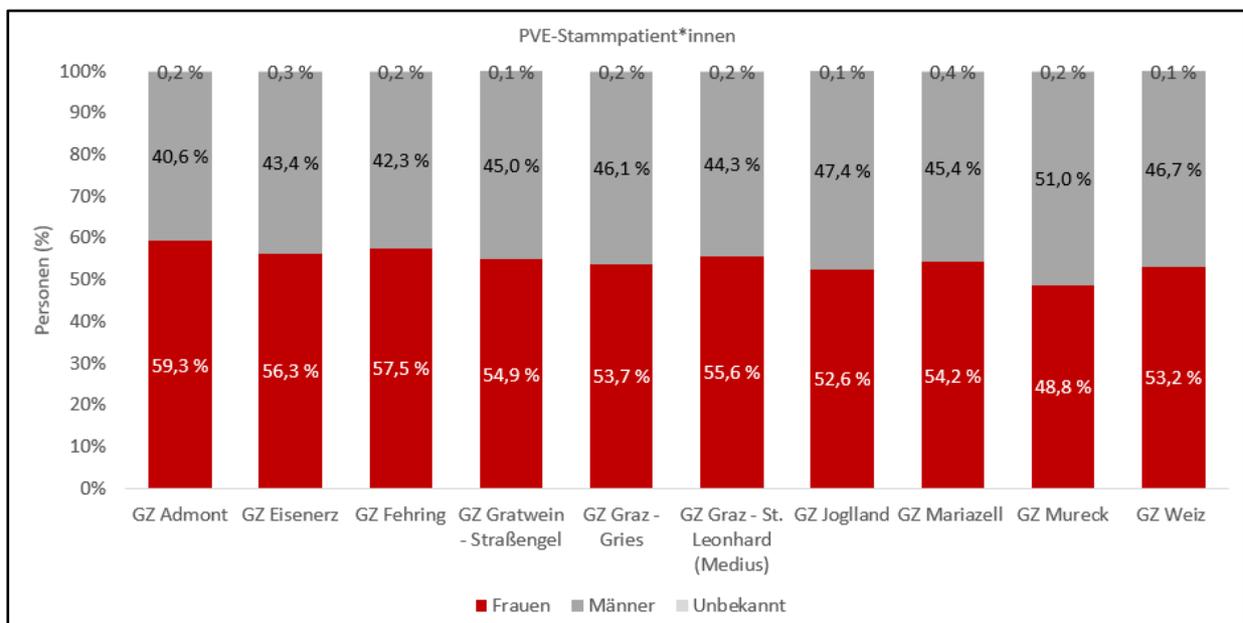


Abbildung 6: Geschlechterverteilung der Stammpatientinnen und -patienten der steirischen PVEs. Datengrundlage: FOKO-Basisdaten aller österreichischen Krankenversicherungsträger (außer KFA) für den Zeitraum 2018 bis 2020. Berechnung: Zahl der PVE-Stammpatientinnen und -patienten nach Geschlecht, gemessen an allen PVE-Stammpatientinnen und -patienten.

Mit Ausnahme jener des GZ Mariazell sind mehr als 50 % der Stammpatientinnen und -patienten der steirischen PVEs Beschäftigte oder Angehörige von Beschäftigten. Der Anteil der Pensionistinnen und Pensionisten unter den Stammpatientinnen und -patienten korreliert mit der Altersverteilung der Patientinnen und Patienten in den jeweiligen PVEs. Dieser ist in den PVEs in Graz mit knapp über 10 % am geringsten und in den PVEs GZ Mariazell, GZ Mureck, GZ Fehring sowie GZ Admont mit ca. einem Drittel (31,1 % bis 37,8 %) am höchsten. Der Anteil der Arbeitslosen liegt bei fast allen PVEs unter 5 %. Beim GZ Graz Gries ist der Anteil der Arbeitslosen mit 13,9 % der Stammpatientinnen und -patienten überdurchschnittlich hoch (Abbildung 7)

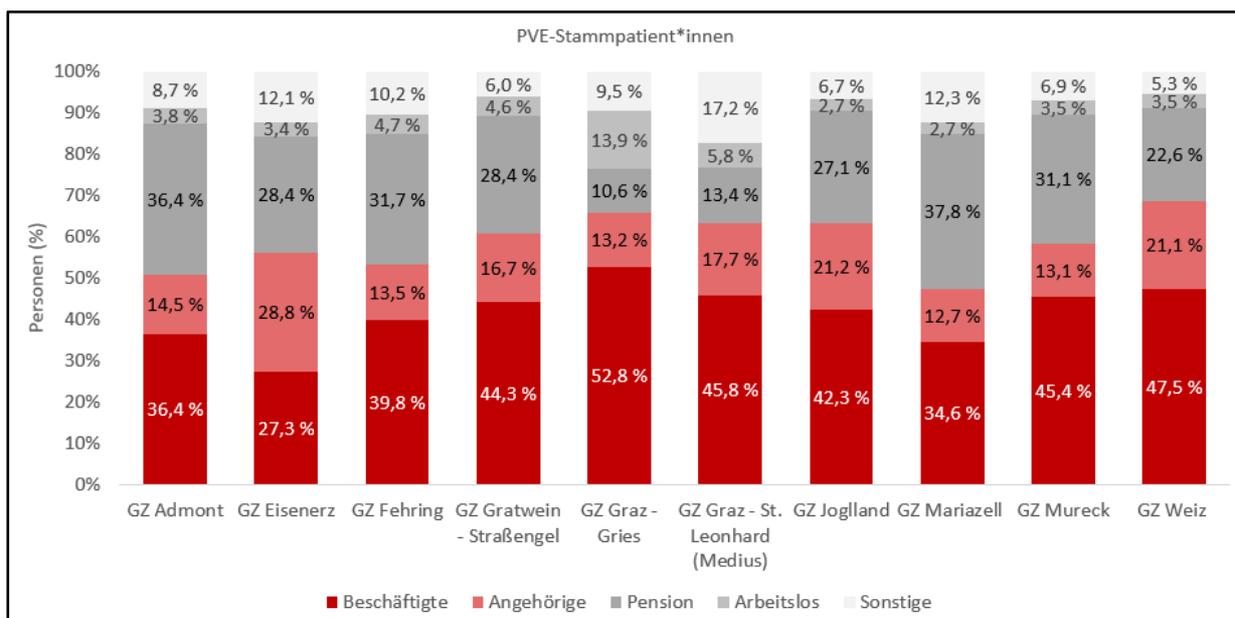


Abbildung 7: Anteil der Stammpatientinnen und -patienten der steirischen PVEs nach Erwerbsstatus. Datengrundlage: FOKO-Basisdaten aller österreichischen Krankenversicherungsträger (außer KFA) für den Zeitraum 2018 bis 2020. Berechnung: Zahl der PVE-Stammpatientinnen und -patienten nach Erwerbsstatus (Kategorisierung entsprechend den Kategorien der ÖGK, Landesstelle Steiermark), gemessen an allen PVE-Stammpatientinnen und -patienten.

Die überwiegende Mehrheit der PVE-Stammpatientinnen und -patienten ist rezeptgebührenpflichtig. Lediglich zwischen 5,1 % (GZ Medius in Graz-St. Leonhard) und 14,4 % (GZ Fehring) haben eine Rezeptgebührenbefreiung (Abbildung 8).

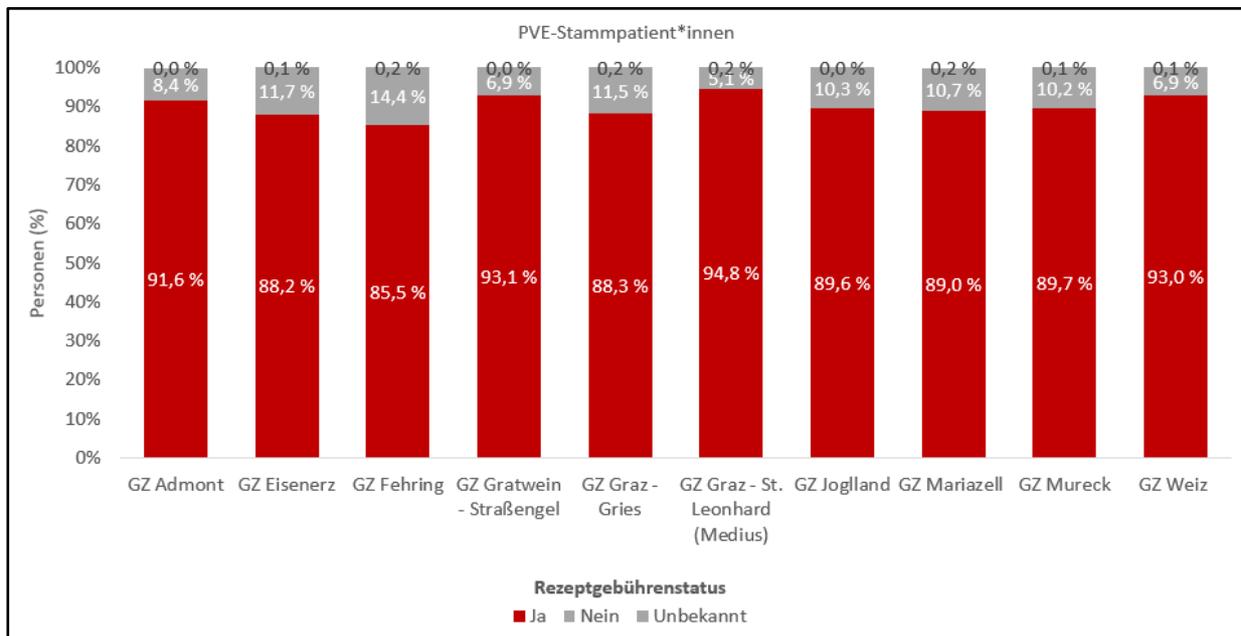


Abbildung 8: Anteil der Stammpatientinnen und -patienten der steirischen PVEs mit Rezeptgebührenpflicht (Rezeptgebührenstatus „Ja“) bzw. Rezeptgebührenbefreiung (Rezeptgebührenstatus „Nein“). Datengrundlage: FOKO-Basisdaten aller österreichischen Krankenversicherungsträger (außer KFA) für den Zeitraum 2018 bis 2020. Berechnung: Zahl der PVE-Stammpatientinnen und -patienten nach Rezeptgebührenstatus, gemessen an allen PVE-Stammpatientinnen und -patienten.

5.3 Dimension Organisation/Prozesse

Etwa zwei Drittel der Patientinnen und Patienten einer PVE hatten die Mehrzahl ihrer allgemeinmedizinischen Kontakte in der Mehrzahl der Quartale des Beobachtungszeitraums in der PVE (PVE-Stammpatientinnen und -patienten). Ausnahmen waren die PVEs im urbanen Raum, welche eine geringere Behandlungskontinuität aufwiesen. So war im GZ Medius in Graz-St. Leonhard nur jede vierte in Behandlung befindliche Person PVE-Stammpatientin bzw. PVE-Stammpatient, im GZ Graz Gries war es jede zweite Person. Der geringe Anteil an PVE-Stammpatientinnen und -patienten im GZ Admont (37,4 %) dürfte auf die kurze Beobachtungsdauer von nur drei Quartalen zurückzuführen sein.

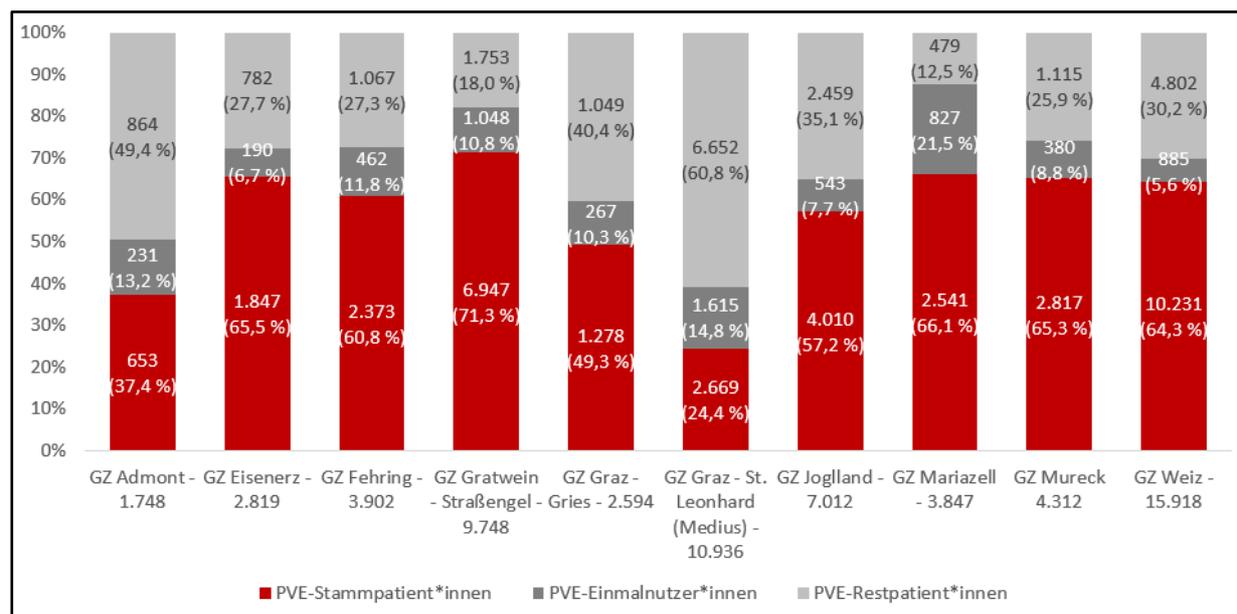


Abbildung 9: Anteil der Stammpatientinnen und -patienten, Einmalnutzerinnen und -nutzer sowie Restpatientinnen und -patienten der steirischen PVEs (Behandlungskontinuität). Datengrundlage: FOKO-Basisdaten und FOKO-eCard-Konsultationen aller österreichischen Krankenversicherungsträger (außer KFA) für den Zeitraum 2018 bis 2020. Berechnung: siehe 4.2.2.

5.4 Dimension Leistungsgeschehen

Abbildung 10 zeigt die zeitliche Entwicklung der Zahl an Kontakten in den steirischen Primärversorgungseinrichtungen. Es ist ersichtlich, dass einige PVEs bereits von Beginn an eine weitestgehend konstant hohe Zahl an allgemeinmedizinischen Kontakten aufwiesen (z. B. GZ Weiz und GZ Gratwein-Straßengel), während die Kontakthäufigkeit bei anderen PVEs zu Beginn gering war und über die Zeit kontinuierlich gestiegen ist (z.B. GZ Medius in Graz-St. Leonhard und GZ Graz Gries). Diese unterschiedlichen Verläufe sind auf die Organisationsform vor Eröffnung der PVEs zurückzuführen. Bei der Interpretation ist zu beachten, dass die Zahl der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner in den Gesundheitszentren unterschiedlich ist. (Tabelle 1).

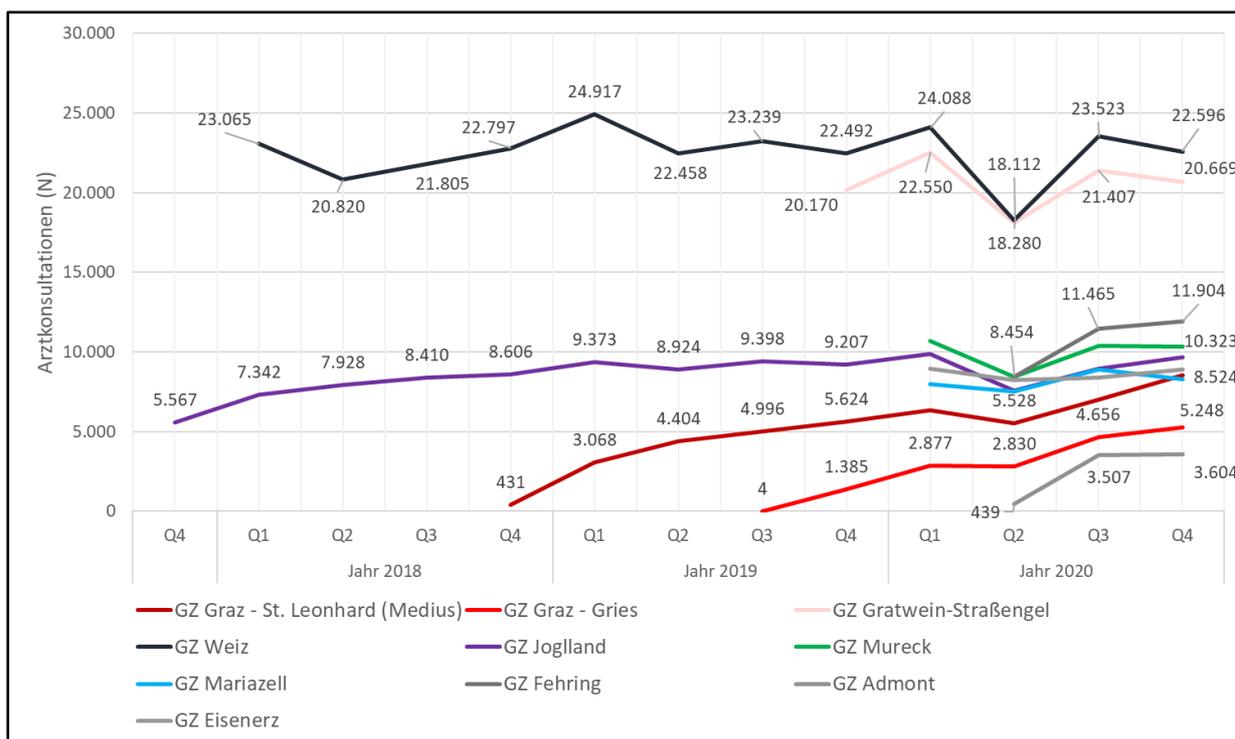


Abbildung 10: Zeitliche Entwicklung der Inanspruchnahme der steirischen PVEs. Datengrundlage: FOKO-eCard-Konsultationen aller österreichischen Krankenversicherungsträger (außer KFA) für den Zeitraum Oktober 2017 bis Dezember 2020. Berechnung: Anzahl der allgemeinmedizinischen Kontakte (eCard-Konsultationen) pro Quartal je PVE.

Der Anteil der Fälle, die in der Primärversorgung abgeschlossen wurden, ohne dass Gesundheitsdiensteanbieter einer höheren Versorgungsstufe innerhalb von 30 Tagen einbezogen wurden, betrug je nach PVE zwischen 59 % und 74 % (Abbildung 11). Dieser Anteil blieb über den gesamten Beobachtungszeitraum einer PVE weitestgehend unverändert (Tabelle 3).

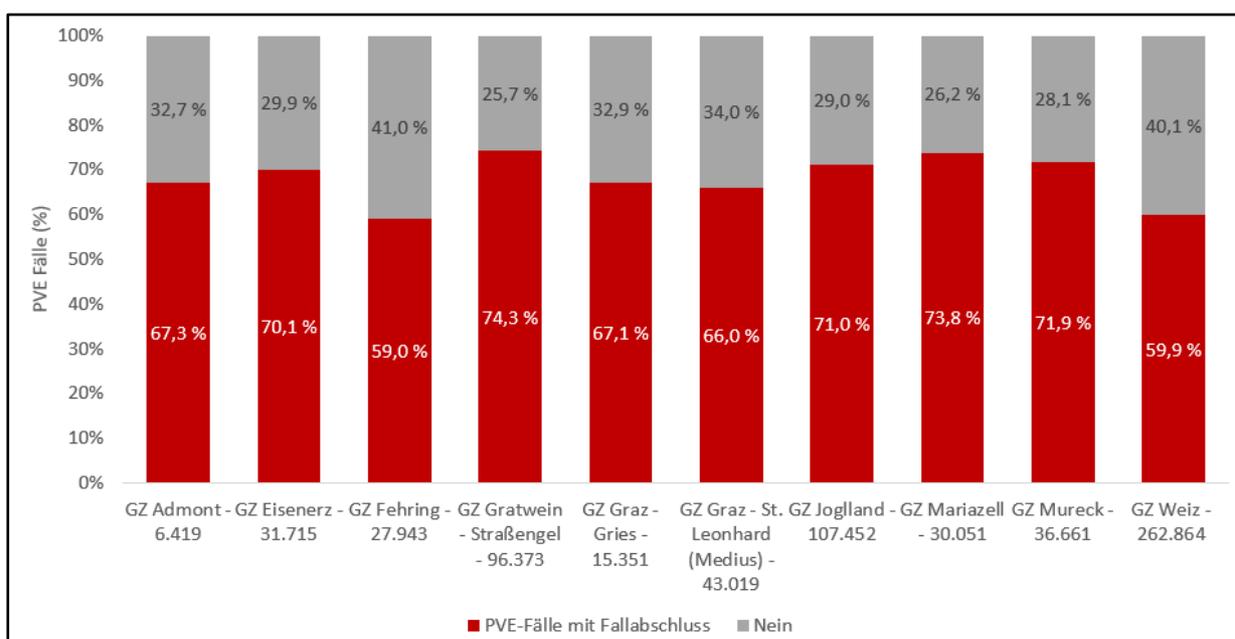


Abbildung 11: Anteil der Fälle einer PVE mit abschließender Behandlung in der Primärversorgung. Datengrundlage: FOKO-eCard-Konsultationen und FOKO-spitalsambulante Kontakte aller österreichischen Krankenversicherungsträger (außer KFA) für den Zeitraum Oktober 2017 bis Dezember 2020. Berechnung: Anteil an Fällen von Patientinnen und Patienten in einer PVE, zu denen innerhalb von 30 Tagen keine weiteren Fälle in einer anderen Versorgungsstufe (z. B. IM, AU, CH, DER) aufgetreten sind.

	Q4 2017	Q1 2018	Q2 2018	Q3 2018	Q4 2018	Q1 2019	Q2 2019	Q3 2019	Q4 2019	Q1 2020	Q2 2020	Q3 2020	Q4 2020
	Prozentangabe (%)												
GZ Joglland	75,3	70,8	72,6	73,7	72,4	70,0	70,5	71,5	71,3	71,2	67,5	67,5	70,0
GZ Weiz		59,6	59,2	61,7	61,1	57,8	57,7	60,2	59,9	63,7	60,4	58,1	59,6
GZ Medius Graz-St. Leonhard					73,3	64,3	64,0	63,3	64,5	69,7	67,8	65,5	66,5
GZ Graz Gries									73,4	74,0	64,1	64,9	64,5
GZ Gratwein – Straßengel									73,7	76,7	74,4	72,7	73,7
GZ Eisenerz ^x										73,4	68,4	68,5	69,8
GZ Mariazell										76,0	71,9	73,0	74,5
GZ Mureck										74,8	75,0	68,9	68,1
GZ Fehring											58,7	58,5	59,9
GZ Admont											66,5	66,1	69,1

Tabelle 3: Zeitliche Entwicklung des Anteils der Fälle einer PVE mit abschließender Behandlung in der Primärversorgung. Datengrundlage: FOKO-eCard-Konsultationen und FOKO-spitalsambulante Kontakte aller österreichischen Krankenversicherungsträger (außer KFA) für den Zeitraum Oktober 2017 bis Dezember 2020. Berechnung: Anteil an Fällen von Patientinnen und Patienten in einer PVE, zu denen innerhalb von 30 Tagen keine weiteren Fälle in einer anderen Versorgungsstufe (z. B. IM, AU, CH, DER) aufgetreten sind. ^x Gesundheitszentrum mit PVE Charakter

5.5 Dimension systemische und ökonomische Effekte

5.5.1 Stationäre Aufenthalte

Abbildung 12 stellt die durchschnittliche Zahl an stationären Aufenthalten pro Patientin bzw. Patient im Zeitverlauf dar. Während darin ein divergierender Verlauf erkennbar ist, liefert die Wechselwirkungsprüfung ein nicht-signifikantes Ergebnis ($p = 0,261$), welches auf eine parallele Entwicklung der beiden Gruppen (Stammpatientinnen und -patienten versus Kontrollpatientinnen und -patienten) hinweist. Die jahresweisen Gruppenvergleiche mittels (parametrischem) t-Test und (nicht-parametrischem) Mann-Whitney-U-Test liefern allerdings einen weiteren Hinweis darauf, dass Patientinnen und Patienten der Primärversorgungseinheiten seltener stationär aufgenommen werden als Patientinnen und Patienten der Kontrollgruppe (s. Abbildung 12). Während es in den Jahren 2016–2018 keine statistisch signifikanten Gruppenunterschiede gibt, liefert der Mann-Whitney-U-Test für das Jahr 2019 einen statistisch signifikanten Gruppenunterschied ($p = 0,030$) mit einem leichten Vorteil für die Gruppe der Stammpatientinnen und -patienten.

Ein ähnlicher Effekt zeigt sich für den prozentuellen Anteil an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt (Abbildung 13). Der exakte Test von Fisher liefert für das Jahr 2019 einen statistisch signifikanten Gruppenunterschied ($p = 0,027$) mit einem leichten Vorteil (Odds-Ratio = 1,049) für die Gruppe der Stammpatientinnen und -patienten

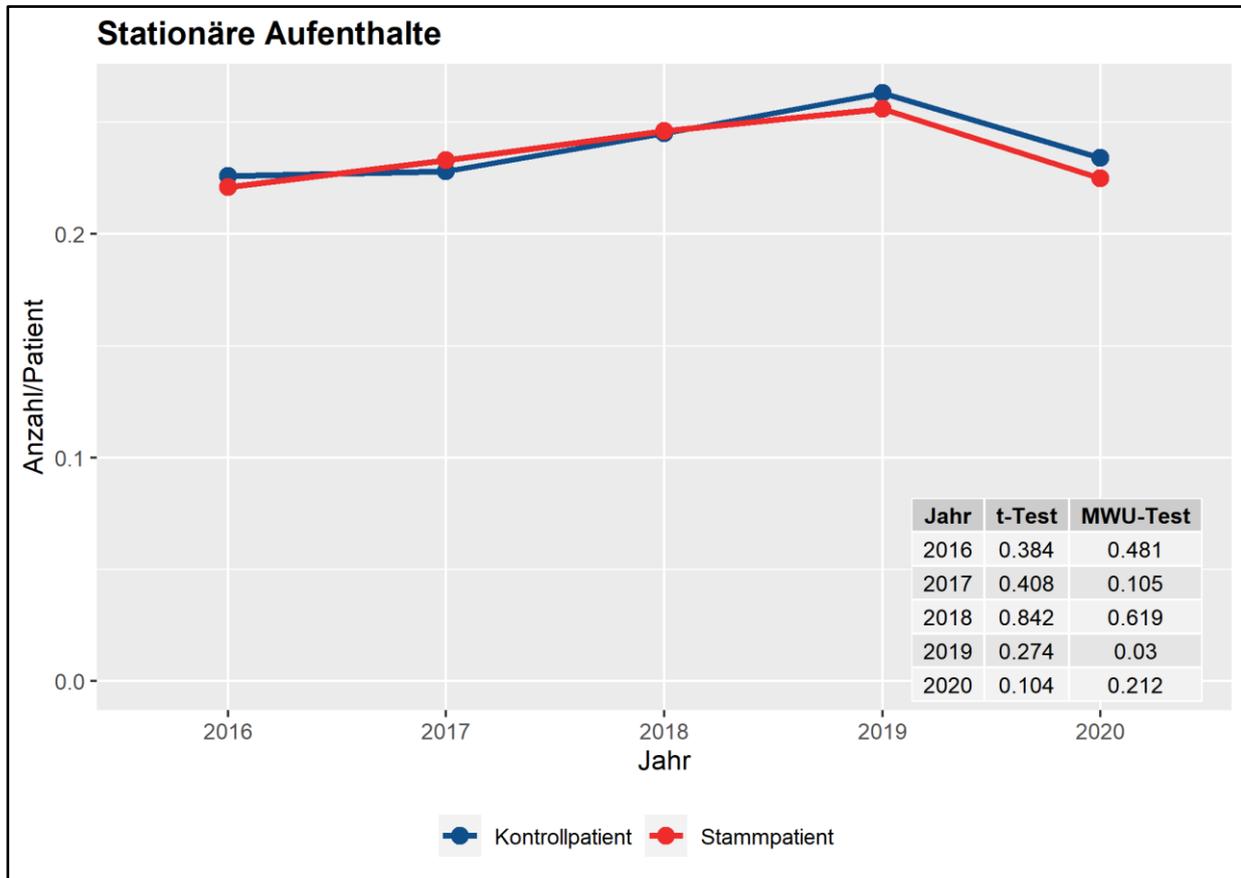


Abbildung 12: Durchschnittliche Zahl an stationären Aufenthalten pro Patientin bzw. Patient und Jahr. Datengrundlage: FOKO-Basisdaten und FOKO-stationäre Aufenthalte aller österreichischen Krankenversicherungsträger (außer KFA) für den Zeitraum 2016 bis 2020. Berechnung: Der jahresweise Vergleich der beiden Gruppen (Stammpatientinnen und -patienten versus Kontrollpatientinnen und -patienten) erfolgt über den parametrischen t-Test und den nicht-parametrischen Mann-Whitney-U-Test (MWU-Test). p-Werte kleiner 0,05 werden als statistisch signifikant gewertet.

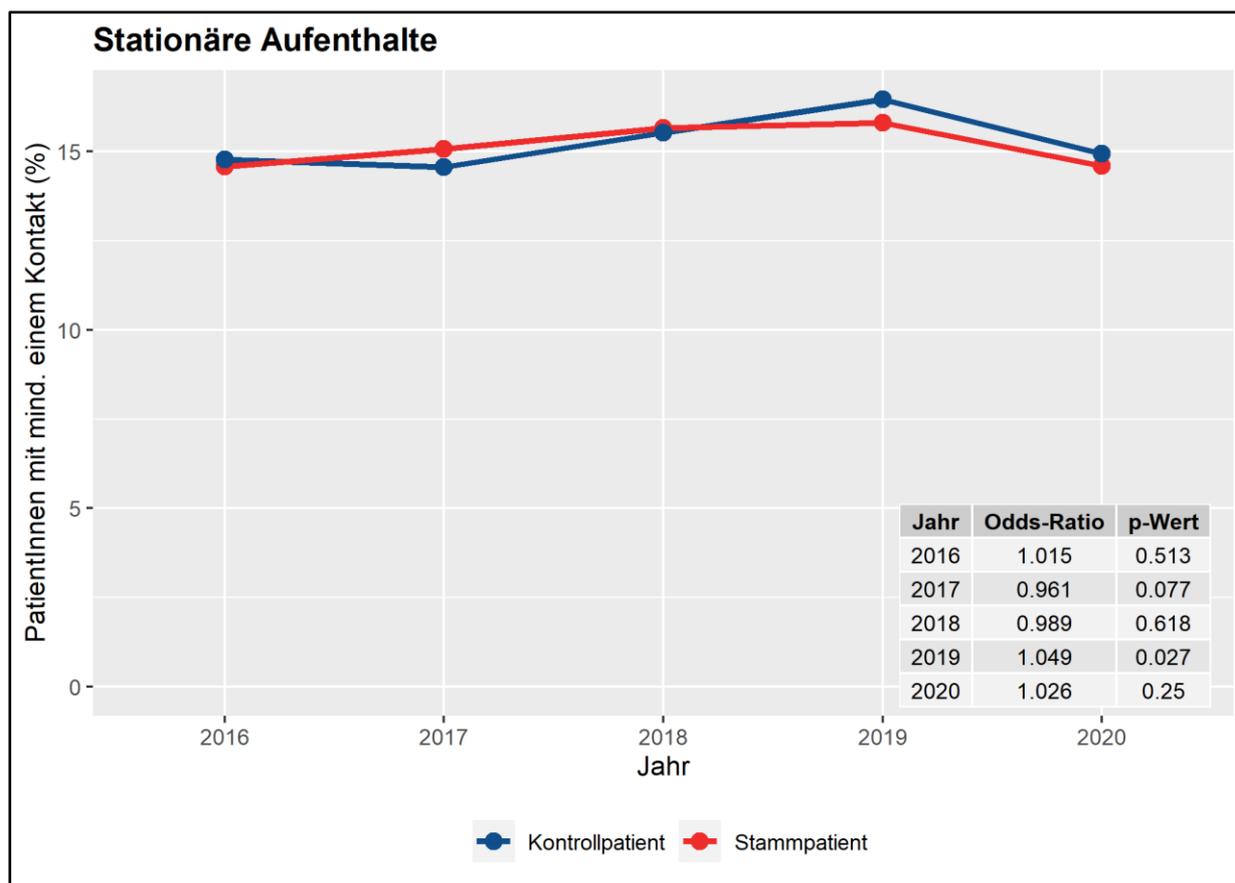


Abbildung 13: Prozentwert an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt. Datengrundlage: FOKO-Basisdaten und FOKO-stationäre Aufenthalte aller österreichischen Krankenversicherungsträger (außer KFA) für den Zeitraum 2016 bis 2020. Berechnung: Das Odds-Ratio wird als Maßzahl für die Größe des Wirkungsunterschiedes verwendet. Es ist definiert als die „Chance“ (Odds) für einen stationären Aufenthalt in der Kontrollgruppe (Kontrollpatientinnen und -patienten), dividiert durch die „Chance“ für einen stationären Aufenthalt in der Interventionsgruppe (Stamppatientinnen und -patienten). Der jahresweise Vergleich der beiden Gruppen erfolgt über den exakten Test von Fisher. p-Werte kleiner 0,05 werden als statistisch signifikant gewertet.

5.5.2 Ambulante fachärztliche Kontakte

Da aufgrund von geringen Fallzahlen keine belastbaren Ergebnisse abgeleitet werden können, werden in der nachfolgenden Ergebnisbeschreibung folgende Fachbereiche nicht berücksichtigt: Anästhesiologie, Immunologie, Kinder- und Jugendchirurgie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Nuklearmedizin, Pathologie, Physikalische Medizin, Psychiatrie und Unfallchirurgie.

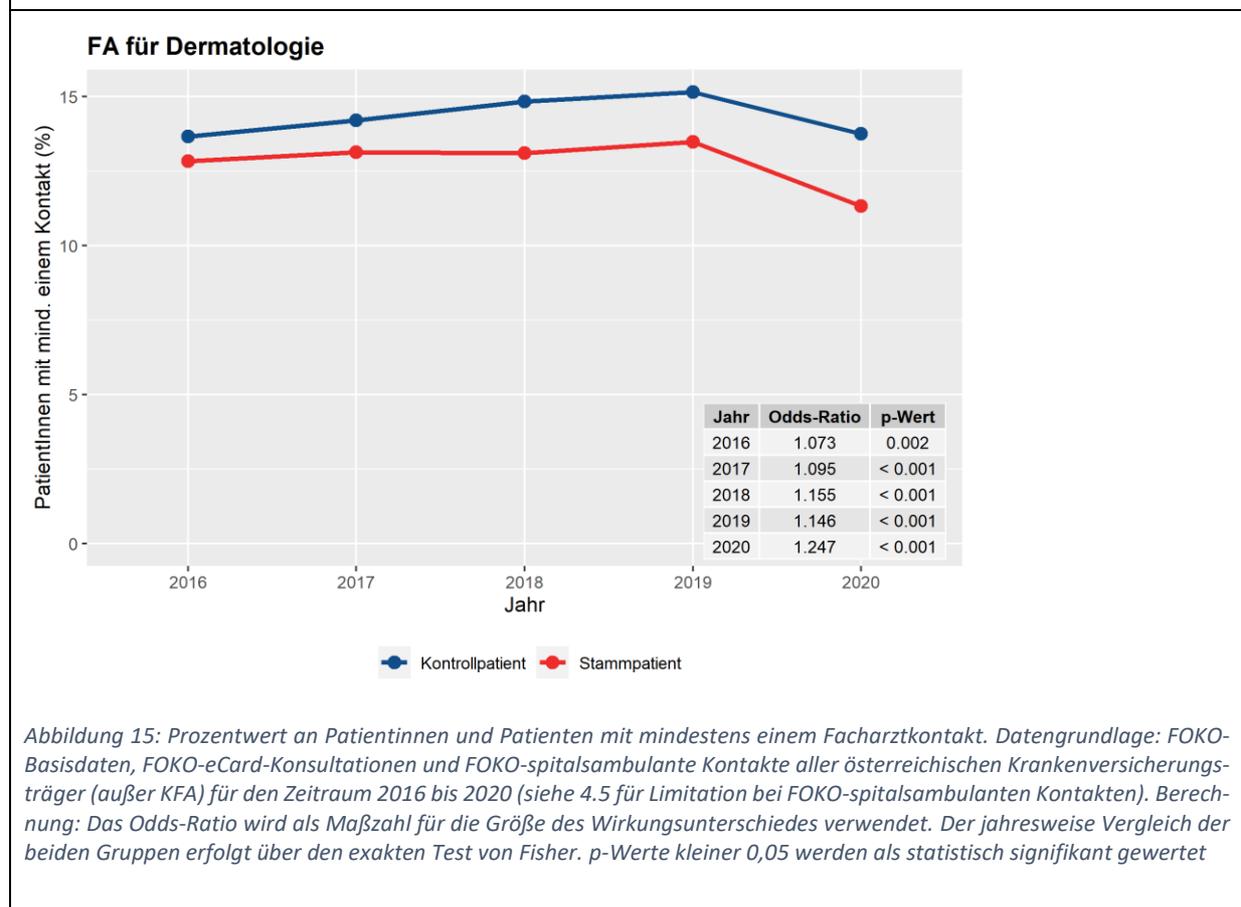
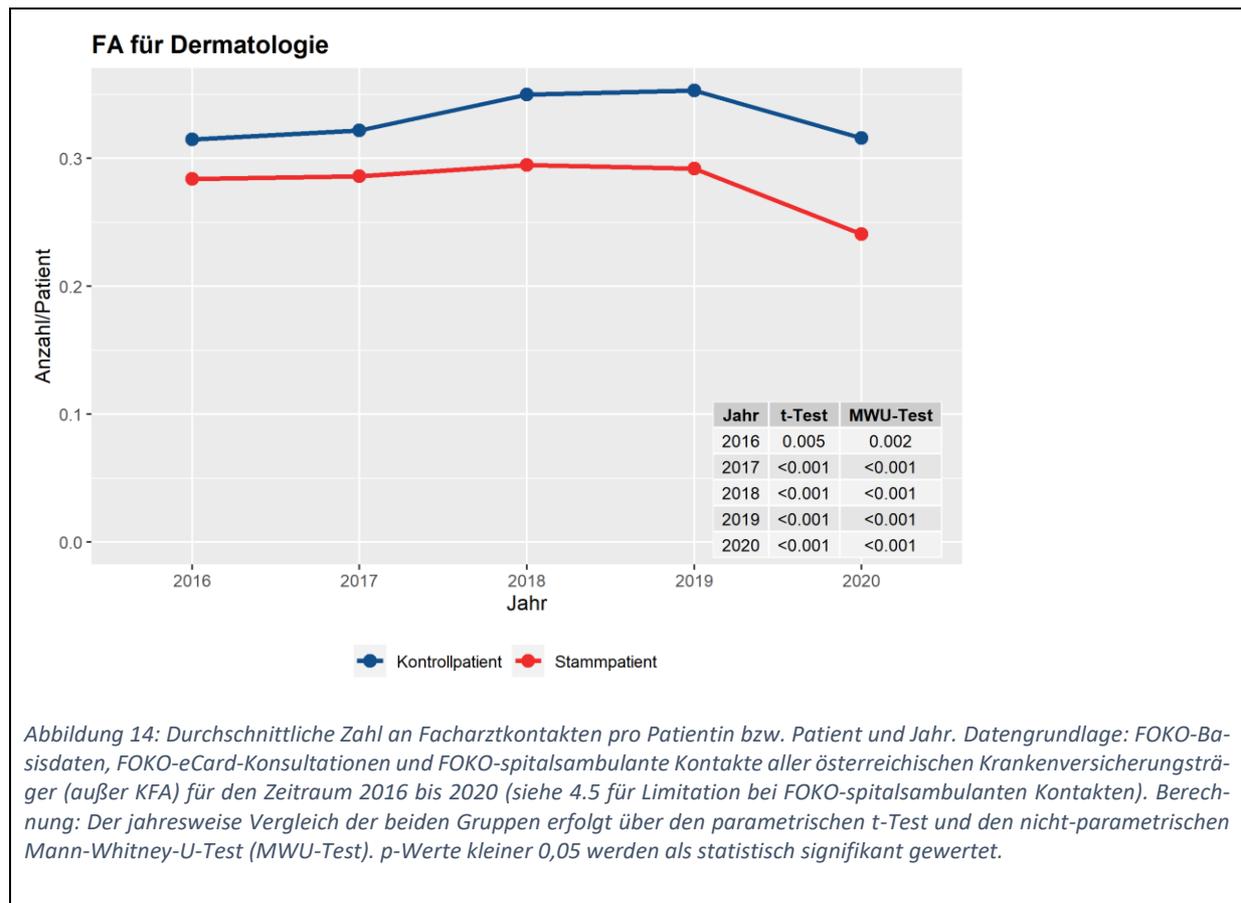
Bei anderen Fachbereichen deuten die zeitlichen Verläufe auf einen relativen Rückgang der Facharztkontakte innerhalb der Gruppe der Stamppatientinnen und Stamppatienten von PVEs im Vergleich zu der Gruppe der Kontrollpatientinnen und Patienten hin. Dies betrifft die Fachbereiche Dermatologie (Abbildung 14 & Abbildung 15), Kinder- und Jugendheilkunde (Abbildung 16 und Abbildung 17), Innere Medizin (Abbildung 18 und Abbildung 19), Orthopädie (Abbildung 20 und Abbildung 21), Pulmologie (Abbildung 22 und Abbildung 23) und Urologie (Abbildung 24 und Abbildung 25).

Diese Beobachtung wird für die Fachbereiche *Dermatologie* ($p = 0,002$), *Innere Medizin* ($p < 0,001$), *Orthopädie* ($p < 0,001$) und *Pulmologie* ($p < 0,001$) durch statistisch signifikante Wechselwirkungen untermauert. In diesen Fächern entwickelt sich die Gruppe der Stammpatientinnen und -patienten somit nicht parallel zu der Gruppe der Kontrollpatientinnen und -patienten.

Für den Fachbereich der *Kinder- und Jugendheilkunde* liefern die durchgeführten Mann-Whitney-U-Tests Hinweise auf einen divergierenden Verlauf der Kontaktzahlen (Abbildung 16). Während die Gruppenvergleiche der Jahre 2016 ($p = 0,176$) und 2017 ($p = 0,084$) nicht signifikant sind, deuten die Mann-Whitney-U-Tests der Jahre 2018 ($p = 0,009$), 2019 ($p < 0,001$) und 2020 ($p < 0,001$) auf statistisch signifikante Gruppenunterschiede hin. Diese wird durch die Fisher-Tests in Abbildung 17 untermauert.

Für den Fachbereich der *Urologie* erkennt man einen ähnlichen Trend, der allerdings zeitlich erst etwas später einsetzt (Abbildung 24 und Abbildung 25). Während sich die Gruppe der Stammpatientinnen und -patienten in den Jahren 2016–2019 nicht signifikant von der Gruppe der Kontrollpatientinnen und -patienten unterscheidet, liefern die durchgeführten Gruppenvergleiche (t-Test, Mann-Whitney-U-Test, Fisher-Test) statistisch signifikante Gruppenunterschiede für das Jahr 2020.

Für die verbleibenden Fachbereiche liefern die Wechselwirkungsprüfungen statistisch nicht signifikante Ergebnisse: *Augenheilkunde* ($p = 0,316$), *Chirurgie* ($p = 0,198$), *Frauenheilkunde* ($p = 0,145$), *HNO* ($p = 0,800$), *Neurologie* ($p = 0,734$) und *Radiologie bzw. Strahlentherapie* ($p = 0,058$). Dies liefert zusammen mit den dargestellten zeitlichen Verläufen (Abbildung 26 bis Abbildung 37) Hinweise darauf, dass vorerst die Betreuung in PVEs keinen Einfluss auf die Häufigkeit der Nutzung dieser medizinischen Fächer in der ambulanten Versorgung hat.



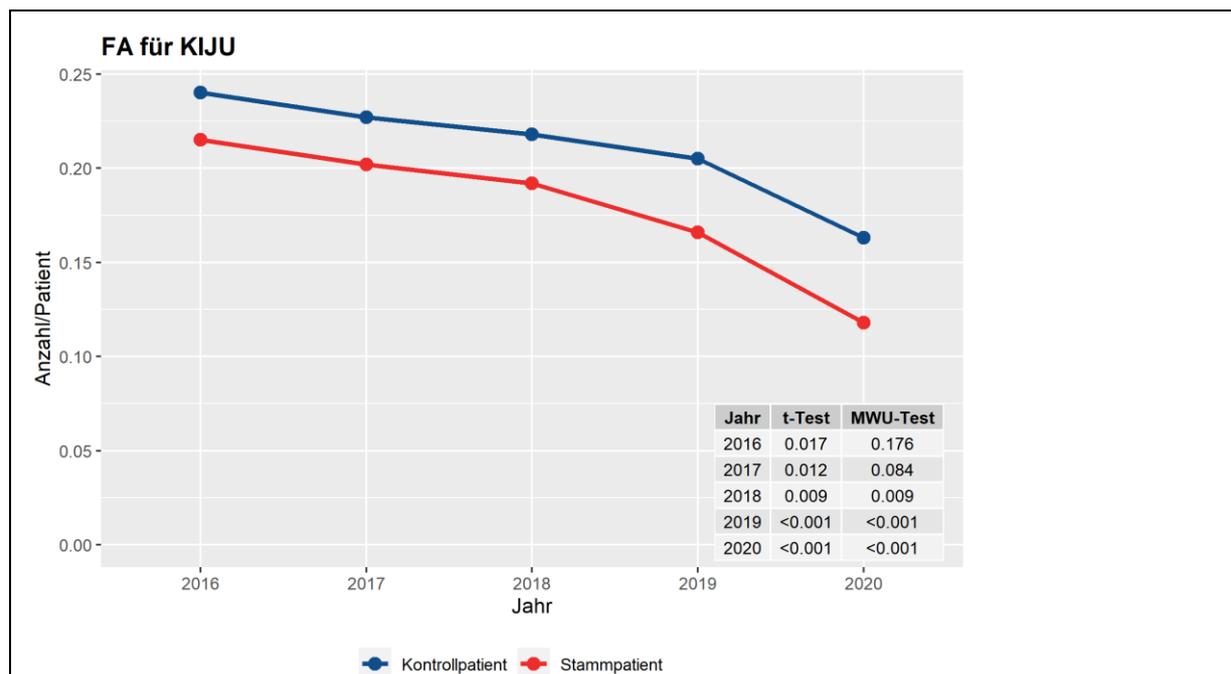


Abbildung 16: Durchschnittliche Zahl an Facharztkontakten pro Patientin bzw. Patient und Jahr. Datengrundlage: FOKO-Basisdaten, FOKO-eCard-Konsultationen und FOKO-spitalsambulante Kontakte aller österreichischen Krankenversicherungsträger (außer KFA) für den Zeitraum 2016 bis 2020 (siehe 4.5 für Limitation bei FOKO-spitalsambulanten Kontakten). Berechnung: Der jahresweise Vergleich der beiden Gruppen erfolgt über den parametrischen t-Test und den nicht-parametrischen Mann-Whitney-U-Test (MWU-Test). p-Werte kleiner 0,05 werden als statistisch signifikant gewertet.

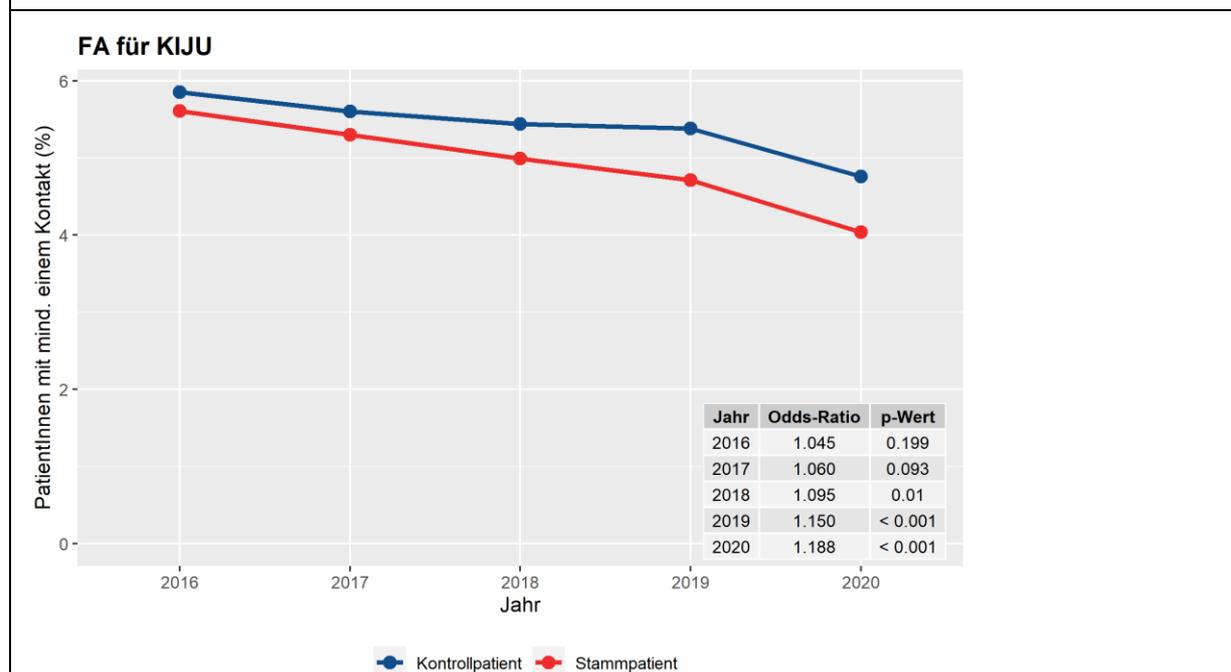


Abbildung 17: Prozentwert an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Facharztkontakt. Datengrundlage: FOKO-Basisdaten, FOKO-eCard-Konsultationen und FOKO-spitalsambulante Kontakte aller österreichischen Krankenversicherungsträger (außer KFA) für den Zeitraum 2016 bis 2020 (siehe 4.5 für Limitation bei FOKO-spitalsambulanten Kontakten). Berechnung: Das Odds-Ratio wird als Maßzahl für die Größe des Wirkungsunterschiedes verwendet. Der jahresweise Vergleich der beiden Gruppen erfolgt über den exakten Test von Fisher. p-Werte kleiner 0,05 werden als statistisch signifikant gewertet (Hinweis: Der Anteil der Patientinnen und Patienten mit mind. einem Kontakt bei einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde nimmt im zeitlichen Verlauf ab, weil die betrachtete Kohorte älter und die Zahl der Kinder damit geringer wird.)

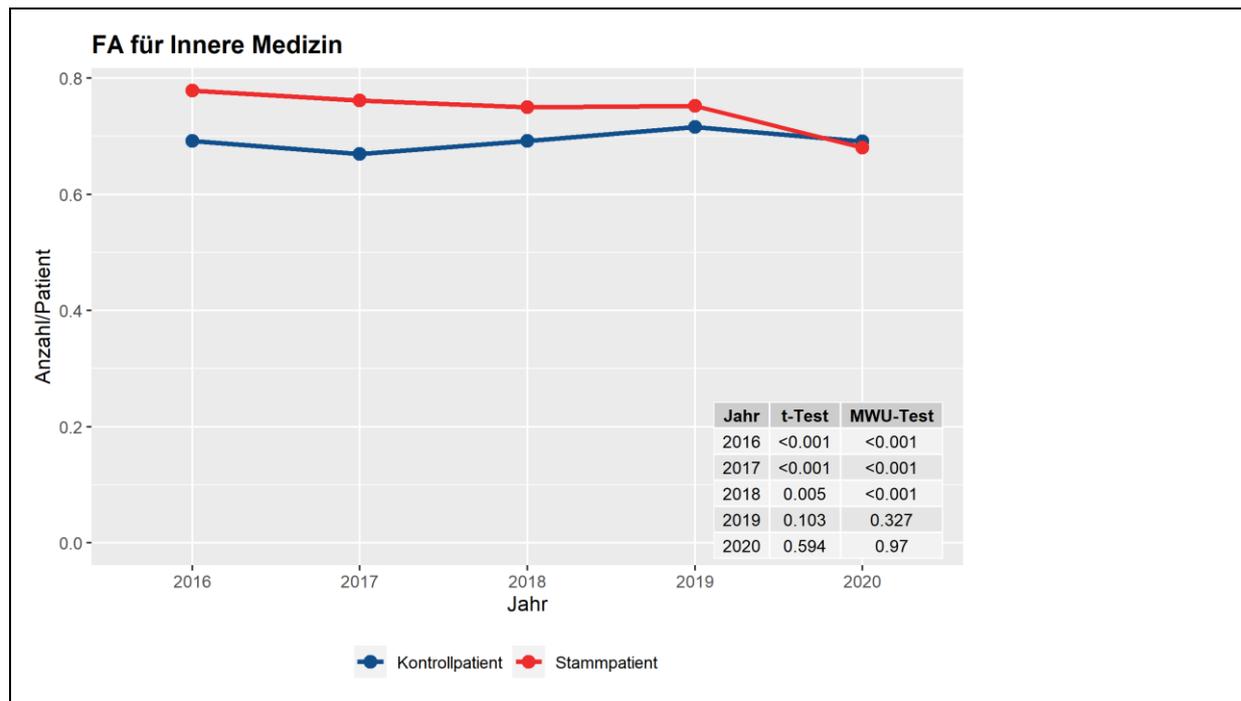


Abbildung 18: Durchschnittliche Zahl an Facharztkontakten pro Patientin bzw. Patient und Jahr. Datengrundlage: FOKO-Basisdaten, FOKO-eCard-Konsultationen und FOKO-spitalsambulante Kontakte aller österreichischen Krankenversicherungsträger (außer KFA) für den Zeitraum 2016 bis 2020 (siehe 4.5 für Limitation bei FOKO-spitalsambulanten Kontakten). Berechnung: Der jahresweise Vergleich der beiden Gruppen erfolgt über den parametrischen t-Test und den nicht-parametrischen Mann-Whitney-U-Test (MWU-Test). p-Werte kleiner 0,05 werden als statistisch signifikant gewertet.

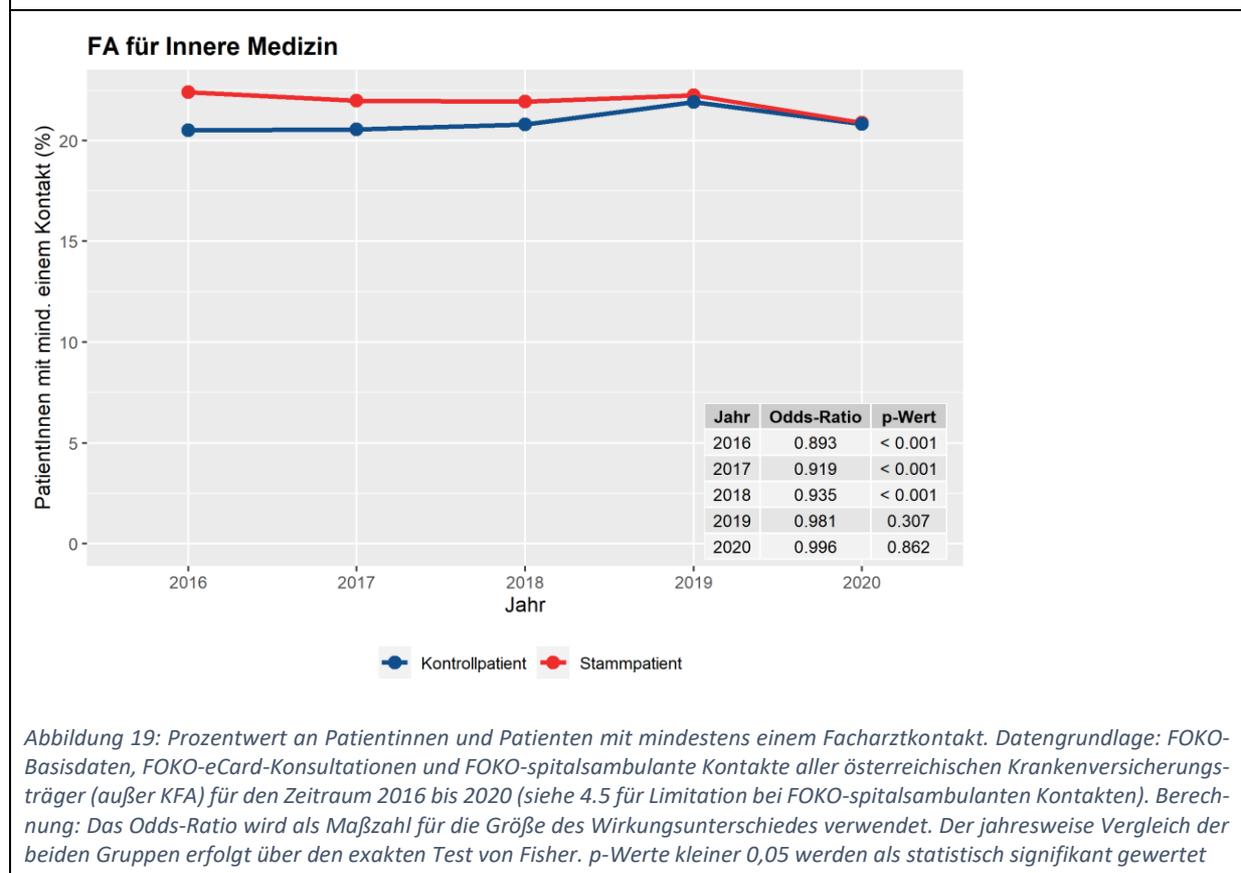
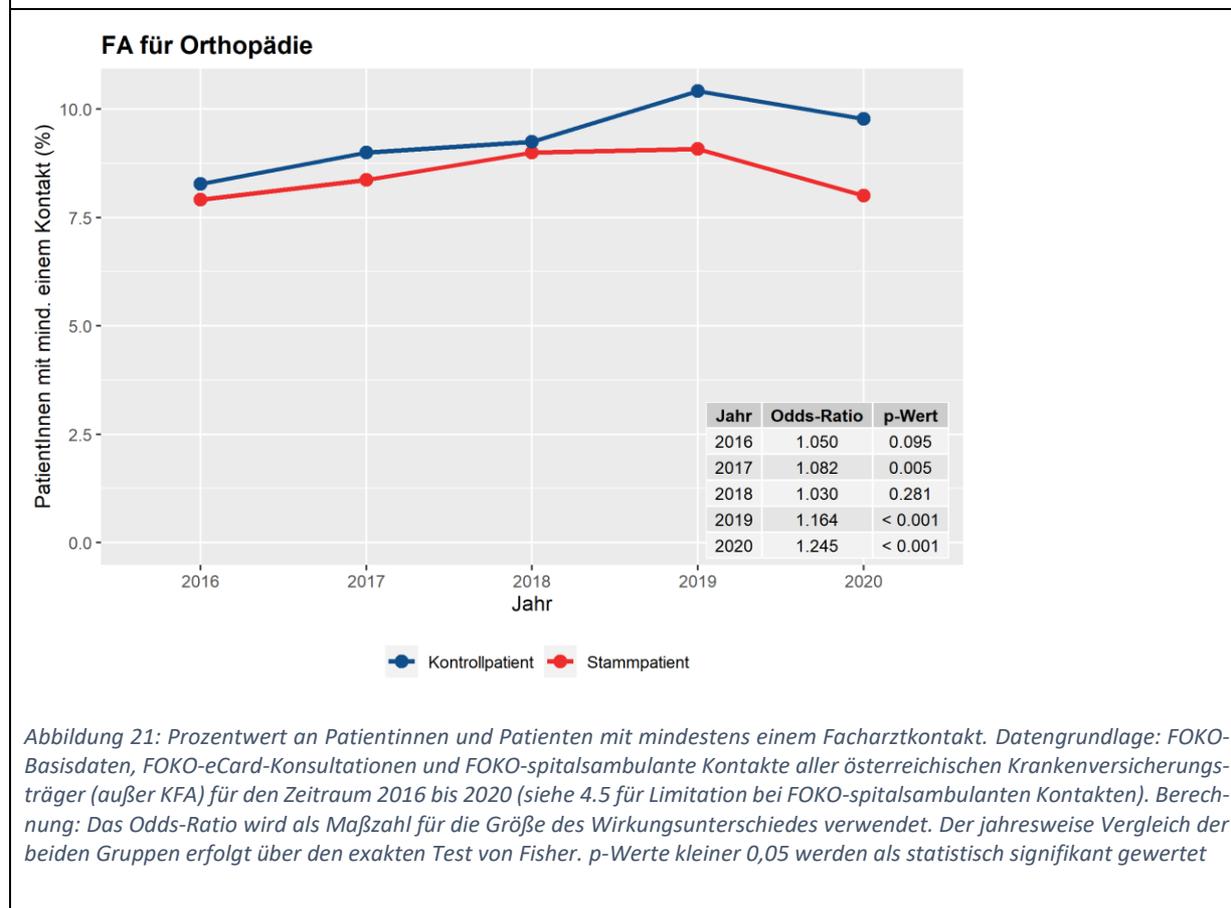
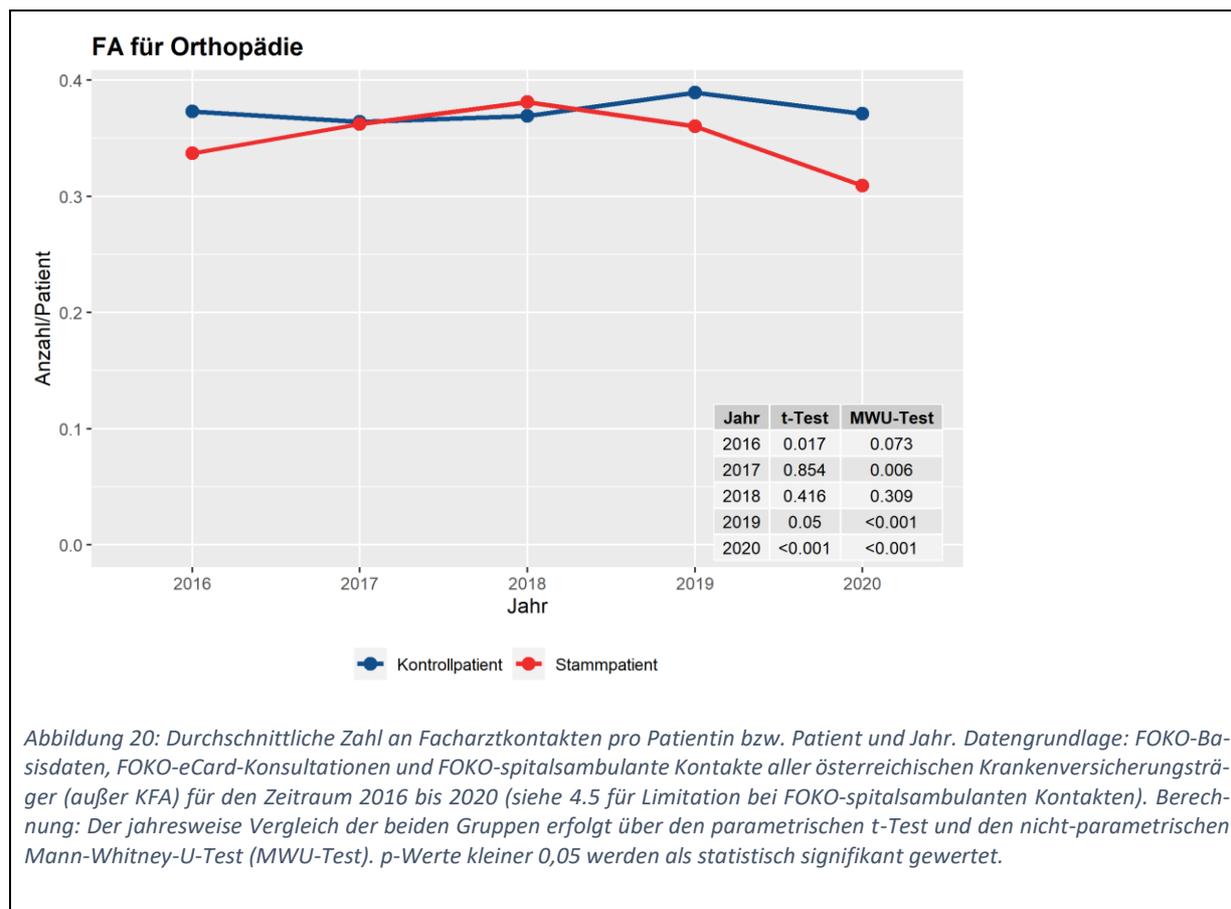
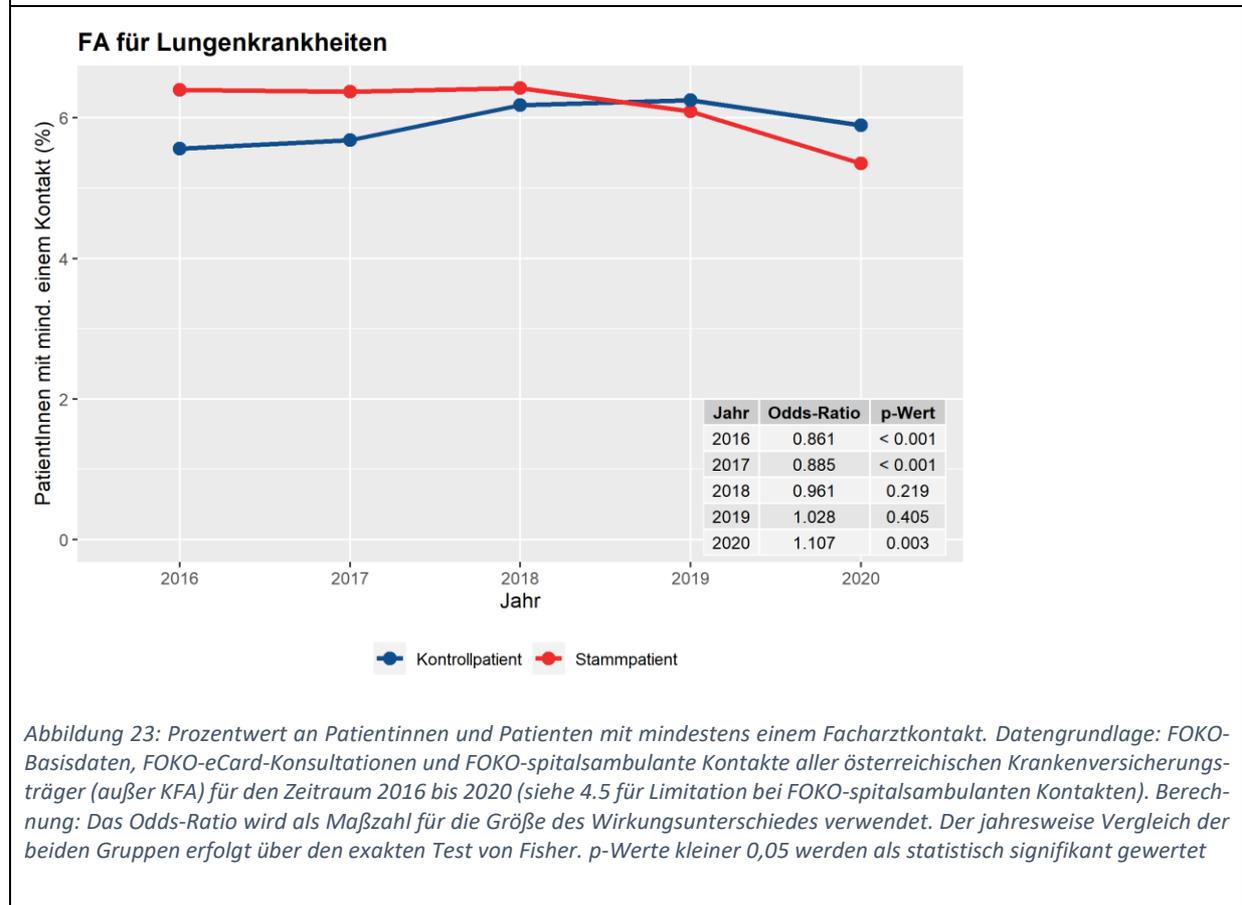
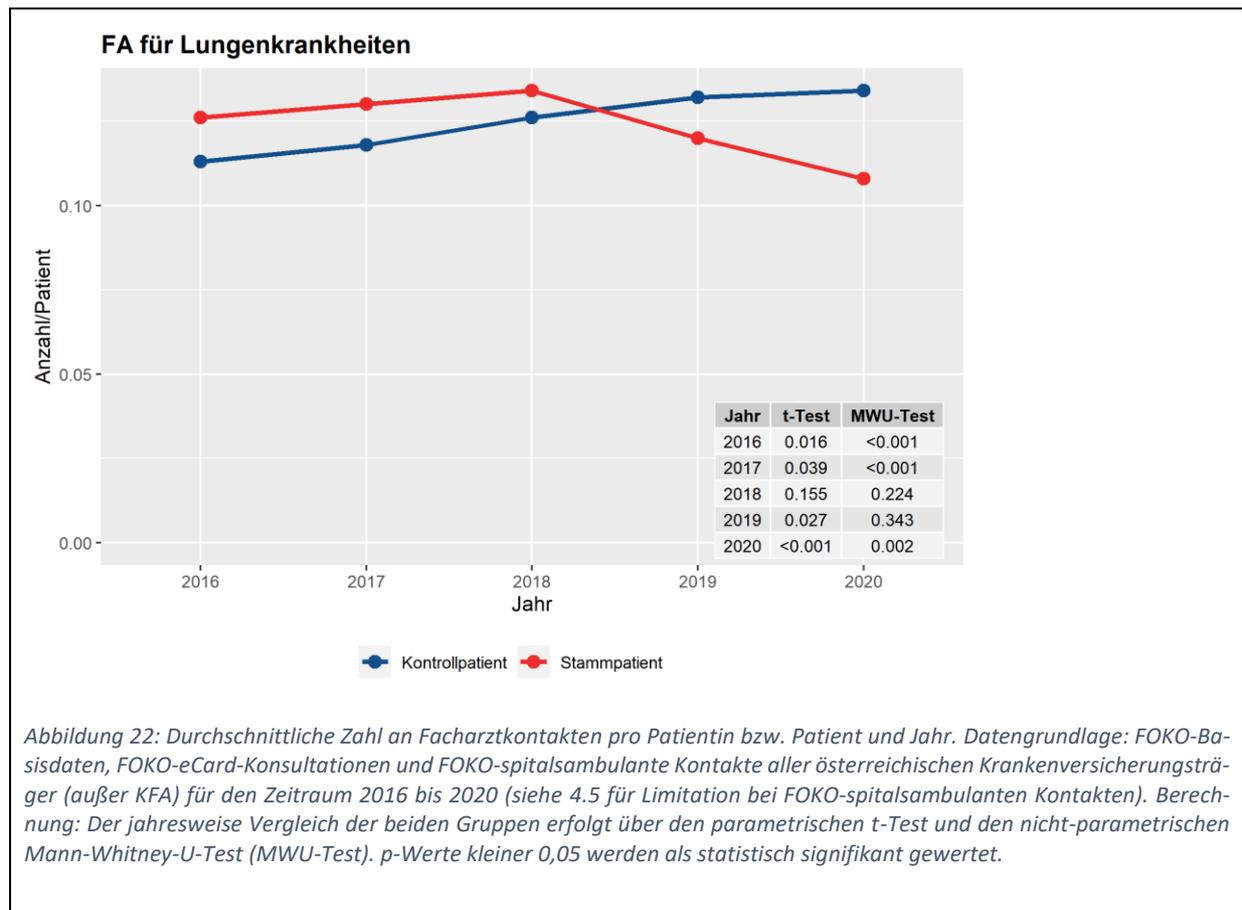
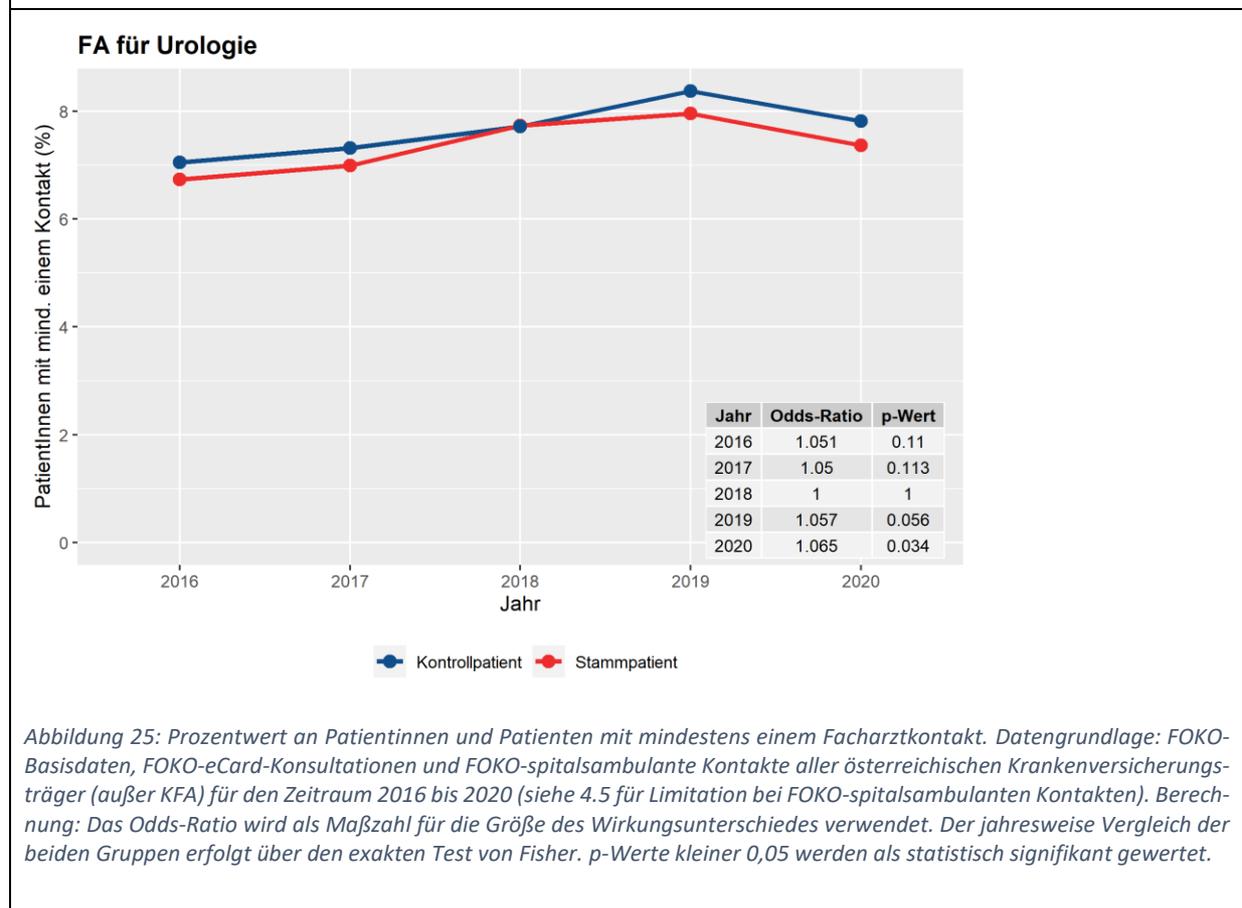
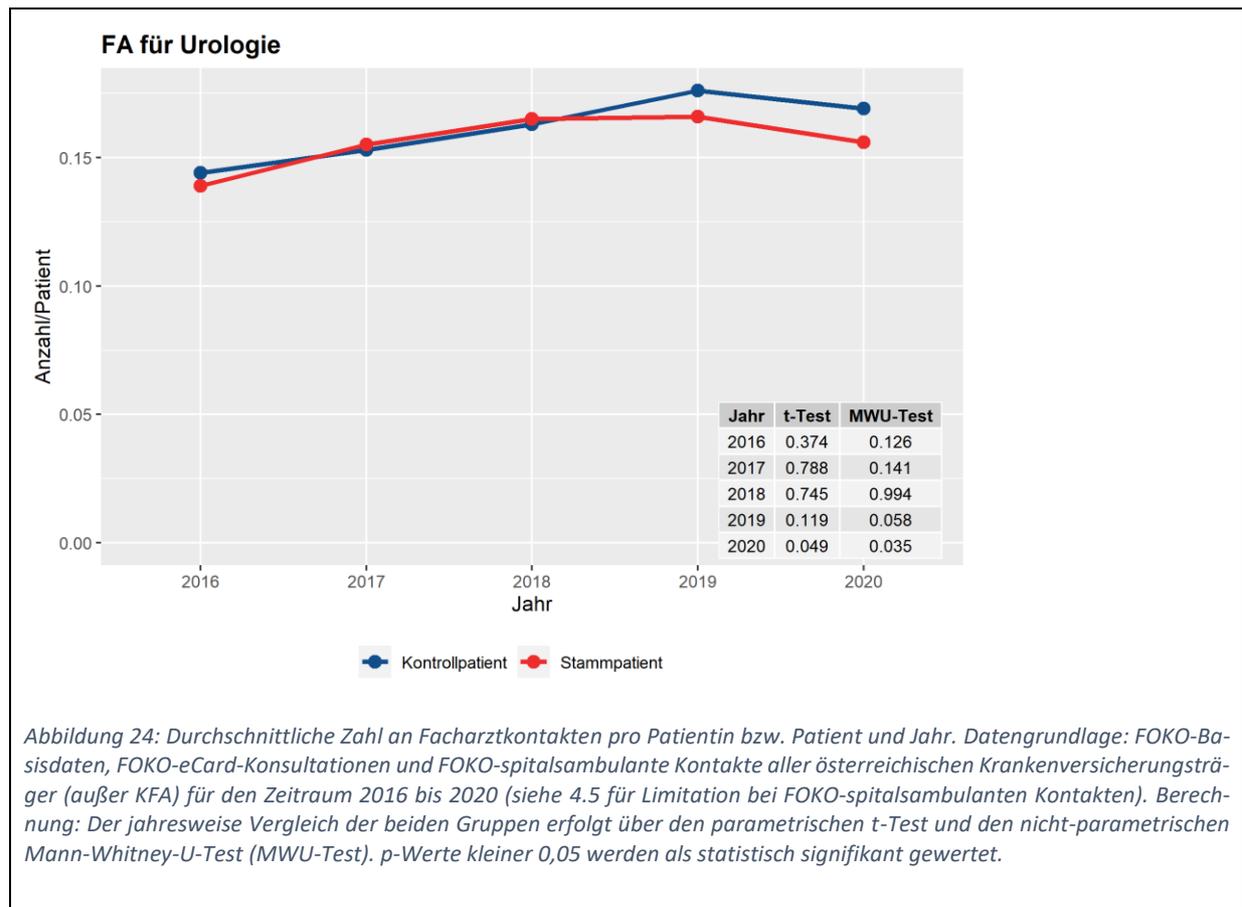
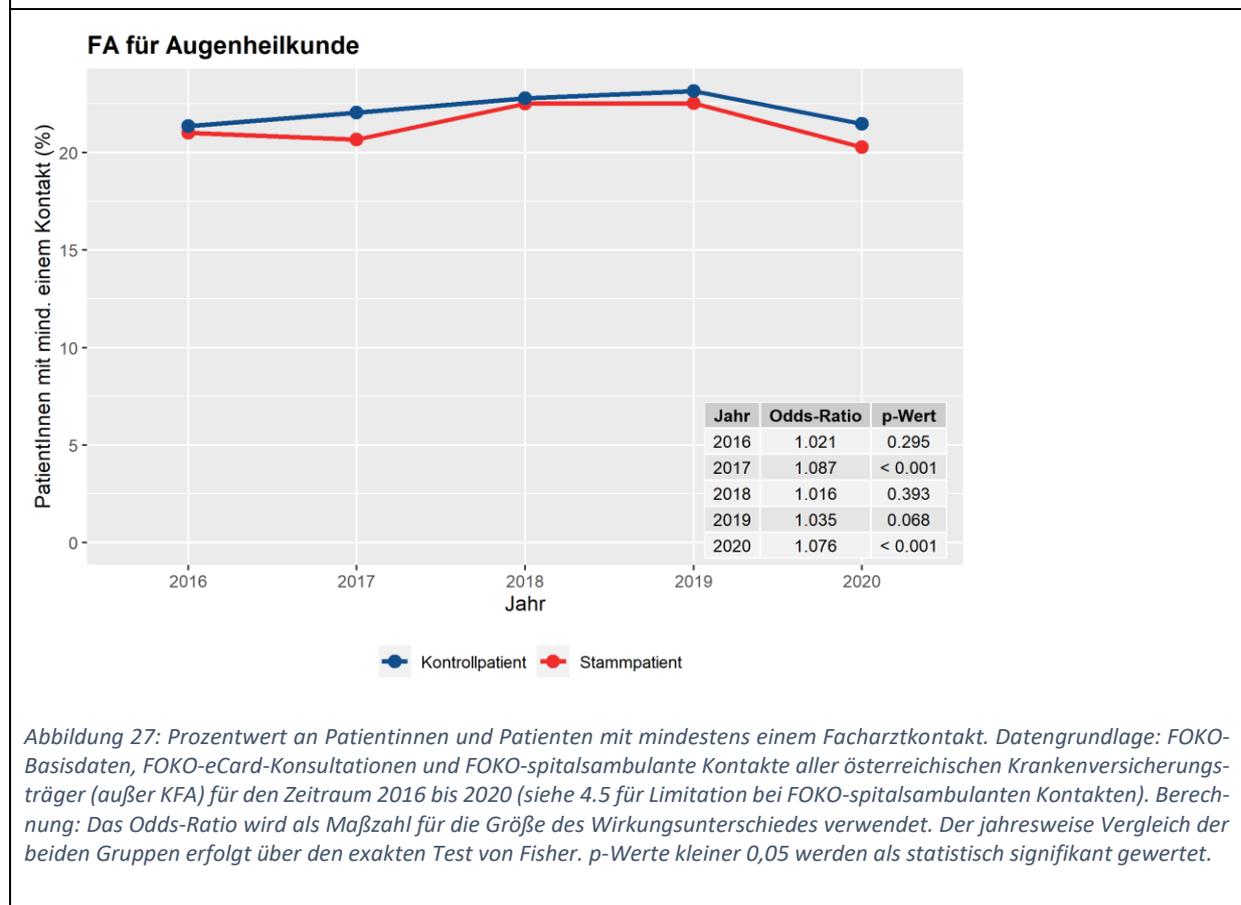
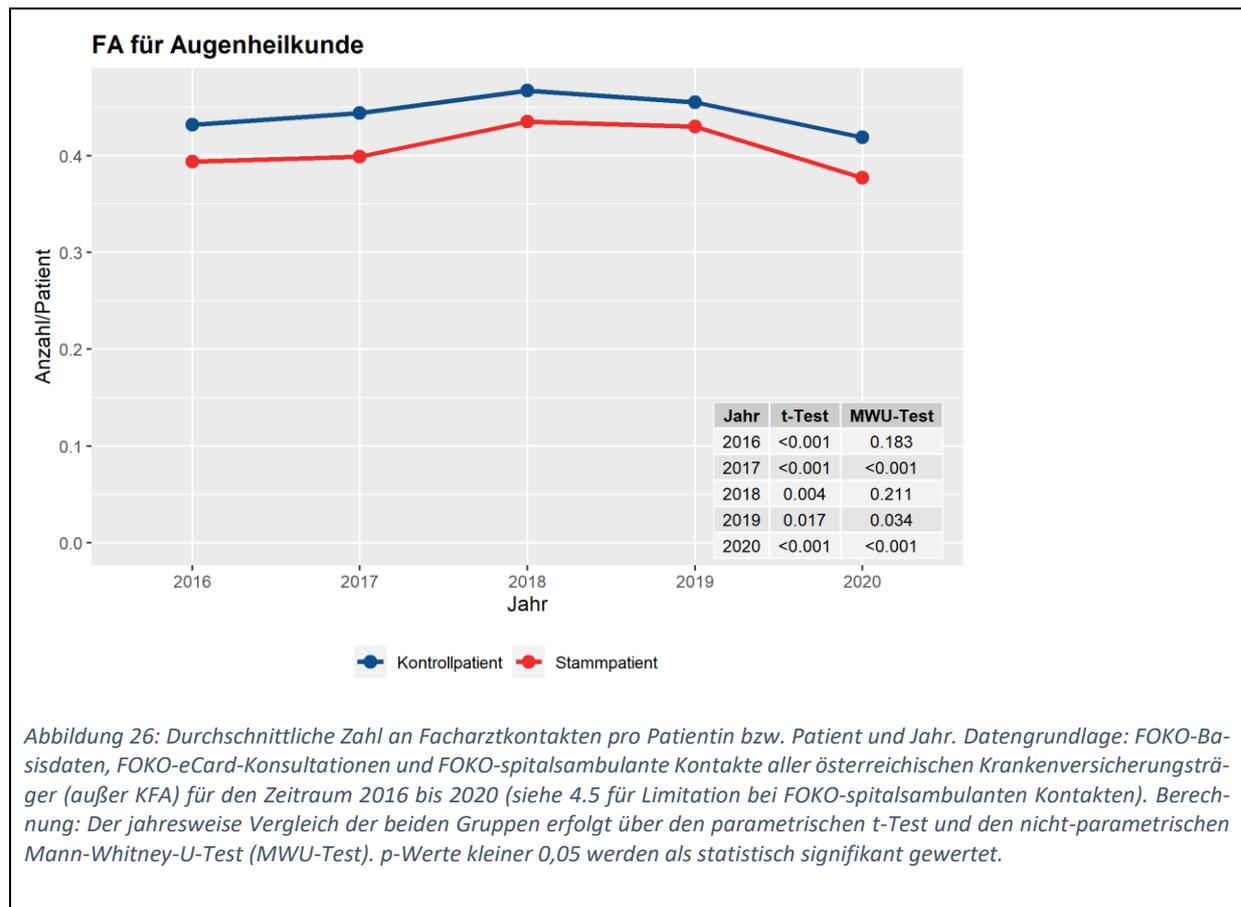


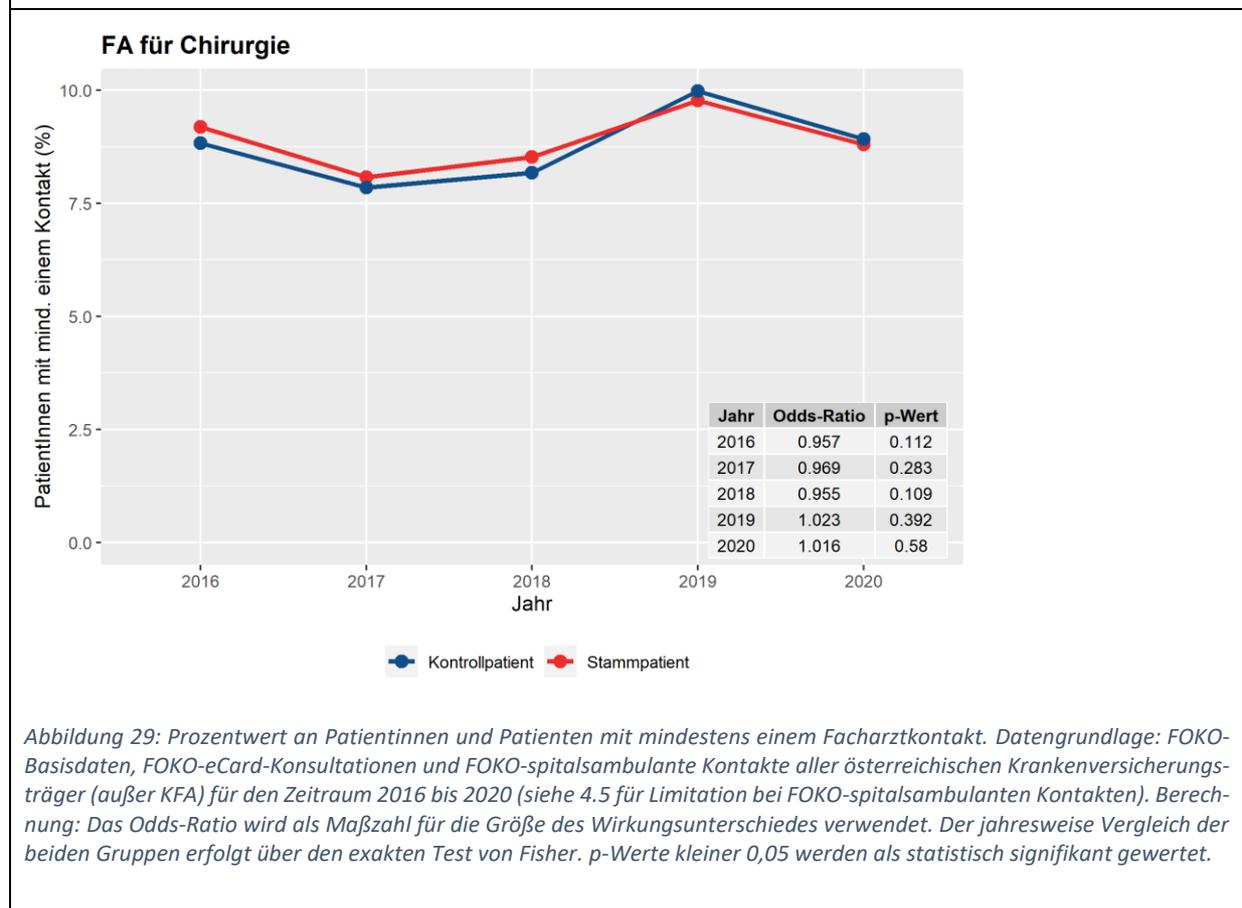
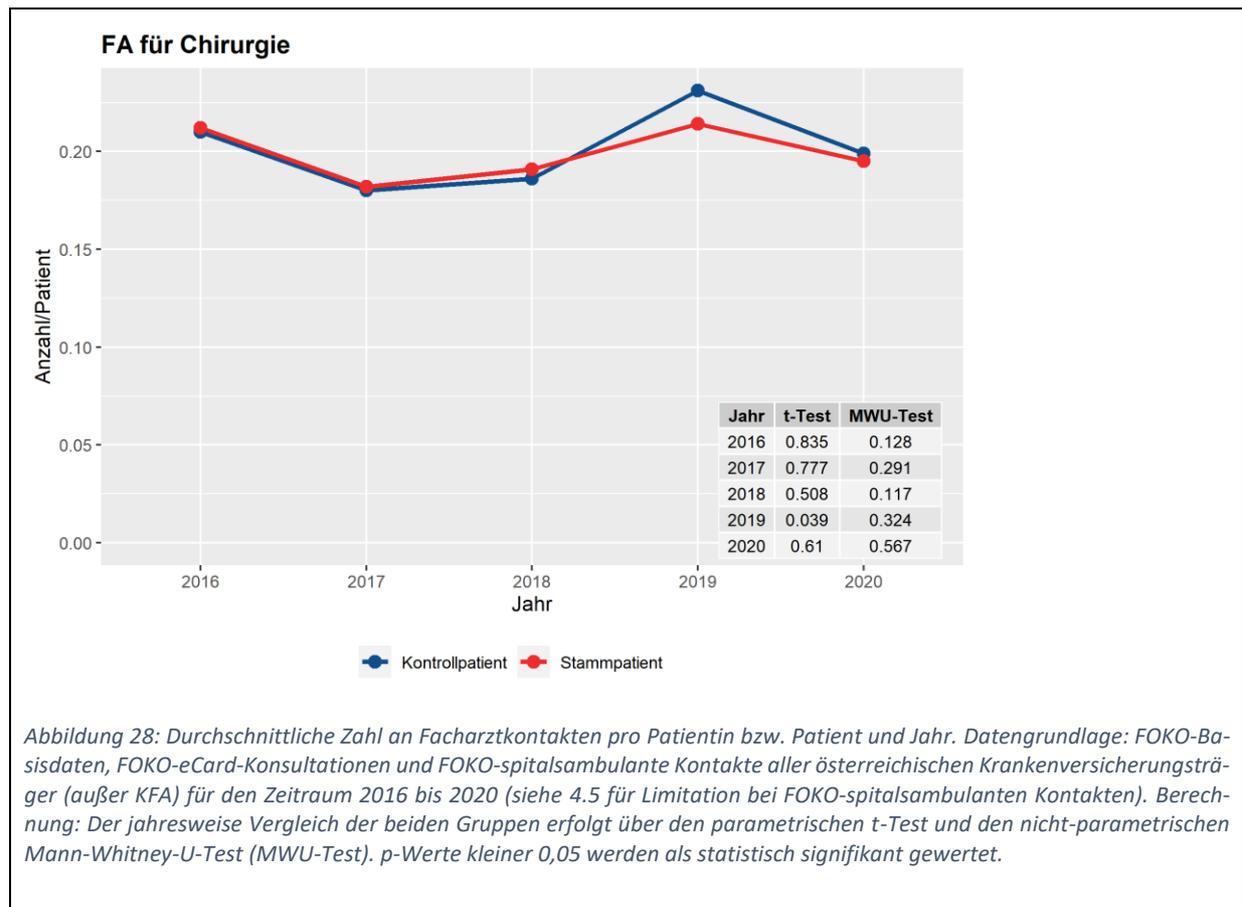
Abbildung 19: Prozentwert an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Facharztkontakt. Datengrundlage: FOKO-Basisdaten, FOKO-eCard-Konsultationen und FOKO-spitalsambulante Kontakte aller österreichischen Krankenversicherungsträger (außer KFA) für den Zeitraum 2016 bis 2020 (siehe 4.5 für Limitation bei FOKO-spitalsambulanten Kontakten). Berechnung: Das Odds-Ratio wird als Maßzahl für die Größe des Wirkungsunterschiedes verwendet. Der jahresweise Vergleich der beiden Gruppen erfolgt über den exakten Test von Fisher. p-Werte kleiner 0,05 werden als statistisch signifikant gewertet

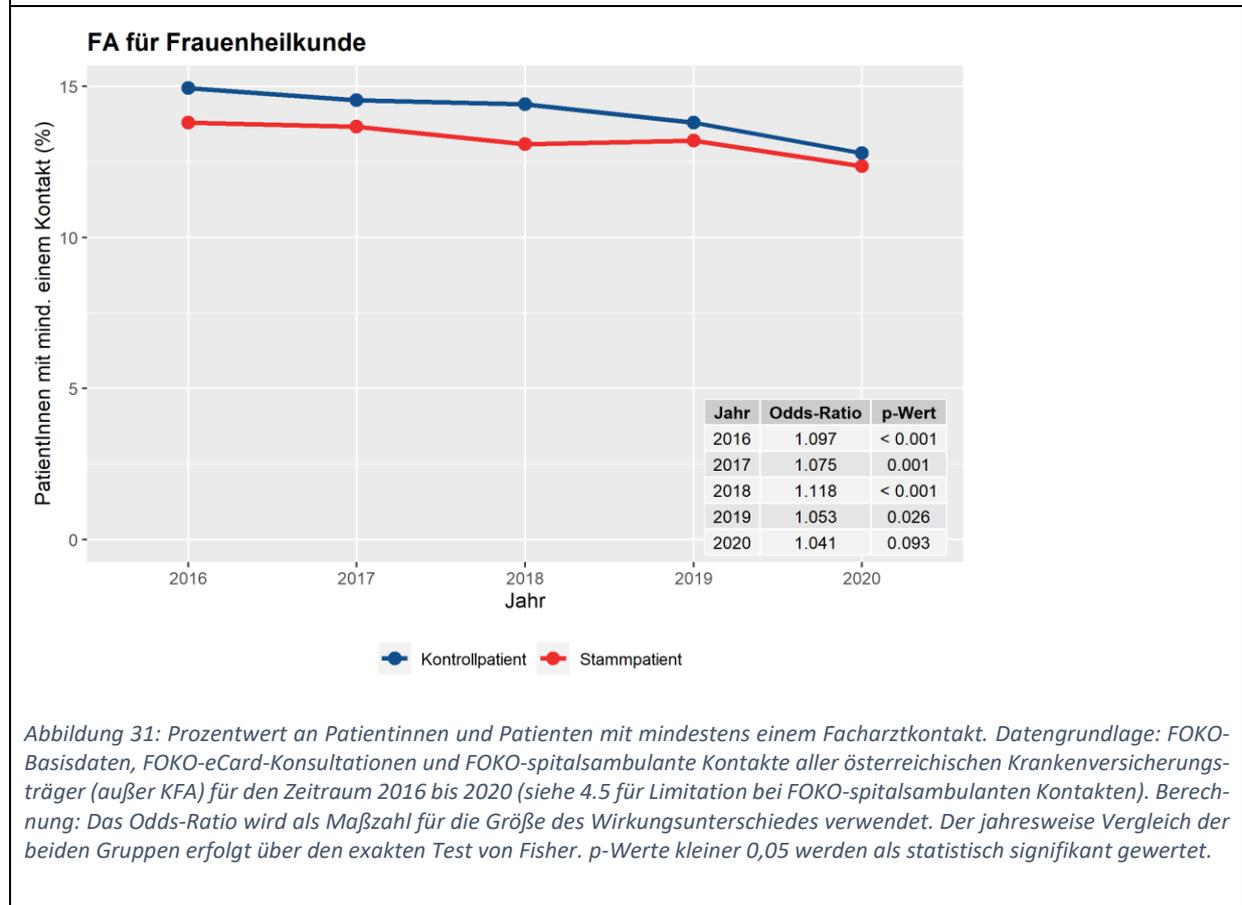
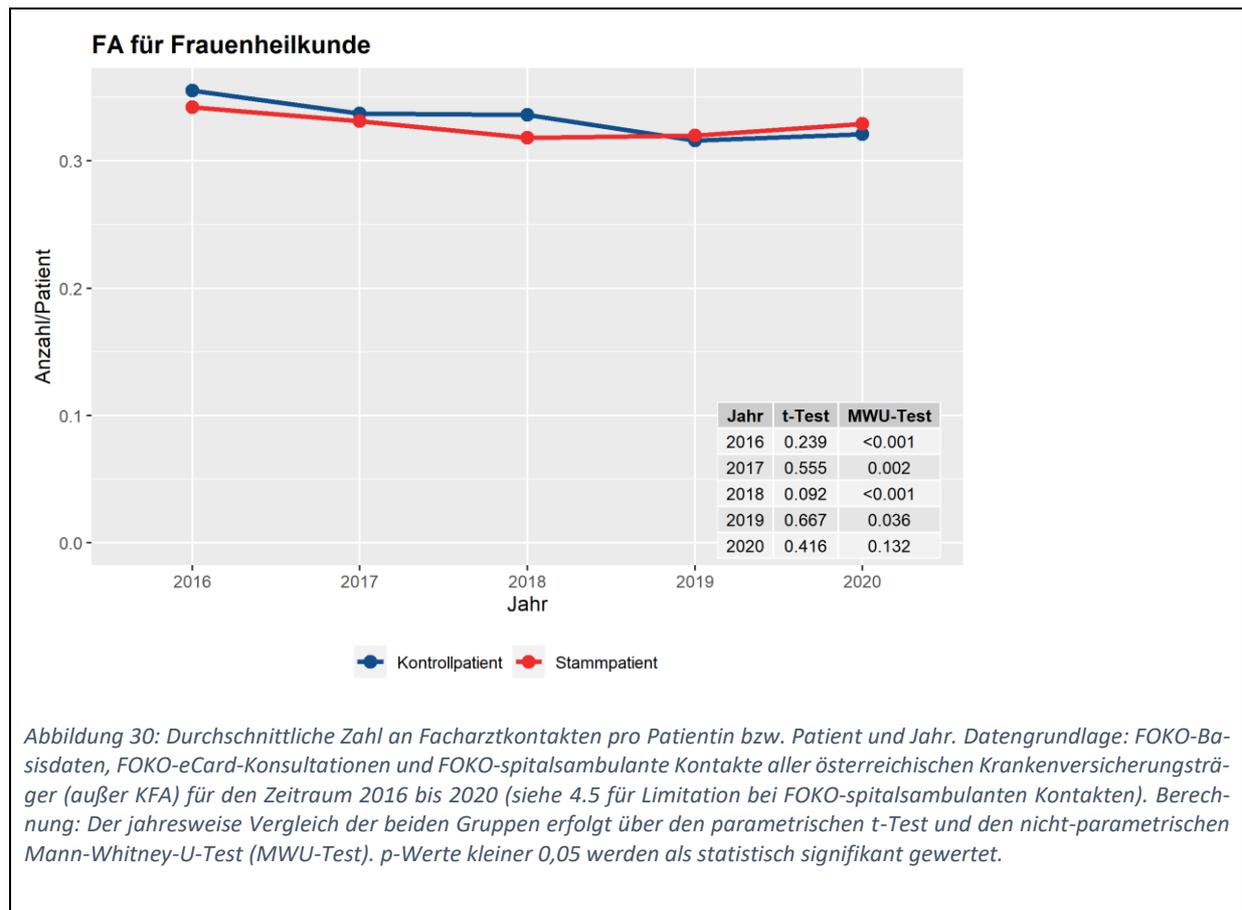


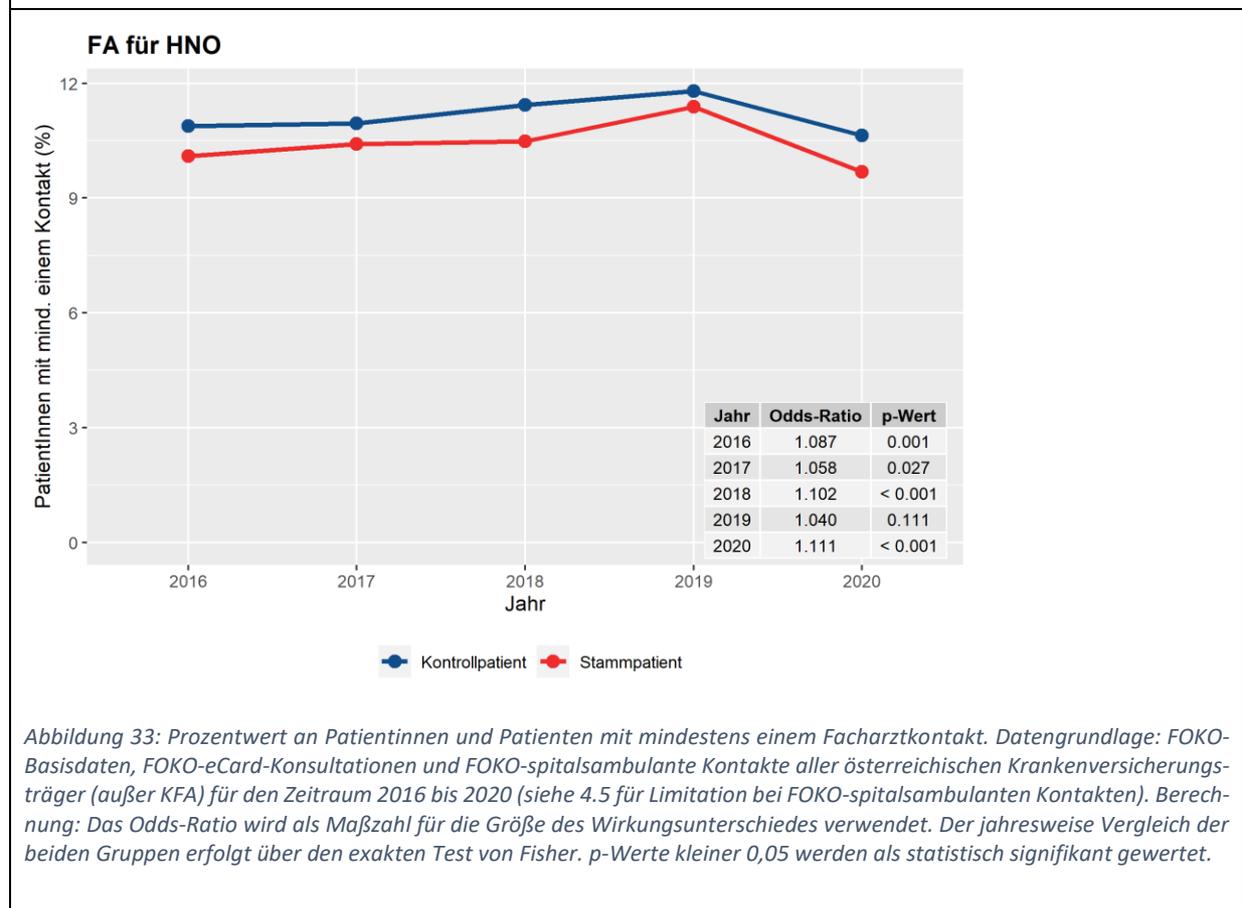
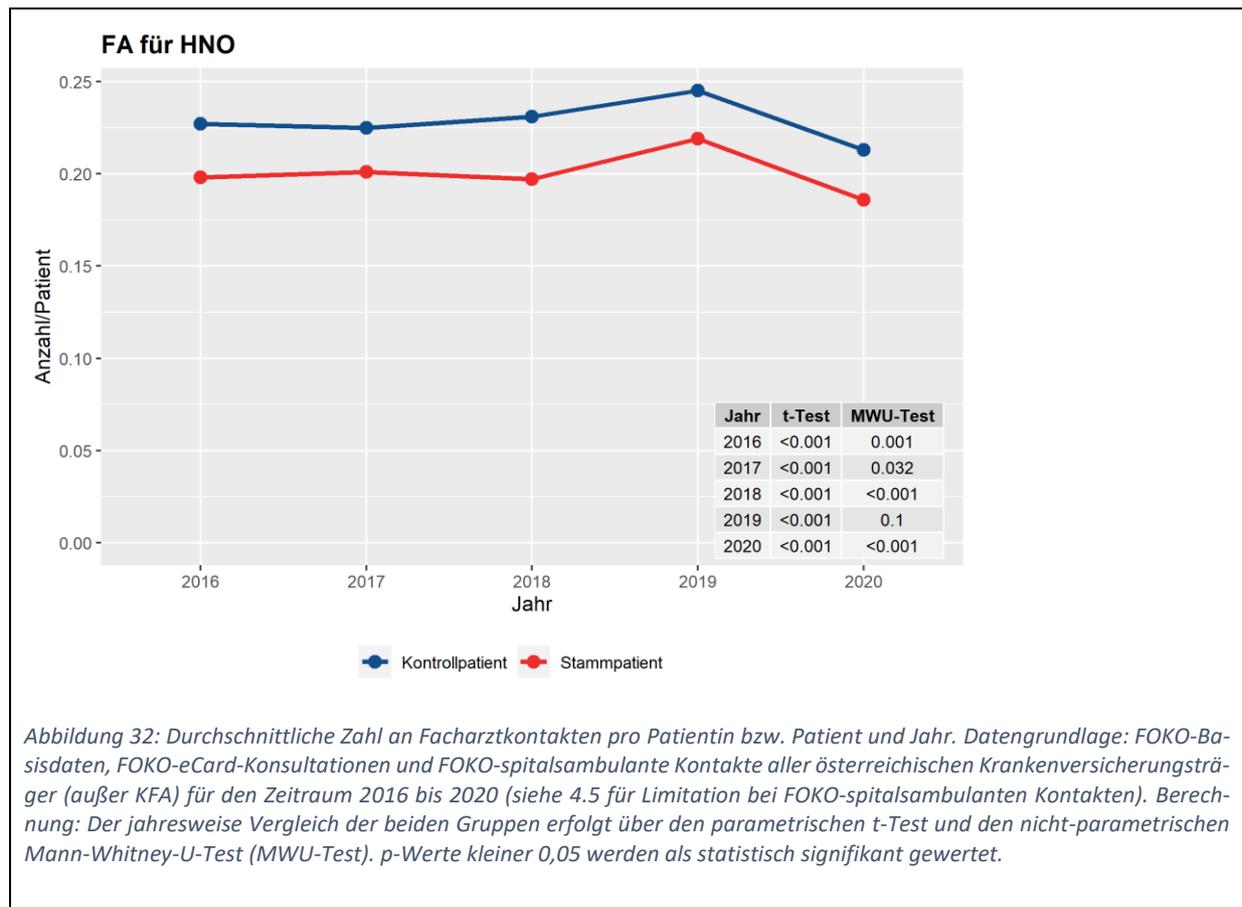


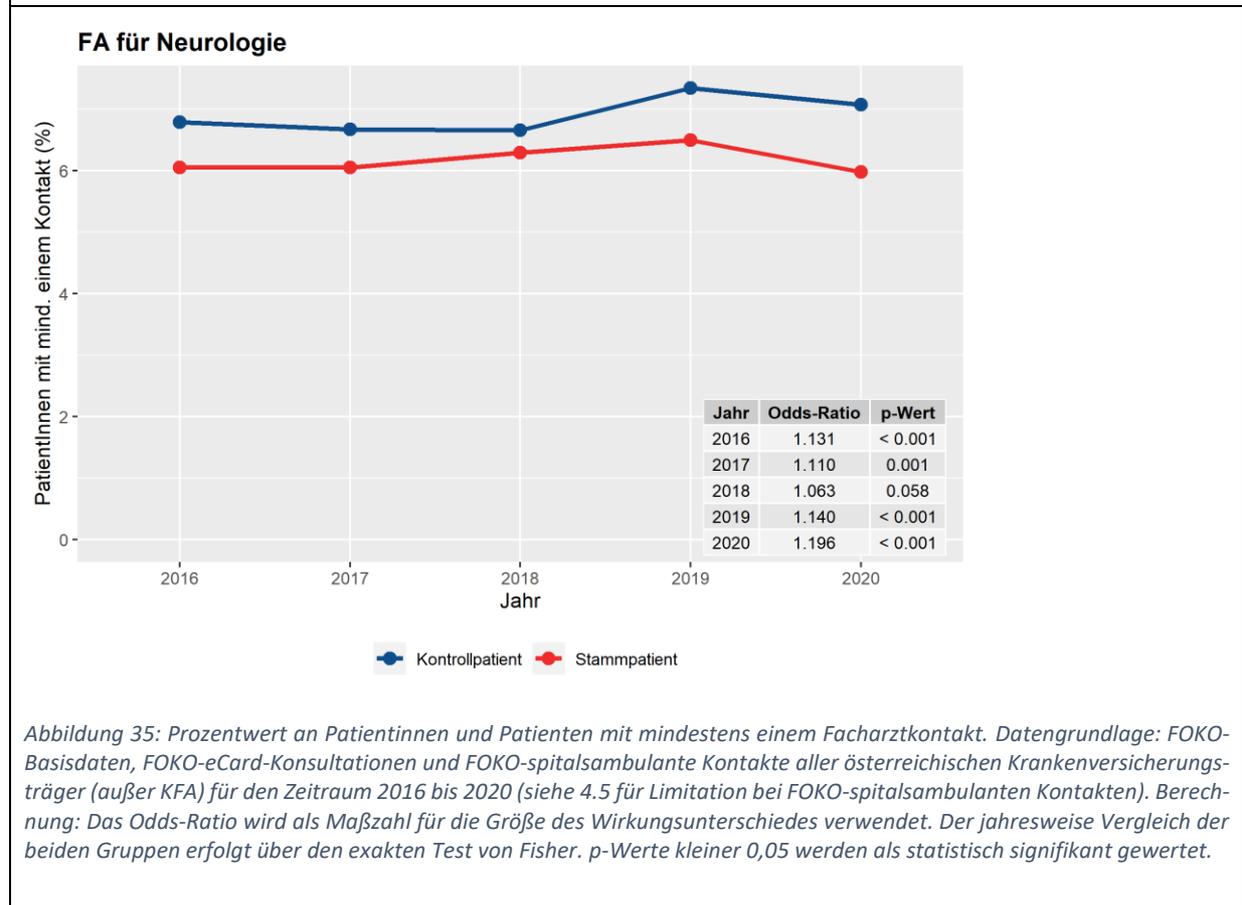
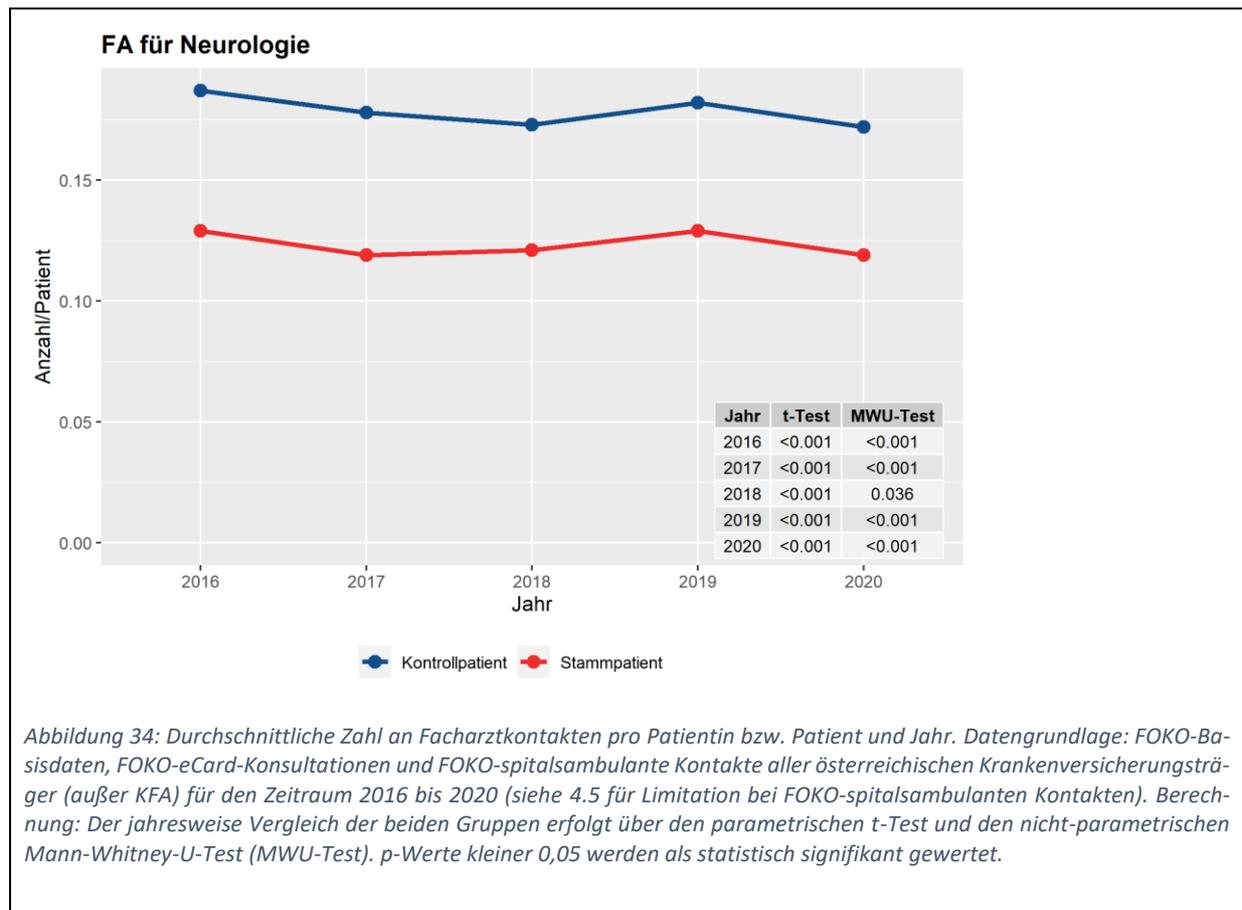


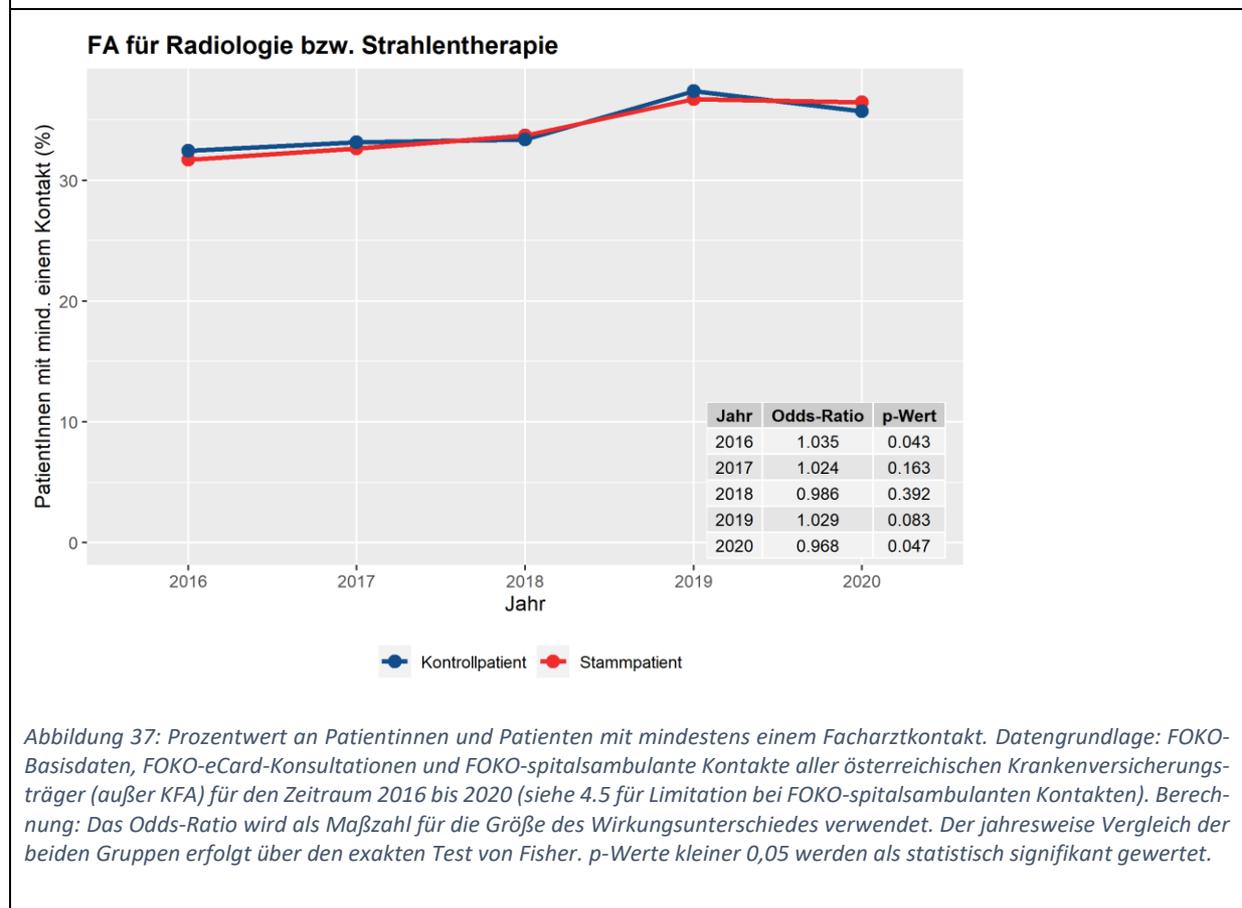
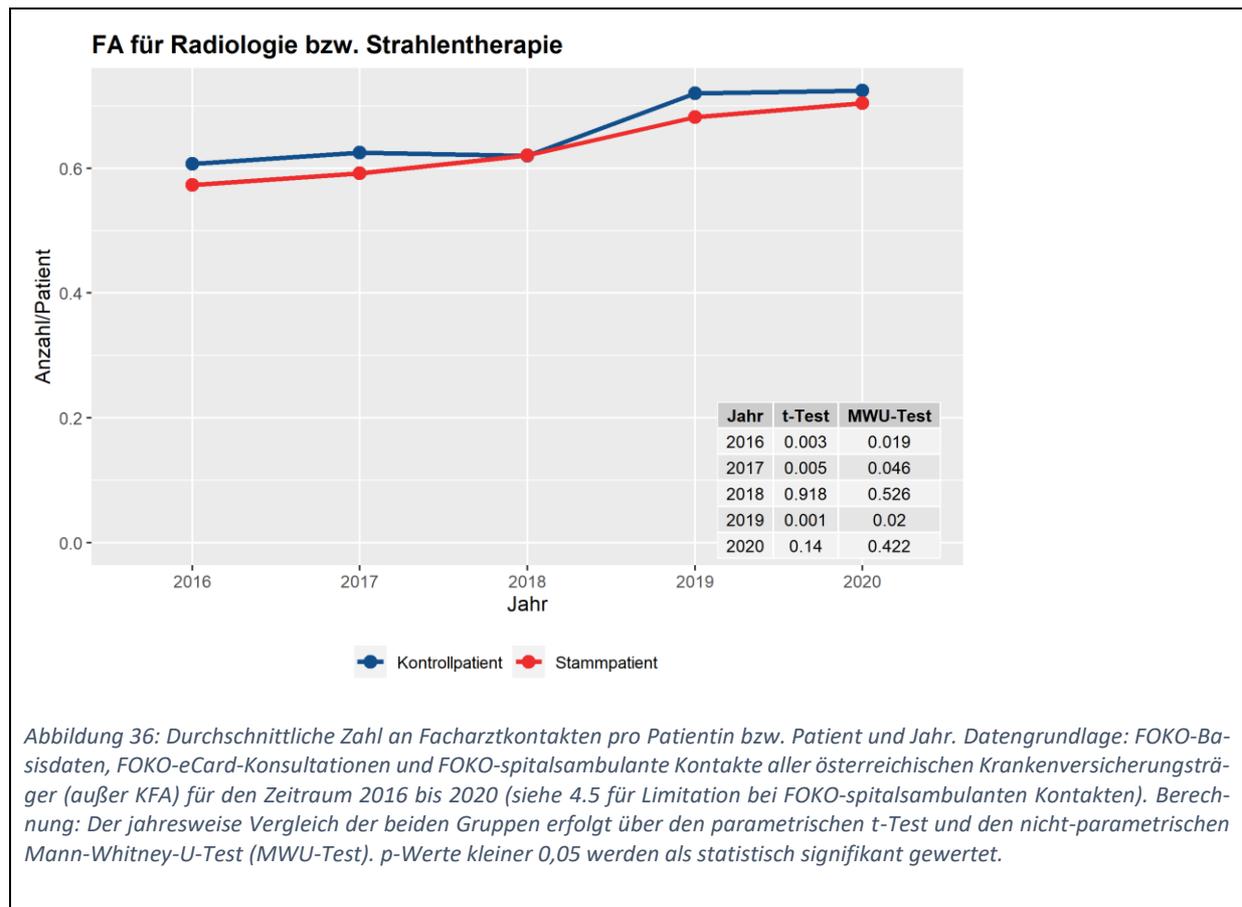












5.5.3 Polypharmazie

Da keine einheitliche Begriffsdefinition von Polypharmazie in der internationalen Fachliteratur existiert, wird im Folgenden die Definition der Gesundheit Österreich GmbH zugrunde gelegt, so wie sie in den „Evaluierungsstandards für Primärversorgungseinheiten“ formuliert ist. Gemäß den „Evaluierungsstandards für Primärversorgungseinheiten“ liegt Polypharmazie vor, wenn eine Patientin oder ein Patient mehr als fünf unterschiedliche ATC-4-Klassifikationen in zwei oder mehr aufeinanderfolgenden Quartalen eingelöst hat. Dabei werden nur Patientinnen und Patienten berücksichtigt, die 60 Jahre oder älter sind.

In den nachfolgenden Abbildungen ist der Prozentwert an Patientinnen und Patienten im Zeitverlauf dargestellt, die im jeweiligen Quartal von Polypharmazie nach der oben erwähnten Definition betroffen waren. Dabei bezieht sich Abbildung 38 auf Personen, die im Bezugsjahr 2017 60 Jahre oder älter waren (Altersgruppe 60+).

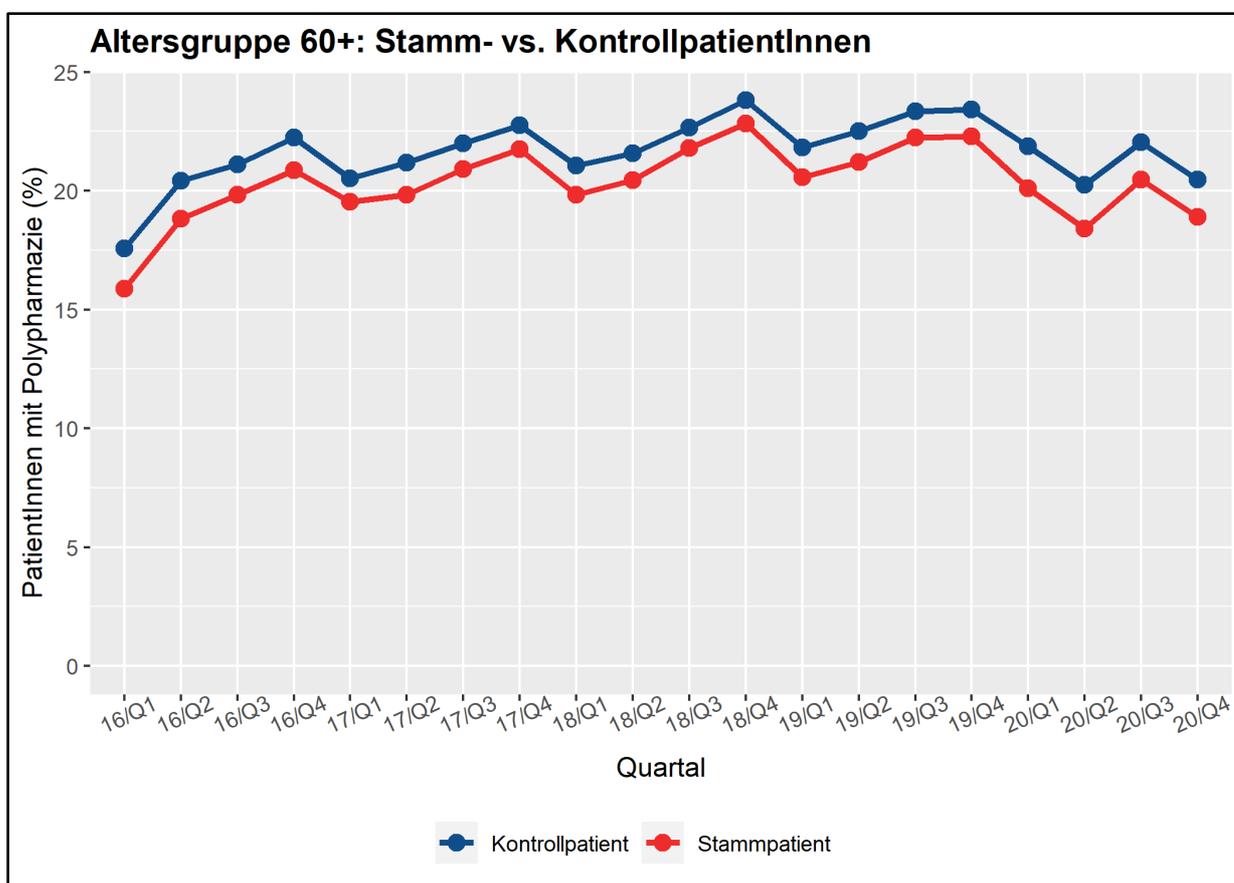


Abbildung 38: Prozentueller Anteil an Personen der Altersgruppe 60+, die von Polypharmazie betroffen waren. Datengrundlage: FOKO-Basisdaten und FOKO-Heilmitteldaten aller österreichischen Krankenversicherungsträger (außer KFA) für den Zeitraum 2016 bis 2020. Berechnung: Der quartalsweise Vergleich der beiden Gruppen erfolgt über den exakten Test von Fisher. p-Werte kleiner 0,05 werden als statistisch signifikant gewertet (siehe Tabelle 4).

Mit Ausnahme des Jahres 2020, welches aufgrund der COVID-19-Pandemie nicht mit den Vorjahren vergleichbar ist, erkennt man in allen Jahren einen deutlichen Anstieg des Polypharmazieanteils jeweils innerhalb des Jahres von Q1 nach Q4. Dies kann auf die gesetzliche Rezeptgebührenobergrenze zurückgeführt werden, weil sie folgenden in den Daten erkennbaren Effekt hat: Zu Beginn eines Jahres werden Medikamente, die günstiger sind als die Rezeptgebühr, mehrheitlich privat gekauft und scheinen somit

nicht im Datensatz auf. Im Laufe eines Jahres überschreiten einige Patientinnen und Patienten die Rezeptgebührenobergrenze und sind damit für den Rest des Kalenderjahres rezeptgebührenbefreit. Diese Personen werden nun auch bei günstigen Medikamenten, die sie zu Beginn des Jahres noch privat gekauft haben, die Rezepte einlösen. Daher wird die Zahl der eingelösten Rezepte und damit auch die Zahl der Personen, die von Polypharmazie betroffen sind, innerhalb eines Kalenderjahres ansteigen.

Ein Vergleich der Quartalszahlen mittels Fisher-Test (Tabelle 4) liefert erste Hinweise, dass PVE-Patientinnen und -Patienten weniger oft von Polypharmazie betroffen sind als die Patientinnen und Patienten der Kontrollgruppe. Für die Altersgruppe 60+ wechseln im Zeitraum 16/Q1–19/Q4 statistisch signifikante Gruppenunterschiede ($p < 0,05$) mit nicht-signifikanten Gruppenunterschieden ($p \geq 0,05$) ab. Erst ab dem ersten Quartal 2020 sind alle Gruppenunterschiede signifikant ($p < 0,05$).

Abbildung 39 stellt den von Polypharmazie betroffenen Anteil an Patientinnen und Patienten dar, die im Bezugsjahr 2017 zwischen 60 und 79 Jahre alt waren. Der Effekt, dass sich die Häufigkeiten von Polypharmazie in der Gruppe der PVE-Stammpatientinnen und -patienten und in der Kontrollgruppe zu unterscheiden beginnen, tritt in der Altersgruppe 60–79 Jahre deutlicher zum Vorschein. Während für die Quartale 16/Q2–19/Q1 keine statistisch signifikanten Gruppenunterschiede beobachtet werden konnten, sind ab dem zweiten Quartal des Jahres 2019 (19/Q2) alle Gruppenunterschiede signifikant.

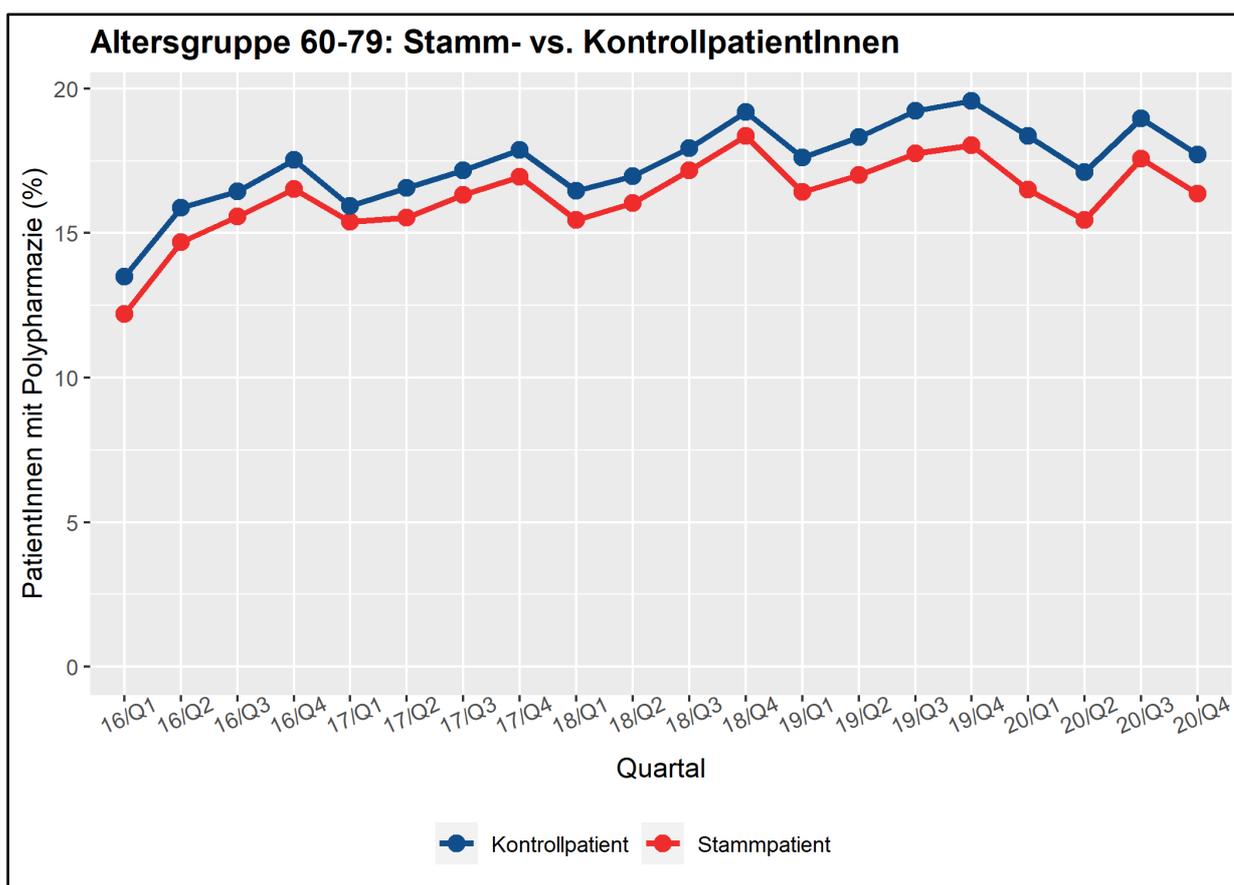


Abbildung 39: Prozentueller Anteil an Personen der Altersgruppe 60–79, die von Polypharmazie betroffen waren. Datengrundlage: FOKO-Basisdaten und FOKO-Heilmitteldaten aller österreichischen Krankenversicherungsträger (außer KFA) für den Zeitraum 2016 bis 2020. Berechnung: Der quartalsweise Vergleich der beiden Gruppen erfolgt über den exakten Test von Fisher. p -Werte kleiner 0,05 werden als statistisch signifikant gewertet (siehe Tabelle 4).

Quartal	Altersgruppe 60+		Altersgruppe 60–79	
	Odds-Ratio	p	Odds-Ratio	p
2016/Q1	1,129	0,003	1,123	0,023
2016/Q2	1,106	0,008	1,097	0,051
2016/Q3	1,082	0,038	1,067	0,167
2016/Q4	1,084	0,029	1,074	0,116
2017/Q1	1,063	0,109	1,043	0,378
2017/Q2	1,086	0,029	1,080	0,098
2017/Q3	1,066	0,087	1,062	0,190
2017/Q4	1,061	0,106	1,067	0,154
2018/Q1	1,079	0,045	1,078	0,107
2018/Q2	1,07	0,069	1,071	0,139
2018/Q3	1,051	0,179	1,055	0,240
2018/Q4	1,056	0,129	1,056	0,218
2019/Q1	1,078	0,044	1,087	0,066
2019/Q2	1,079	0,039	1,094	0,044
2019/Q3	1,065	0,081	1,102	0,027
2019/Q4	1,067	0,075	1,106	0,021
2020/Q1	1,114	0,004	1,137	0,004
2020/Q2	1,126	0,002	1,128	0,009
2020/Q3	1,097	0,013	1,097	0,036
2020/Q4	1,105	0,009	1,101	0,035

Tabelle 4: Polypharmazie: Quartalsweiser Vergleich von Kontroll- und Interventionsgruppe. Datengrundlage: FOKO-Basisdaten und FOKO-Heilmitteldaten aller österreichischen Krankenversicherungsträger (außer KFA) für den Zeitraum 2016 bis 2020. Berechnung: Das Odds-Ratio wird als Maßzahl für die Größe des Wirkungsunterschiedes verwendet. Es ist definiert als die „Chance“ (Odds⁸) für das Auftreten von Polypharmazie in der Kontrollgruppe (Kontrollpatientinnen und -patienten), dividiert durch die „Chance“ für das Auftreten von Polypharmazie in der Interventionsgruppe (Stammpatientinnen und -patienten). Der quartalsweise Vergleich der beiden Gruppen erfolgt über den exakten Test von Fisher. p-Werte kleiner 0,05 werden als statistisch signifikant gewertet.

⁸ Odds = $P(\text{Polypharmazie}) / (1 - P(\text{Polypharmazie}))$

6 Fazit und weiterführende Überlegungen

Die Evaluation der ersten Primärversorgungseinheiten in der Steiermark zieht sowohl versorgungsplanerische als auch methodische Überlegungen nach sich, die im Folgenden kurz umrissen werden.

6.1 Struktur- und systemrelevante Überlegungen

Die flächendeckende Implementierung von Primärversorgungseinheiten ist einer der wesentlichsten Eckpfeiler einer modernen und zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung. Sie ist eine erste niederschwellige Anlaufstelle für die Bevölkerung bei gesundheitlichen Problemen. Deswegen war es Ziel des RSG-St 2025⁹, möglichst rasch eine starke Struktur mit Primärversorgungseinrichtungen in der Steiermark zu etablieren. Folglich hat die Steiermark in den letzten Jahren sukzessive die Implementierung von Primärversorgungseinheiten (PVEs) bzw. Gesundheitszentren vorangetrieben. Bis zum März 2022 wurden elf PVEs eröffnet. Der RSG-St 2025 sieht bis zum Jahr 2030 die Errichtung von 30 PVEs vor. Aktuell ist die Steiermark das Bundesland mit den meisten Primärversorgungseinheiten. Dass es gelungen ist, bislang bereits elf solcher Einrichtungen zu errichten, ist im Bundesländervergleich jedenfalls bemerkenswert und zeigt die hohe Bereitschaft zur Umsetzung der ambitionierten Vorgaben. Um rasch eine nennenswerte Struktur zu erlangen, wurden verständlicherweise unterschiedliche Organisationsmodelle zugelassen, die teilweise ein heterogenes Bild sowohl in ihrer Ausgestaltung als auch in ihrem Leistungsangebot ergeben.

Es wurde bei der Implementierung der PVEs in der Steiermark einerseits auf bestehende Strukturen gesetzt, wie beispielsweise für die Gesundheitszentren in Mariazell, Weiz oder Gratwein-Straßengel und andererseits auf neue Primärversorgungsstrukturen, wie jene in Graz oder in Mureck. Die personelle Zusammensetzung der Berufsgruppen des Kernteams ist definiert (Ärztin/Arzt, gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, Ordinationsassistent/in); derzeit keinen einheitlichen Vorgaben folgt hingegen die Ausprägung der Vollzeitäquivalente des Kernteams und welche weiteren Berufsgruppen in oder mit den Gesundheitszentren arbeiten (angestellt oder in Kooperation). Da der Fokus der gegenständlichen Evaluation nicht auf der Bewertung der einzelnen Primärversorgungseinheit liegt, sondern auf der Beobachtung der Versorgungswirksamkeit der PVEs in der gesamten steirischen Versorgungslandschaft, fallen diese unterschiedlichen Ausgangsbedingungen in der vorliegenden Evaluation nicht ins Gewicht.

Im Sinne der Gleichwertigkeit der Versorgung sollte in der weiteren Strukturausrollung aber auf vergleichbare strukturelle Rahmenbedingungen der PVEs geachtet werden. Es wird auch wichtig sein, die Einrichtungen schrittweise zu dem Versorgungsauftrag hinzuführen, der im Primärversorgungsgesetz 2017 (PrimVG) und in einschlägigen Konzepten zur teamorientierten Primärversorgung festgelegt ist. Ein zu unterschiedliches Angebot an Versorgungsleistungen sollte mittelfristig vermieden werden. Diese Überlegung dient dazu, der Bevölkerung ein eindeutiges Bild davon zu vermitteln, was sie von der Primärversorgung erwarten kann.

⁹ RSG-St 2025 (2018), gemäß Beschluss der Landes-Zielsteuerungskommission vom 20. Juni 2018, Version 1.1

Neben den längeren Öffnungszeiten unterscheiden sich die PVEs aufgrund ihrer Interdisziplinarität wesentlich von allgemeinmedizinischen Einzelordinationen. Derzeit kann diese Interdisziplinarität in Aussagen über die Versorgungswirksamkeit von PVEs nur bedingt berücksichtigt werden, da die Routedokumentation ausschließlich auf den sozialversicherungsrelevanten Verrechnungspositionen basiert. Eine Weiterentwicklung der Routedokumentation, die sämtliche Leistungen der PVEs unabhängig von der jeweilig erbringenden Berufsgruppe berücksichtigt, wäre daher nicht nur aus evaluatorscher Sicht, sondern auch aus Sicht der Gesundheitsplanung und Systemsteuerung anzustreben. In diesem Zusammenhang sei auch auf die schon länger geforderte einheitliche Anwendung der ICPC-2-Dokumentation¹⁰ hingewiesen, die u. a. erforderlich ist, um qualitative Aussagen z. B. über fallabschließende Behandlungen im Kontext bestimmter Krankheitsbilder in der Primärversorgung treffen zu können.

6.2 Allgemeine Anmerkungen zur Evaluation

Die Evaluation der ersten Primärversorgungseinheiten soll dazu dienen, die Weiterentwicklung der Primärversorgung bestmöglich zu begleiten und zu steuern. Es sollen aber auch Erkenntnisse gewonnen werden, die in die weitere Strukturplanung Eingang finden. Deswegen gilt es einerseits, auf das Geschehen innerhalb der Einrichtungen zu achten: Welche Patientinnen und Patienten sie erreichen, welches Einzugsgebiet sie ansprechen können, und wie sich der Versorgungsprozess rund um die PVEs gestaltet. Andererseits ist es aber wichtig zu verstehen, wie sich deren Arbeit auf die umliegenden Versorgungsstrukturen auswirkt, ob es zu Verschiebungseffekten kommt, welcher Art und wie stark diese ausgeprägt sind.

Um diesen sehr breiten Blick gewährleisten zu können, war es wichtig, eine Methodik zur Evaluation zu entwickeln, die das gesamte Versorgungsgeschehen einbezieht, auch jenes, das außerhalb der PVEs stattfindet. Dieser methodische Aufbau umfasst u. a. die Bildung einer Kontrollgruppe samt dem notwendigen Matching-Verfahren, um Einflussfaktoren nach bester Möglichkeit kontrollieren oder ausschließen zu können. Worunter die vorliegende Evaluation jedoch noch leidet, ist die initial geringe Zahl an PVEs und der insgesamt noch sehr kurze Beobachtungszeitraum; auch die gestaffelten Eröffnungzeitpunkte erschweren eine gemeinsame Betrachtung der Versorgungswirksamkeit. Somit ist es nicht überraschend, dass unter diesen Voraussetzungen die Ergebnisse zwar erste Hinweise auf Veränderungen in wichtigen Versorgungsaspekten zeigen, aber noch keine belastbaren Unterschiede belegen können.

Die methodische Entwicklungsarbeit ist weitgehend abgeschlossen, sodass es nun möglich wäre, in einem Monitoring über einen längeren Zeitraum einiger Jahre und unter Einbeziehung aller noch entstehenden PVEs auf einer breiteren Datenbasis diese ersten Hinweise zu validieren oder zu falsifizieren.

¹⁰ <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Dokumentation/Ambulante-Dokumentation--Nutzung-der-ICPC-2-in-Oesterreich.html?msclid=f497b990b96c11e-cafdd1cb2fd5a9351> (abgerufen am 11.04.2022)

6.3 Diskussion der Ergebnisse der Evaluation

6.3.1 Einzugsgebiet

Das Einzugsgebiet einer PVE konzentriert sich in erster Linie auf die jeweilige Standort-Gemeinde und die angrenzenden Gemeinden, die über entsprechende Verkehrsverbindungen zu dieser Gemeinde verfügen. Es besteht also aus einer Gruppe von Gemeinden um eine „Kerngemeinde“ herum, die das wesentliche Einzugsgebiet einer PVE ausmachen.

Gut etablierte und personell ausreichend besetzte PVEs erbringen durchschnittlich mehr als 20.000 bis zu 24.000 Kontakte pro Quartal. Im Vergleich zu gut etablierten allgemeinmedizinischen Einzelordinationen, die durchschnittlich ca. 5.000 Kontakte pro Quartal erbringen, entspricht dies also der vier- bis nahezu fünffachen Versorgungswirksamkeit.¹¹ Entsprechend groß ist aber auch das Einzugsgebiet für zukünftige Planungen zu wählen.

Vollkommen neu entstandene PVEs, die sich nicht aus bestehenden Versorgungsstrukturen heraus entwickelt haben, erreichen zwar ein vergleichbares regionales Einzugsgebiet, jedoch noch nicht die Zahl an Patientinnen und Patienten aus diesem Einzugsgebiet. Hier wird die weitere Entwicklung zu beobachten sein.

PVEs, die selbst in regionalen Randlagen verortet sind, erreichen erwartungsgemäß weder das regionale Einzugsgebiet noch diese hohe Zahl an Kontakten pro Quartal. Beispiele dafür sind das Gesundheitszentrum im Joglland oder das Gesundheitszentrum mit PVE-Charakter in Eisenerz, deren Kontaktzahlen pro Quartal bei ca. 8.500 bis 11.000 liegen. Es ist jedoch auch dieser Wert ein Vielfaches dessen, was eine Einzelordination in diesen Regionen erbringt.

Dennoch zeigt sich, dass ein gut ausgestattetes und im Rahmen des definierten Versorgungsauftrages auch wirksames PVE ein Modell für lokale Ballungsräume ist, in denen ein Einzugsgebiet von ca. 8.000 bis 10.000 Menschen gut abgedeckt werden kann.

6.3.2 Stammpatientinnen und -patienten

Etwa zwei Drittel der Patientinnen und Patienten einer Primärversorgungseinheit können bislang als „Stammpatientinnen und Stammpatienten“ bezeichnet werden. Sie hatten die Mehrzahl ihrer allgemeinmedizinischen Kontakte in der Mehrzahl der Quartale des Beobachtungszeitraums in einer Primärversorgungseinheit. Ausnahmen waren die PVEs im urbanen Raum, welche einen geringeren Anteil an Stammpatientinnen und Stammpatienten aufwiesen. Sie sind aber auch tatsächlich neu entstanden und müssen sich diesen Stock an Patientinnen und Patienten erst aufbauen.

Zwischen den PVEs gibt es keine wesentlichen Unterschiede in der Charakteristik ihrer Patientinnen und Patienten, außer dass die in Graz neu entstandenen Zentren ein deutlich jüngeres Publikum aufweisen als die PVEs in den ländlichen Regionen. PVEs wie jene in Weiz, Gratwein-Straßengel oder im Joglland

¹¹ Die Analysen, die im Zuge der Arbeiten für den RSG-St 2025 durchgeführt wurden, zeigten, dass die Bandbreite der Einzelkontakte im gesamten Jahr 2014 einer allgemeinmedizinischen Einzelordination in der Steiermark, die einen ganzjährigen §-2-Vertrag hatte, zwischen ca. 3.230 und ca. 52.800 lag. Der Mittelwert über alle Ordinationen für AM lag bei ca. 18.650 Kontakten pro Jahr. Ein Viertel aller Ordinationen (das gut etablierte Viertel) hatte jedoch mehr als 23.200 Kontakte pro Jahr. Insofern entsprechen ca. 5.000 Kontakte pro Quartal als Näherung für eine gut gehende durchschnittliche Ordination für AM dem 6. Perzentil aus der Analyse zum RSG-St 2025.

decken das gesamte Altersspektrum der Bevölkerung ab. Weder hinsichtlich des Erwerbsstatus noch der Rezeptgebührenbefreiung zeigen sich nennenswerte Unterschiede. Wenn es solch gibt, sind sie wohl auf die Bevölkerungsstruktur im Einzugsgebiet zurückzuführen (z. B. in Graz-Gries) und nicht auf Spezifika der PVE. Es sind also keine speziellen Selektionsmechanismen erkennbar, und sie wären auch nicht im Sinne der Versorgungsaufgabe einer PVE.

6.3.3 Versorgungswirkung

Je nach PVE wurden zwischen 59 % und 74 % der Patientinnen und Patienten *fallabschließend behandelt*. Bislang kann jedoch nicht gezeigt werden, dass dieser Anteil mit der Zeit in den PVEs ansteigt, was aber ein Ziel von PVEs sein sollte.

Hinsichtlich der *Häufigkeit stationärer Aufenthalte* liefert die Evaluation erste Hinweise darauf, dass PVE-Stammpatientinnen und Stammpatienten tendenziell weniger stationäre Aufenthalte haben dürften als die Patientinnen und Patienten der Kontrollgruppe. Allerdings sind diese Hinweise noch schwach ausgeprägt und statistisch nicht signifikant. Es gilt also, die Entwicklung in diesem Hinblick sorgfältig zu beobachten.

Die Zahl der *fachärztlichen Konsultationen* (intra- wie extramural) ist in der Gruppe der PVE-Stammpatientinnen und -patienten statistisch signifikant geringer, vor allem mit einem zumindest vorerst (in einem kurzen Zeitraum beobachteten) stärker rückläufigen Trend, was den intendierten Effekt zu bestätigen scheint. Vor allem in den quantitativ relevanten Fächern der Inneren Medizin und der Orthopädie sowie der Dermatologie, aber auch in der Pulmologie ist der Rückgang in der PVE-Patientengruppe erheblich und statistisch signifikant. Nicht nachweisbar ist ein Unterschied diesbezüglich in Fächern, die allgemeinmedizinisch nicht kompensiert werden können, wie der Augenheilkunde, der Frauenheilkunde und der Urologie. Es zeigen sich aber auch keine Hinweise auf eine Reduktion in der Gruppe der PVE-Stammpatientinnen und -patienten für fachärztliche Kontakte in der Hals-Nasen- und Ohrenheilkunde und der Kinder- und Jugendheilkunde, die eigentlich teilweise kompensierbar wären.

Die Analyse zur *Polypharmazie* zeigt, dass die Gruppe der PVE-Stammpatientinnen und -patienten mit Polypharmazie tendenziell stärker schrumpft als die Kontrollgruppe. Auch wenn der Rückgang in beiden Gruppen erkennbar ist, was wahrscheinlich eine Auswirkung der Pandemie darstellt, so ist der Unterschied statistisch signifikant. Ob dies ein deutlich belastbarer Trend ist, wird nur ein längerfristiges Monitoring zeigen können.

6.4 Überlegungen für die weitere Entwicklung

6.4.1 Methodische Überlegungen zu einem weiterführenden Monitoring

Der Beobachtungszeitraum der vorliegenden Evaluation (2018 bis 2020) ist relativ kurz und fällt in die Startphase der Implementierung der neuen Primärversorgungseinheiten. Dennoch zeigen die Ergebnisse der Evaluation in Teilbereichen bereits positive Effekte im Sinne der intendierten Wirkung der Primärversorgungseinheiten. Diese intendierten Effekte sind systemrelevant. Ob sie tatsächlich nachhaltig sind, kann aber erst mittel- und längerfristig beobachtet werden. Auch um datenbasiert vorausschauend und steuernd in die weitere Entwicklung der Primärversorgungsstrukturen eingreifen zu können, wäre

es wichtig, ein klares Bild davon zu haben, wie die Einrichtungen agieren und was sie bewirken können. Ein Monitoring, das auf der im Zuge dieser Evaluation entwickelten Methodik aufbaut, kann zeitnah für Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger entsprechende Informationen liefern. Insbesondere können Erkenntnisse aus einem PVE-Monitoring in weiterer Folge u. a. in die Planungsmethodik für Regionale Strukturpläne einfließen. Angeregt wird daher, ein solches Monitoring zu implementieren.

Im Rahmen eines PVE-Monitorings sollte einmal jährlich ein Kennzahlenbericht mit ca. zehn Indikatoren erstellt werden. Dieses Kernindikatoren-Set sollte jedenfalls folgende Punkte beinhalten:

- die zeitliche Entwicklung der allgemeinmedizinischen Kontakte für die einzelnen PVEs sowie
- die Effekte der Primärversorgungseinrichtungen auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten höherer Versorgungsstufen (Facharztkonsultationen, stationäre Aufenthalte) und
- den Bereich der Polypharmazie.

Es wird empfohlen, die Ergebnisse auf Ebene der einzelnen PVEs darzustellen, um Vergleiche zwischen den PVEs zu ermöglichen und eine etwaige Heterogenität der Versorgung in steirischen PVEs aufzeigen zu können.

Die Grundlage für die Berechnungen bilden die Abrechnungsdaten aller österreichischen Sozialversicherungsträger (außer KFA), welche von FOKO CC einmal jährlich in pseudonymisierter Form bereitzustellen wären.

Im Zuge des PVE-Monitorings sind auf Basis der pseudonymisierten Daten unter Verwendung des bundesweit einheitlichen Kriteriums für Stammpatientinnen und Stammpatienten für jedes PVE die Stammpatientinnen und -patienten zu identifizieren. Als Studiendesign wird eine Fall-Kontroll-Studie empfohlen, um sicherzustellen, dass die beobachteten Effekte auch tatsächlich auf die Primärversorgungseinheiten zurückzuführen sind.

Die in der Zielsteuerung-Gesundheit intendierte Wirkung der teamorientierten Primärversorgung im Gesundheitswesen kann letztlich nur über ein längerfristiges systematisches Monitoring entsprechende Erkenntnisse liefern.

6.4.2 Weitere strukturelle Entwicklung

Um das ambitionierte Ziel von 30 Primärversorgungseinheiten bis Ende 2025 in der Steiermark zu erreichen, muss der Aufbau derselben zügig weitergehen. Allerdings sollte verstärkt darauf geachtet werden, dass die Primärversorgungseinheiten hinsichtlich ihrer personellen Besetzung und ihrer fachlichen Versorgungsaufgaben ein weitgehend einheitliches Bild abgeben, da gerade in der Primärversorgung die Bedarfe der Bevölkerung weitgehend homogen sind und keine nennenswerten regionalen Unterschiede zutage treten, die Spezialisierungen rechtfertigen würden.

Es wird zudem angeregt, die Multiprofessionalität der PVEs dahingehend besser abzubilden, als verrechnungstechnisch auf die Leistung der Einrichtung abgestellt wird und nicht auf die einzelner Berufsgruppen. Der Aufbau dieser Struktur kann zum Anlass für eine Weiterentwicklung der Logik in der Honorierungsgestaltung genutzt werden. Neben der Pflege sollte gerade der nicht-ärztliche therapeutische Bereich verstärkt beachtet werden, auch hin zur psychosozialen Versorgung, die in der Steiermark im ambulanten Segment ja bereits gut etabliert ist. Ein Zusammenarbeitsmodell und inhaltliche Abstimmungen im Sinne der Versorgungsprozesse für Patientinnen und Patienten mit diesen spezifischen Bedarfen könnten angeregt werden.

Es erscheint daher jedenfalls sinnvoll, die weitere Entwicklung nicht nur im strukturellen Aufbau selbst zu begleiten, sondern auch in der Entwicklung der Versorgungsfunktion innerhalb der einzelnen Einrichtungen. Ein begleitendes Monitoring kann dazu die erforderlichen Entscheidungsgrundlagen liefern.

7 Anhang

Nachfolgende Indikatoren wurden im Rahmen der Evaluierung der steirischen Primärversorgungseinheiten in der Steiermark im Zeitraum von 2018 bis 2020 berechnet.

7.1 Dimension Struktur der Patientinnen und Patienten

Fragestellung	Parameter (Messgröße)	Komparator	Datenquelle
Wie viele Einwohner werden im natürlichen Einzugsgebiet erreicht?	Anzahl der PVE-Stammpatientinnen und -patienten je Wohngemeinde	Vergleich mit anderen PVEs	FOKO-Basisdaten
Welche Bevölkerungsgruppen nehmen die PVEs in Anspruch?	Anzahl der PVE-Stammpatientinnen und -patienten nach Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus und Rezeptgebührenstatus	Vergleich mit anderen PVEs	FOKO-Basisdaten

7.2 Dimension Organisation und Prozesse

Fragestellung	Parameter (Messgröße)	Komparator	Datenquelle
Verändert sich die Behandlungskontinuität durch die PVE (Betreuung durch dieselbe Einrichtung)?	Anteil der PVE-Stammpatientinnen und -patienten, PVE-Einmalnutzerinnen und -nutzer und PVE-Restpatientinnen und -patienten Keine Berücksichtigung von Vertretungsärztinnen und -ärzten und Wochenendbereitschaftsdiensten	Anzahl aller Patientinnen und Patienten des PVE	FOKO-Basisdaten FOKO-eCard-Konsultationen

7.3 Dimension Leistungsgeschehen

Fragestellung	Parameter (Messgröße)	Komparator	Datenquelle
Wie ist die Inanspruchnahme der PVE?	Anzahl der allgemeinmedizinischen Kontakte je PVE	Zeitliche Entwicklung, Vergleich mit anderen PVEs	FOKO-eCard-Konsultationen
Wie hoch ist der Anteil der Fälle*, die keiner weiterführenden fachärztlichen und spitalsambulanten Leistungen bedürfen? Werden andere Versorgungsstufen durch die PVE entlastet? (*Identifikation relevanter Fälle auf Basis der ICPC-2-Klassifikation zum Zeitpunkt der Durchführung der Evaluation nicht möglich.)	Anteil an Fällen von Patientinnen und Patienten in PVEs, zu denen innerhalb von einem Monat (30 Tagen) keine weiteren Fälle in einer anderen Versorgungsstufe (z. B. IM, AU, CH, DER) auftreten.	Zeitliche Entwicklung, Vergleich mit anderen PVEs	FOKO-Basisdaten FOKO-eCard-Konsultationen
Verändert sich durch die PVE das Medikamentenmanagement? Verändert sich der Anteil an Patientinnen und Patienten, die polypharmakologisch behandelt werden?	Anzahl der Patientinnen und Patienten (60+ Jahre sowie 60–79 Jahre) mit eingelösten Verordnungen von mehr als 5 unterschiedlichen ATC-4-Klassifikationen in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen	Kontrollgruppenvergleich	FOKO-Basisdaten FOKO-Heilmitteldaten

7.4 Dimension systemische/ökonomische Effekte

Fragestellung	Parameter (Messgröße)	Komparator	Datenquelle
Wie hoch ist die Hospitalisierungsrate der von der PVE betreuten Patientinnen und Patienten?	<ul style="list-style-type: none"> – Durchschnittliche Anzahl der stationären Aufenthalte – Anteil der Patientinnen und Patienten mit mind. 1 stationären Aufenthalt an Gesamtpatientinnen und -patienten 	Kontrollgruppenvergleich	FOKO-Basisdaten FOKO-stationäre Aufenthalte
Wie hoch ist die Anzahl und der Anteil der von der PVE betreuten Patientinnen und Patienten mit fachärztlichen Kontakten bei niedergelassenen FÄ oder in KH-Ambulanzen?	<ul style="list-style-type: none"> – Durchschnittliche Anzahl der Kontakte je Fachgruppe – Anteil der Patientinnen und Patienten mit mind. 1 Kontakt an Gesamtpatientinnen und -patienten 	Kontrollgruppenvergleich	FOKO-Basisdaten FOKO-eCard-Konsultationen FOKO-spitalsambulante Kontakte

Impressum

EPIG GmbH
Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit
Hans-Sachs-Gasse 14/2
8010 Graz
T: +43 (0)316 810 850
F: +43 (0)316 810 850 50
E: office@epig.at
W: www.epig.at

Geistiges Eigentum

Sämtliche Inhalte, das Layout sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte daran bleiben der Rechteinhaberin bzw. dem Rechteinhaber vorbehalten. Änderungen dürfen nicht vorgenommen werden. Eine Reproduktion oder Wiedergabe des Ganzen oder von Teilen in jedweder Form und Sprache bedarf der ausdrücklichen schriftlichen Genehmigung.