

Projekthandbuch

Zielsteuerung-Gesundheit Wien

3. aktualisierte Auflage

Dezember 2019

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG.....	7
2. STÄRKUNG DER ALLGEMEINMEDIZIN.....	9
2.1 Allgemeinmedizinische Akutversorgung (AMA) am AKH Wien.....	9
2.2 Allgemeinmedizinische Akutversorgung (AMA) im Sozialmedizinischen Zentrum Ost – Donauspital.....	11
2.3 Ansiedlungsförderung für allgemeinmedizinische sowie kinder- und jugendfachärztliche Kassenordinationen.....	12
2.4 Attraktivierung Allgemeinmedizin – KPJ-Exzellenzprogramm.....	14
2.5 Pauschale Abgeltung der Koordinierungstätigkeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Leistungen rund um Pflege sowie OP-Freigaben inkl. Befundung und deren Interpretation.....	16
2.6 Primärversorgungseinheiten (PVE) in Wien.....	18
2.7 Stärkung der Allgemeinmedizin unter gleichzeitiger Entlastung der Ambulanzen der Fondskrankenanstalten.....	20
2.8 Verbesserung der Planungsgrundlagen sowie Erkenntnisse zur Morbidität auf Ebene der Wiener Bezirke durch ICPC-2 Diagnosecodierung bei Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern.....	21
2.9 Weitere Primärversorgungseinheiten (PVE) (K).....	23
3. AUSBAU DER KINDER- UND JUGENDVERSORGUNG.....	25
3.1 Ambulatorium für Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	25
3.2 Ansiedlungsförderung für allgemeinmedizinische sowie kinder- und jugendfachärztliche Kassenordinationen.....	27
3.3 Kindergesundheitszentrum (KIZ) Augarten.....	27
3.4 Kindernotdienstordinationen.....	29
3.5 Kinderversorgungseinheiten (K).....	31
3.6 Stärkung der Versorgungswirksamkeit von kinderfachärztlichen Ordinationen unter gleichzeitiger Entlastung der Ambulanzen der Fondskrankenanstalten.....	33
3.7 Versorgung von Kindern und Jugendlichen an Wochenenden und Feiertagen in niedergelassenen Ordinationen zur Entlastung der Kinderambulanzen der Fondskrankenanstalten bei der Akutversorgung.....	34

4. DIABETESVERSORGUNG36

- 4.1 Diabeteszentrum (K)..... 36
- 4.2 Disease Management Programm (DMP) Diabetes mellitus Typ 2 „Therapie Aktiv“ 38
- 4.3 Gruppenpraxis Diabeteszentrum (K)..... 40
- 4.4 Konzeption von Leistungspaketen für internistische Gruppenpraxen mit erweitertem Diabetesversorgungsauftrag (K)..... 42
- 4.5 PatientInnenpartizipation Diabetesversorgung..... 44
- 4.6 Verbesserung der Gesundheitskompetenz bei Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes 46

5. SCHWERPUNKT UND FACHVERSORGUNG 48

- 5.1 Dermatologiezentren (K) 48
- 5.2 Gynäkologischer Ultraschall in frauenheilkundlichen Ordinationen/ Zervixlängenmessung..... 50
- 5.3 Schilddrüsenversorgung (K)..... 52
- 5.4 Wundzentren (K) 54
- 5.5 Zentren für Augenheilkunde (K)..... 56

6. INTEGRIERTE VERSORGUNG58

- 6.1 Analyse, Aufbereitung und systemübergreifende Abstimmung der Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene, Jugendliche und Kinder 58
- 6.2 GeKo-Qualifiziert – Begleitung und Weiterentwicklung von Kommunikations- und Fortbildungsmaßnahmen in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen 60
- 6.3 Mehrfachbehinderten-Ambulanz im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien..... 63
- 6.4 Mehrfachbehinderten-Ambulanz im Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel 66
- 6.5 „Integrierte Versorgung Demenz“ – Pilotprojekt in Wien 68
- 6.6 Optimierung der Schmerzversorgung (K) 71
- 6.7 Optimierung der Schmerzversorgung mit Schwerpunkt Rückenschmerzen (Gruppenpraxis) (K)..... 73

7. SPITALSENTLASTUNG UND SYSTEMSCHNITTSTELLEN75

- 7.1 Entwicklung von Erstversorgungsambulanzen (EVA) an Wiener Fondskrankenanstalten (K) 75
- 7.2 Extramurale Erbringung der hämato-onkologischen Versorgung 77

7.3	Geburtsinfostelle und zentrale Geburtsvoranmeldestelle der Stadt Wien.....	79
7.4	„Herzensbildung“ – Stärkung der Gesundheitskompetenzen von kardiologischen Patientinnen und Patienten.....	82
7.5	Herzschrittmacher-Zentrum von KAV und WGKK mit telemedizinischer Versorgung	84
7.6	IVOM (Intravitreale Operative Medikamentenapplikation).....	86
7.7	Konzeption einer Infusionsambulanz für Biologica und Immunglobuline im Gesundheitsverbund der WGKK (K).....	88
7.8	Landesleitzentrale Wien (K)	90
7.9	Optimierung der medizinischen Versorgung in Wiener Wohn- und Pflegehäusern (K)	92
7.10	Optimierung der Rettungs-, Krankentransporte und Fahrtendienste (Entsendealternative).....	94
7.11	Optimierung der Versorgung mit Heilmitteln, Heilbehelfen und Hilfsmitteln in Wohn- und Pflegehäusern (K).....	96
7.12	Transition junger onkologischer Patientinnen und Patienten nach erfolgreicher Behandlung in den Gesundheitsverbund der Wiener Gebietskrankenkasse	98
7.13	Webunterstützte Steuerung von onkologischen Patientinnen und Patienten (K).....	100

8. GESUNDHEITSFÖRDERUNGSPROJEKTE DER WIENER

GESUNDHEITSFÖRDERUNG (WiG) UND DER WIENER

SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER (SV) 102

8.1	Kindergarten und Kleinkinder	102
8.2	Schule und Jugendliche	105
8.3	Betriebliche Gesundheitsförderung.....	109
8.4	Ältere Menschen	112
8.5	Gesundheitskompetenz	114
8.6	Sonstige Gesundheitsförderungsprojekte	119

9. ABGESCHLOSSENE PROJEKTE 120

9.1	Alkohol. Leben können.....	120
9.2	Attraktivierung der Kinder- und Jugendheilkunde	122
9.3	Erstellung eines IT-Konzeptes zur Integration und Anwendung des „Öko-Tools“ sowie des ABS in den Krankenanstalten des KAV	124
9.4	Gesundheitsberatung 1450 in Wien.....	126
9.5	Herzinsuffizienz	129

9.6	Monitoring der präoperativen Diagnostik bei elektiven operativen Aufenthalten im KAV131	
9.7	Polypharmazie	133
9.8	Übergangspflege am Standort St. Elisabeth – Entlastung stationärer Bereiche durch bedarfsgerechte Versorgung.....	134
9.9	Weiterentwicklung der medizinischen Hauskrankenpflege	136

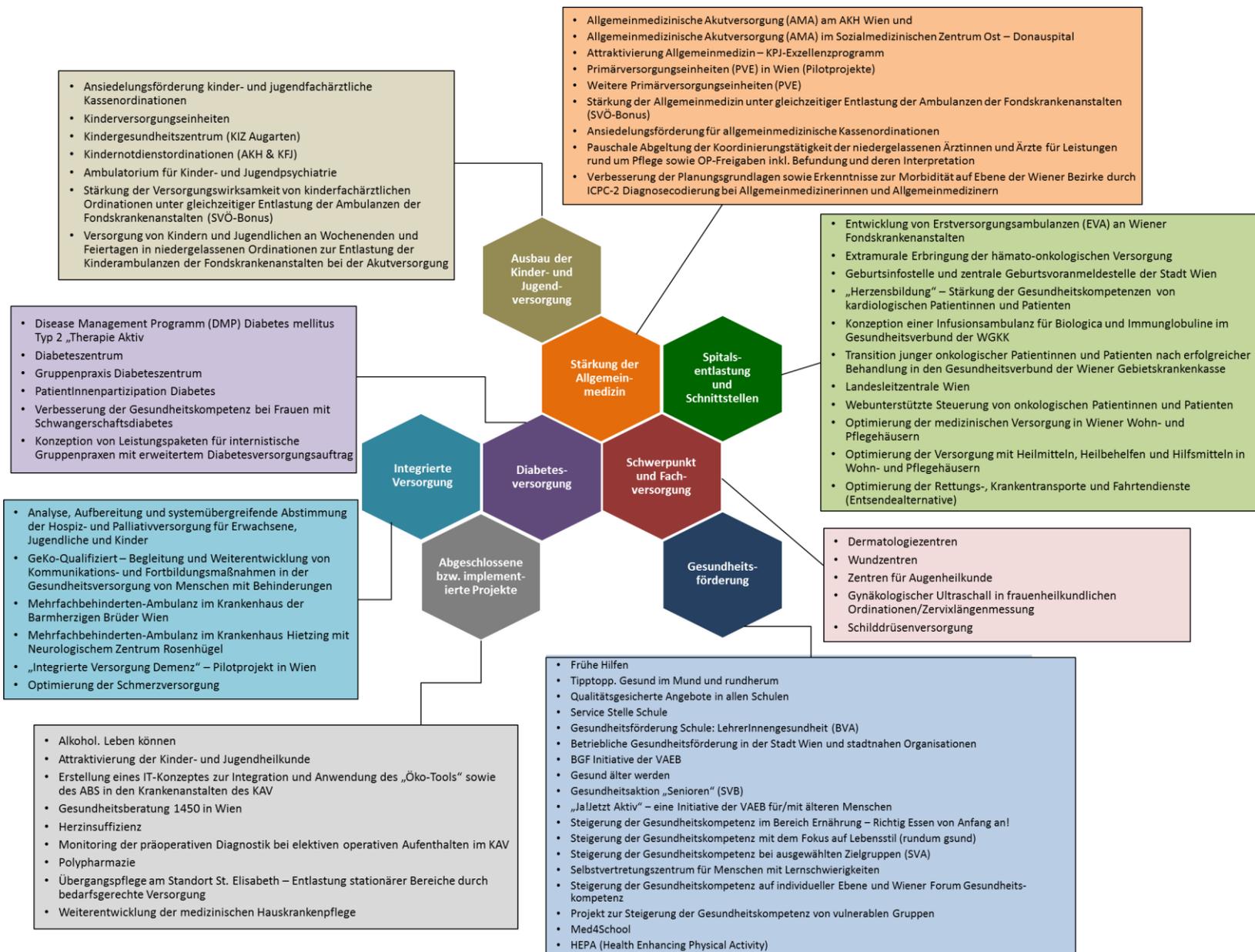
1. EINLEITUNG

Das vorliegende Projektehandbuch soll einen kurzen Überblick über die Vielzahl an Reformprojekten im Rahmen der Wiener Landeszielsteuerung geben. Es ist bereits die dritte Auflage dieser komprimierten Übersicht. In Umsetzung des Zielsteuerungsvertrages bzw. der Jahresarbeitsprogramme wurde sehr offen eingeladen, sich mit Ideen und Projekten am Reformprozess zu beteiligen. Entsprechend vielfältig und heterogen gestaltet sich auch die vorliegende Projektlandschaft.

Die Projekte unterscheiden sich deutlich bezüglich Themenbereiche, Dimensionen, Kosten, Reformansatz und der beteiligten Stakeholder. Es soll jedoch in diesem Rahmen keine Bewertung oder Priorisierung vorgenommen werden, sondern auch die Vielfalt als wichtiges Kriterium nachhaltiger Veränderungen komplexer Systeme dargestellt werden. Mindestens ebenso wichtig sind die treibenden Akteurinnen und Akteure, die hinter den jeweiligen Maßnahmen stehen und deren Umsetzung ermöglichen.

Auch die dritte Auflage ist als Zwischenstand zu sehen. Wo bereits Projektergebnisse bzw. Evaluierungsberichte vorliegen, werden diese kurz beschrieben, ebenso konkrete Maßnahmen zur Sicherung der Nachhaltigkeit.

Zur besseren Orientierung werden die Projekte in Handlungsfelder unterteilt. Projekte, die sich noch in der Konzipierungsphase befinden, sind in der Überschrift mit einem K in Klammern gekennzeichnet.



2. STÄRKUNG DER ALLGEMEINMEDIZIN

2.1 Allgemeinmedizinische Akutversorgung (AMA) am AKH Wien

Operatives Ziel

1.2. LE: Bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung

Projektmitglieder

Mag.^a Barbara Philipp-Jaschek (AKH)

Gabriele König (AKH)

Zeitlicher Rahmen

November 2016 – Dezember 2020

Projektbeschreibung/Status Quo

Die Allgemeinmedizinische Akutambulanz (AMA) soll die Wartezeiten für spitalspflichtige Patientinnen und Patienten reduzieren und die konsiliarisch tätigen Ärztinnen und Ärzte an der Universitätsklinik für Notfallmedizin zu jenen Tageszeiten entlasten, in denen eine hohe Anzahl an Patientinnen und Patienten mit niedrigem Versorgungsbedarf die Notfallambulanz (NFA) frequentiert. Als niedriger Versorgungsbedarf werden die Prioritäten 4+5 nach ESI (Emergency Severity Score) definiert. ESI ist ein von der Harvard Medical School entwickeltes und wissenschaftlich validiertes Triage-System, welches zunächst die Behandlungsdringlichkeit und in weiterer Folge den voraussichtlichen Ressourcenbedarf der Patientin/des Patienten evaluiert. „Selbstkommer“ werden innerhalb der Öffnungszeiten motiviert, sich primär in der AMA anzumelden und werden nur bei Bedarf an die NFA überwiesen.

Status Quo:

Die Inbetriebnahme der AMA erfolgte am 15. November 2016. Der beauftragte Ärztesdienst behandelt die Patientinnen und Patienten während der Öffnungszeiten jeweils Montag bis Freitag von 16 bis 22 Uhr sowie am Wochenende und feiertags von 10 Uhr bis 22 Uhr. Von den Patientinnen und Patienten der AMA werden durchschnittlich 6 bis 7 Prozent an die Notfallambulanz mit ihren Sonderfächern überwiesen. Deutlich erkennbar ist, dass die Patientinnen und Patienten vor allem an Wochenenden und Feiertagen das Angebot nutzen. Die Patientenzahlen an der Universitätsklinik für Notfallmedizin wurden seit Beginn der AMA um ein Viertel reduziert. Im Jahr 2018 konnten rd. 20.000 Patientinnen und Patienten in der AMA im AKH versorgt werden. Im ersten Halbjahr 2019 waren es bereits rd. 9.700 Patientinnen und Patienten.

Ziele des Projektes

Ziel ist es, Patientinnen und Patienten eine Alternative zur Spitalsambulanz außerhalb der üblichen Ordinationszeiten sowie an Wochenenden und Feiertagen zu bieten. Mit dem Projekt soll langfristig auch geprüft werden, ob vorgelagerte Organisationseinheiten als "Gatekeeper" für Ambulanzen des AKH geeignet wären.

Kritische Erfolgsfaktoren

- Rekrutierung von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern für die AMA
- Fachliche Erfahrung der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, damit es zu keiner hochfrequenten Zuweisung von der AMA an die Notfallambulanz kommt
- Kommunikation Notfallambulanz-AMA, AMA- Konsiliarärztinnen und Konsiliarärzte
- Akzeptanz der AMA von den Patientinnen und Patienten als richtige Alternative zu der Notfallambulanz
- Zu hohe Anzahl an Patientinnen und Patienten, die an AMA überwiesen werden, im Verhältnis zu den finanzierten (personellen) Ressourcen

2.2 Allgemeinmedizinische Akutversorgung (AMA) im Sozialmedizinischen Zentrum Ost – Donauspital

Operatives Ziel

1.2. LE: Bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung

Projektmitglieder

Mag.^a Susanne Guld, MBA (MA 24)

Tanja Fruhmann, MA (MA 24)

Zeitlicher Rahmen

Seit 2017 während der Grippezeit

Projektbeschreibung/Status Quo

Die Allgemeinmedizinische Akutversorgung (AMA) im SMZ Ost – Donauspital wird durch den Ärztekundendienst organisiert und durchgeführt. Seit dem Jahr 2017 werden während der Grippezeit Patientinnen und Patienten außerhalb der üblichen Ordinationszeiten (an Wochenenden und Feiertagen von 10 Uhr bis 18 Uhr) in einem Raum des Donaospitals in unmittelbarer Nähe zur Kinderambulanz versorgt. Kinder, Jugendliche sowie Erwachsene werden von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern behandelt. Das Angebot hat bereits nachweisbar zu einer Entlastung der Ambulanz für Kinder- und Jugendheilkunde geführt. Zwischen 1. Dezember 2018 und 28. April 2019 wurden 1.733 Patientinnen und Patienten in der AMA im SMZ Ost versorgt.

Ziele des Projektes

Die Allgemeinmedizinische Akutambulanz (AMA) im SMZ Ost - Donauspital soll die kinderinterne Ambulanz sowie die Notfallambulanz des Donaospitals an Wochenenden und Feiertagen entlasten, indem Patientinnen und Patienten mit niedrigem Versorgungsbedarf statt der Notfallambulanz die AMA frequentieren.

Kritische Erfolgsfaktoren

- Verfügbarkeit von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern
- Akzeptanz der Patientinnen und Patienten
- Im Verhältnis zu den vorhandenen personellen Ressourcen zu hohe Anzahl an Patientinnen und Patienten, die an die AMA überwiesen werden

2.3 Ansiedlungsförderung für allgemeinmedizinische sowie kinder- und jugendfachärztliche Kassenordinationen

Operatives Ziel

1.2. LE: Bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung

Projektmitglieder

SR Mag. Richard Gauss (MA 24)

Dir. Mag. Andreas Obermaier (WGKK)

Zeitlicher Rahmen

1. Jänner 2019 – 31. Dezember 2020

Projektbeschreibung/Status Quo

Die Ansiedlung von allgemeinmedizinischen und kinderärztlichen Kassenordinationen in Teilen Wiens, die aus verschiedenen Gründen als ökonomisch unattraktive Standorte gelten, gestaltet sich zunehmend schwieriger.

Der Wiener Gesundheitsfonds stellt für die Gründung, Übernahme bzw. Erweiterung von allgemeinmedizinischen und kinderärztlichen Kassenordinationen in Wien einen Rahmenbetrag zur Ansiedlungsförderung zur Verfügung.

Aus den zur Verfügung stehenden Mitteln für die Allgemeinmedizin wird ein Modell zur differenzierten Förderung nach z.B. sozioökonomischen Kriterien entwickelt. Auf Grund vergangener Nachbesetzungsschwierigkeiten wird prioritär jedenfalls ein Modellprojekt im gesamten 10. Wiener Gemeindebezirk durchgeführt. Die Ansiedlungsförderungen sollen ab dem 1. Jänner auf die Bezirke 11, 15, 16, 20 ausgeweitet werden, bzw. in Regionen nach besonderen sozioökonomischen Kriterien. Eine Ausweitung der Ansiedlungsförderungen auf weitere Bezirke oder Bezirksteile wird gegebenenfalls im Rahmen des Pilotprojekts bzw. dessen laufender Evaluierung und der jeweils aktuellen Versorgungssituation und dem spezifischen Nachbesetzungsbedarf entschieden.

Im Bereich der Kinderheilkunde soll der Förderbetrag auf Grund von flächendeckenden Nachbesetzungsproblemen jedenfalls in ganz Wien gelten. In den letzten Jahren zeigt sich die Tendenz, dass die Eröffnung von kinderfachärztlichen Wahlordinationen auf Grund der uneingeschränkt frei gestaltbaren Ordinationszeiten sowie der Möglichkeit zur Auswahl der Patientinnen und Patienten bzw. die Anstellung in Krankenanstalten auf Grund der finanziellen Sicherheit, für Kinderfachärztinnen und Kinderfachärzte attraktiver und erstrebenswerter erscheint.

Ziele des Projektes

- Förderung der Ansiedelung von Kassenärztinnen und Kassenärzten im Bereich der Allgemeinmedizin und der Kinder- und Jugendheilkunde
- Stärkung der Sachleistungsversorgung gemäß Zielsteuerungsvertrag
- Entlastung der Spitalsambulanzen

Kritische Erfolgsfaktoren

- Nachbesetzung und Gründung von Gruppenpraxen gelingen trotz Förderprogramm nicht im ausreichenden Ausmaß

2.4 Attraktivierung Allgemeinmedizin – KPJ-Exzellenzprogramm

Operatives Ziel

1.2. LE 5: Verfügbarkeit und Einsatz des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals (Skill-Mix, Nachwuchssicherung, demografische Entwicklung) sicherstellen.

Projektmitglieder

Mag.^a Ursula Griesser (WGKK)

Vera Krambeer, BA (WGKK)

Mag.^a Susanne Guld, MBA (MA 24)

Mag. Tobias Schwenner (MA 24)

Zeitlicher Rahmen

Juli 2017 – Juli 2024

Projektbeschreibung/Status Quo

2025 werden in Wien rund 2/3 der derzeit tätigen Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin das 65. Lebensjahr erreicht haben und zeitnah in Pension gehen. Zur Steigerung der Zahl an Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern in der Ausbildung wurde in Zusammenarbeit mit Land Wien, WGKK, MedUni Wien und KAV ein praxisnahes Spezialangebot (Exzellenzprogramm Allgemeinmedizin) für das klinisch praktische Jahr (KPJ) entwickelt.

Im Exzellenzprogramm werden bereits während des ersten Tertials im KAV allgemeinmedizinische Schwerpunkte in den Bereichen Chirurgie und Interne Medizin gesetzt. Kernstück des Programms ist ein 8 bis 16-wöchiges Praktikum in niedergelassenen Lehrordinationen. In diesem Rahmen lernen die Studierenden den realen Praxisalltag kennen und werden dabei von erfahrenen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern begleitet. Dabei erhalten die Studierenden erstmals eine durchgehende Aufwandsentschädigung analog zur Abgeltung im Krankenhaus. Seitens der MedUni Wien werden die Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber, unter Rahmenbedingungen gemäß einer Lehrveranstaltung, in ein Mentoring-Programm einbezogen.

Begleitend dazu gibt es im Rahmen der vorgeschriebenen Fortbildung theoretische Inputs, die Studierende auf eine selbstständige Tätigkeit im niedergelassenen Bereich vorbereiten. Weiters können die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in relevanten Wiener Gesundheitseinrichtungen (ÄrztEFunkdienst, Psychosozialer Dienst Wien, Geronto Psychiatrisches Zentrum, Sucht- und Drogenkoordination Wien, Fonds Soziales Wien, Gesundheitszentren der WGKK) hospitieren und erhalten somit die Möglichkeit, sowohl erfahrene Kolleginnen und Kollegen als auch spezifische Patientengruppen kennenzulernen. Darüber hinaus wird das KPJ-Exzellenzprogramm durch Werbe- und Informationsmaßnahmen sowie Vernetzungsveranstaltungen begleitet, die zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin beitragen sollen.

Das Projekt startete in einer Pilotphase erstmals im August 2018 und wurde mittlerweile von 9 Studierenden absolviert. Für das im August 2019 gestartete KPJ-Exzellenzprogramm für das Studienjahr 2019/2020 konnte die Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf 17 Studierende erhöht werden.

Das Curriculum wurde bereits in der Pilotphase einer externen formativen Evaluierung unterzogen. Die Evaluierungsergebnisse bestätigen, dass die teilnehmenden Studierenden und die Lehrordinationen mit dem Programm zum überwiegenden Teil hoch zufrieden sind und die Inhalte als wesentliche Ergänzung des Ausbildungsangebotes im Fach Allgemeinmedizin an der MedUni Wien wahrgenommen werden. Das Programm bietet den ersten konkreten Kontakt mit der Praxis im niedergelassenen Bereich und eröffnet breitere und vertiefte Einsichten in die Möglichkeiten der hausärztlichen Betreuung von Patientinnen und Patienten in einer innovativen Primärversorgung nach neuem Konzept. Durch die Teilnahme am Programm hat sich für alle Studierenden das Berufsbild der Allgemeinmedizin positiv dargestellt, so dass sich am Ende des 2. Tertials zwei Drittel entschlossen zeigten, den Beruf der niedergelassenen Allgemeinmedizinerin bzw. des niedergelassenen Allgemeinmediziners zu ergreifen.

Ziele des Projektes

Steigerung der Zahl an Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern, die sich für die Praxis und die Umsetzung neuer, bedarfsgerechter Primärversorgungsmodelle begeistern, durch:

- Entwicklung, Umsetzung und Evaluierung eines praxisnahen Spezialangebotes für Allgemeinmedizin im KPJ
- Frühzeitige Identifikation potentieller Ausbildungskandidatinnen und Ausbildungskandidaten
- Erhebung und Analyse der fördernden und hemmenden Faktoren für/gegen die Entscheidung, niedergelassene/r Allgemeinmediziner/in zu werden

Kritische Erfolgsfaktoren

- Nicht genügend qualitativ hochwertige Ausbildungsstellen (Lehrordinationen)
- Nicht genügend Interessentinnen und Interessenten

2.5 Pauschale Abgeltung der Koordinierungstätigkeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Leistungen rund um Pflege sowie OP-Freigaben inkl. Befundung und deren Interpretation

Operatives Ziel

3.1. LE: Stärkere Ausrichtung des Vertragswesens und der Honorierungssysteme am Versorgungsbedarf bei gleichzeitiger Unterstützung der Zielsetzungen der ZS-G (insbesondere Versorgung am „Best Point of Service“) und der Anforderungen an die Versorgungsformen

Projektmitglieder

SR Mag. Richard Gauss (MA 24)

Dir. Mag. Andreas Obermaier (WGKK)

Zeitlicher Rahmen

1. Jänner 2019 – 31. Dezember 2019

Projektbeschreibung/Status Quo

Nach Angaben der Vertragspartnerinnen und Vertragspartner der Wiener Gebietskrankenkasse werden große Zeitressourcen aufgewendet, um administrative Tätigkeiten für die betreuten und durch Honorare der Sozialversicherung bezahlten Patientinnen und Patienten rund um das Thema Pflege zu leisten. Diese Leistungen sind nicht in der Honorierung abgedeckt und daher als Extraleistungen der niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner anzusehen. Ziel des Projektes ist die Klarstellung über den Nutzen, den Aufwand sowie die Abgeltung und Zuordnung nach dem Verursacherprinzip der angeführten Leistungen. Um eine adäquate Datengrundlage hierfür zur Verfügung zu haben, wird per 1. Juli 2019 sowohl für die ärztliche Koordinationstätigkeit von Pflegemaßnahmen als auch für die Erstellung von Befunden im Rahmen der präoperativen Diagnostik eine befristete Verrechnungsmöglichkeit für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin mit der WGKK eingerichtet.

Ziele des Projektes

Klarstellung über den Nutzen, den Aufwand und die Abgeltung der angeführten Leistungen und Zuordnung nach dem Verursacherprinzip.

Kritische Erfolgsfaktoren

- Mangelnde Mitwirkung der Ärztinnen und Ärzten betroffenen Institutionen und daraus resultierende mangelnde Plausibilisierung
- Geringer Erkenntnisgewinn durch kurze Projektdauer
- Keine klare Erkenntnis über das Verursacherprinzip der durch die Vertragspartnerinnen und Vertragspartner der WGKK erbrachten Leistungen

2.6 Primärversorgungseinheiten (PVE) in Wien

Operatives Ziel

6.1.2. Multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung (Primary Health Care) bis Mitte 2014 konzipieren und in Folge Primärversorgungsmodelle auf Landesebene bis 2016 umsetzen.

6.2.1. Bestehende ambulante Strukturen bedarfsorientiert anpassen und in neue bzw. strukturell und organisatorisch angepasste Angebote an multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsformen im ambulanten Bereich partiell überführen.

Projektmitglieder

MA 24/Wiener Gesundheitsfonds: Mag.^a Susanne Guld, MBA; Dr. Otto Rafetseder; Mag. Tobias Schwenner

WGKK: Mag.^a Ursula Griesser; Andreas Kolm, MA LL.M.; Claudia Zuleger, MA; Vera Krambeer, BA; Mag.^a Martina Rossa, Clemens Sigl, MSc, BA

Zeitlicher Rahmen

ab 2014

Projektbeschreibung/Status Quo

Aufgrund des sektoralen Aufbaus des österreichischen Gesundheitssystems und der mangelnden Steuerung der Patientinnen und Patienten kommt es zwischen den Versorgungsebenen und den unterschiedlichen Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbietern zu Schnittstellen, die eine kontinuierliche und abgestimmte Versorgung erschweren. Diese Schnittstellenverluste schlagen angesichts der demografischen Herausforderung und der Zunahme chronisch kranker Personen durch Über-, Unter- und Fehlversorgungen zu Buche. So etwa die ungesteuerte Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen und Spitalambulanzen. Ziel der neuen Primärversorgungsangebote ist daher die Implementierung multidisziplinärer Zentren, die eine ganzheitliche Versorgung und Koordination der Patientinnen und Patienten übernehmen. Es werden Pflege, Ordinationsassistenten und andere Gesundheitsberufe miteinbezogen und Öffnungszeiten bedarfsgerecht gestaltet.

Im Juni 2014 beschloss die Bundeszielsteuerungskommission ein Konzept zum Ausbau der hausärztlichen Versorgung, auf dem die Wiener Pilotprojekte aufsetzen. Gemeinsam mit der Wiener Ärztekammer gab es eine Einigung für die österreichweit ersten beiden Pilotprojekte. Je nach Standort ergeben sich unterschiedliche bedarfsspezifische Schwerpunktsetzungen.

Pilotprojekt PVE Medizin Mariahilf

Beim ersten Zentrum handelt es sich um eine vormalige allgemeinmedizinische Gruppenpraxis, die für eine Umwandlung in eine PVE sehr gut geeignet war. Das erweiterte Leistungsspektrum der PVE sieht unter anderem längere Öffnungszeiten, ein multiprofessionelles Kernteam, Erfüllung einer Koordinationsfunktion für Patientinnen und Patienten, Teilnahme an Disease-Management-

Programmen, Versorgung von chronisch Kranken sowie regelmäßige Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen und der Projekt-Evaluation vor. Das Pilotprojekt PVE Medizin Mariahilf wird laut ersten Zwischenberichten der Evaluierung von den Patientinnen und Patienten sehr gut angenommen. Eine hohe Zufriedenheit mit den Leistungen der PVE wird bestätigt, ebenso ein Entlastungspotenzial nachfolgender Versorgungsebenen.

Pilotprojekt PVE Donaustadt

Zur Entlastung der Ambulanzen des SMZ-Ost und zur Stärkung der Primärversorgung in einer wachsenden Region wurde in unmittelbarer Nähe zum Donauespital eine Gruppenpraxis eingerichtet, die ein Kernteam (Ärztin, Ordinationsassistenz, DGKP) mit zusätzlichen Gesundheitsberufen (Psychotherapie, Diätologie) vereint. Die Ordinationsräume der „Primärversorgung Donaustadt“ öffneten im September 2017. Zusätzlich zu den vereinbarten Leistungen der Primärversorgung werden die Kooperation mit dem Krankenhaus SMZ-Ost standardisiert und Prozesse für die Überweisungen aus den Fachambulanzen in die PVE erprobt.

Pilotprojekt PVE Meidling

Seit Juli 2019 erfüllt eine weitere Gruppenpraxis in Meidling die PVE-spezifischen Anforderungen an das erweiterte Leistungsangebot und hat einen Sonder-Gruppenpraxisvertrag unterzeichnet. Im PVE Meidling sind neben zwei diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekräften und vier Ordinationsassistentinnen und -assistenten, eine Diätologin, eine Psychotherapeutin sowie eine Sozialarbeiterin beschäftigt.

Weitere Projekte

Ohne gesamtvertraglicher Einigungen zwischen der Sozialversicherung und der Österreichischen Ärztekammer wurden im Frühjahr 2019 mit der Ärztekammer für Wien vertragliche Grundlagen geschaffen, um weiteren bestehenden bzw. sich in Umsetzung befindlichen 3er-Gruppenpraxen den Umstieg auf eine PVE zu ermöglichen.

Ziele des Projektes

- Integrative, qualitätsgesicherte und wohnortnahe Betreuung für die Wohnbevölkerung
- Steuerung der Ströme an Patientinnen und Patienten zum „Best Point of Service“
- Entlastung nachfolgender Versorgungsebenen (Fachärztinnen und Fachärzte sowie Spitalsambulanzen)
- Fortführung und Adaptierung bereits etablierter Projekte nach neuestem Erkenntnisstand und Erfahrungen

Kritische Erfolgsfaktoren

- Akzeptanz neuer Versorgungsangebote durch Ärztekammer, Ärzteschaft und Gesundheitsberufe
- Inanspruchnahme des Angebots

2.7 Stärkung der Allgemeinmedizin unter gleichzeitiger Entlastung der Ambulanzen der Fondskrankenanstalten

Operatives Ziel

1.2 LE: Bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung

Projektmitglieder

SR Mag. Richard Gauss (MA 24)

Dir. Mag. Andreas Obermaier (WGKK)

Zeitlicher Rahmen

1. Juli 2019 – 31. Dezember 2020

Projektbeschreibung/Status Quo

Eine Stärkung der Versorgungswirksamkeit der Allgemeinmedizin, insbesondere durch verlängerte Öffnungszeiten, soll dazu führen, dass Menschen, die ungeplanter Weise das Versorgungssystem aufsuchen (keine Terminpatientinnen und Terminpatienten), in allgemeinmedizinischen Strukturen idealerweise abschließend behandelt werden.

Aus der Zwischenevaluation des PHC Medizin Mariahilf lässt sich ableiten, dass mindestens 10% der Menschen, die das PHC aufsuchen, in eine Spitalsambulanz ausgewichen wären, wenn das PHC nicht offen gehabt hätte. Es ist davon auszugehen, dass sich diese Erkenntnis auch auf Einzelordinationen mit erweiterten Öffnungszeiten und Gruppenpraxen ableiten lässt.

Durch eine 20-prozentige Steigerung der Mindestwochenöffnungszeit sollen bei allgemeinmedizinischen Vertragspartnerinnen und Vertragspartnern zusätzliche Öffnungsstunden erreicht werden, die den Bürgerinnen und Bürgern zur Verfügung stehen. Das ausgeweitete Angebot soll die Spitalsambulanzen entlasten und wird daher durch das Land mitfinanziert.

Ziele des Projektes

Erhöhung der Versorgungswirksamkeit der Allgemeinmedizin unter gleichzeitiger Entlastung der Ambulanzen der Fondskrankenanstalten.

Kritische Erfolgsfaktoren

- Geringe Teilnahme der Ärztinnen und Ärzte am Programm
- Ungenügende Akzeptanz des Angebotes durch die Patientinnen und Patienten

2.8 Verbesserung der Planungsgrundlagen sowie Erkenntnisse zur Morbidität auf Ebene der Wiener Bezirke durch ICPC-2 Diagnosecodierung bei Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern

Operatives Ziel

8.2. LE: Sicherstellung der Ergebnisqualität im gesamten ambulanten Bereich

Projektmitglieder

SR Mag. Richard Gauss (MA 24)

Dir. Mag. Andreas Obermaier (WGKK)

Zeitlicher Rahmen

1. Jänner 2019 – 31. Dezember 2020

Projektbeschreibung/Status Quo

Zur Weiterentwicklung der Methoden der Versorgungsplanung im ambulanten Bereich soll eine Datenbasis herangezogen werden, die Auskunft über die Gründe der Inanspruchnahme von allgemeinmedizinischen Leistungen in Wien gibt. Die Stadt Wien und die Wiener Gebietskrankenkasse streben eine Diagnosecodierung mittels ICPC-2 bei einer breiten Basis an Ordinationen an. Es besteht die Erwartungshaltung auf die Teilnahme von bis zu 150 Vertragsärztinnen und -ärzten sowie Vertragsgruppenpraxen, welchen durch eine Einmalzahlung, die ihnen entstehenden Kosten für die Etablierung der entsprechenden Software-Anbindungen, abgegolten werden. Der Nutzen liegt in der Erstellung einer Basis für die Entwicklung einer bedarfsorientierten Leistungsplanung im ambulanten Bereich. Dazu ist begleitend eine inhaltliche und technische Entwicklung eines Prozesses geplant, welcher über einen Drittanbieter den Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern potenzielle Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen, kontinuierlich die Patientinnen- und Patientenzufriedenheit fördern sowie eine elektronische Reflexions- und Benchmark-möglichkeit über die eigene Arbeit ermöglichen soll.

Ziele des Projektes

Versorgungspolitische Meilensteine und Erkenntnisgewinn für Planung und populationsbezogene Morbiditätsentwicklung auf Bezirksebene durch die Wien-weite Implementierung von ICPC-2-Codierung bei allgemeinmedizinischen Einzelordinationen und Gruppenpraxen.

Kritische Erfolgsfaktoren

- Partizipation von Primärversorgungseinheiten
- Ausreichend gesicherter Informationsstand zur Ausrollung
- Geringe Teilnahmerate durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte

2.9 Weitere Primärversorgungseinheiten (PVE) (K)

Operatives Ziel

1.1 LE: Primärversorgungsmodelle auf- und ausbauen

Projektleitung

Dir. Mag. Andreas Obermaier (WGKK)

SR Mag. Richard Gauss (MA24)

Zeitlicher Rahmen

1. Jänner 2020 – 31. Dezember 2020

Projektbeschreibung/Status Quo

In Wien wurde mit dem PHC Medizin Mariahilf die erste Primärversorgungseinheit (PVE) österreichweit im April 2015 eröffnet. Inzwischen bestehen drei Projekte. Die PVE Meidling hat im Juli 2019 eröffnet. Die projektbegleitende Evaluation weist auf ein Potenzial zur Entlastung des Krankensektors hin und schaffte somit die Möglichkeit zur Verlagerung vom intramuralen zum extramuralen Bereich.

Für die Fortführung des erfolgreichen Modells der Primärversorgungseinrichtungen sollen weitere Gruppenpraxen als PVE etabliert werden. Damit soll möglichst vielen Wienerinnen und Wienern ein Zugang zu dieser modernen Versorgungsform geschaffen werden.

Durch den PVE Gesamtvertrag für Wien sind die Voraussetzungen für eine Überführung des Modells in die Regelversorgung erfüllt. Darüber hinaus bietet die Anstellungsmöglichkeit von Ärzten bei Ärzten in Gruppenpraxen eine weitere vertragliche Grundlage für die Ausrollung und steigert die Umsetzungsmöglichkeiten.

Der Regionale Strukturplan Gesundheit (RSG) sieht bis zum Jahr 2025 die Schaffung von insgesamt bis zu 36 PVE vor. Gemäß Primärversorgungsgesetz ergeben sich für Wien bis zu 16 PVE, welche weiterhin partnerschaftlich im Sinne der Landeszielsteuerung analog den bisherigen PVE Projekten finanziert werden sollen.

Ziele des Projektes

Die Primärversorgungseinheit ist eine Erstanlaufstelle mit breitem Angebot, welche von der Förderung der Gesundheit bis zur Krankenversorgung und Koordinierung der erforderlichen Maßnahmen reicht. Sie tritt nach außen als Einheit auf. Dadurch erkennt die Bevölkerung, dass es sich vor Ort um ein Angebot handelt, das eine echte Alternative zur Spitalsambulanz ist.

Die Zusammenarbeit erfolgt im Primärversorgungsteam, das sich aus einem Kernteam und einem vertraglich verbindlich und strukturiert eingebundenen erweiterten Team zusammensetzt. Darüber

hinaus bestehen Kooperationen zu externen Partner wie Apotheken, Fachärzten, Sozial- und Pflegeeinrichtungen, etc. Der Leistungsumfang der Primärversorgungseinheiten soll eine breite diagnostische, therapeutische und pflegerische Kompetenz abdecken.

Kritische Erfolgsfaktoren

- Vernetzung/Zusammenarbeit mit anderen niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten und anderen Kooperationspartnerinnen und -partnern
- Ausschöpfen der Kostendämpfungspotenziale

3. AUSBAU DER KINDER- UND JUGENDVERSORGUNG

3.1 Ambulatorium für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Operatives Ziel

4 LE: Optimierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ausgewählten Bereichen

Projektmitglieder

Mag.^a Susanne Schmiedhuber (Psychosoziale Dienste Wien)

Zeitlicher Rahmen

1. Oktober 2019 – 31. Dezember 2021

Projektbeschreibung/Status Quo

Neben einem notwendigen Ausbau der stationären Angebote in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gilt es, zusätzlich die ambulante Versorgung in Wien auszubauen. Im Rahmen des Psychiatrischen und Psychosomatischen Versorgungsplans 2030 (PPV) wurde die Erweiterung der stationären und ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung definiert. Ziel dabei ist, dass es langfristig pro Versorgungsregion einen Standort mit einem stationären, psychiatrischen Versorgungsangebot und zwei zugehörige Ambulatorien mit ambulanten und tagesklinischen Versorgungsangeboten geben wird. Die ambulante Versorgung erfolgt dabei in enger Zusammenarbeit mit den Einheiten der Wiener Kinder- und Jugendhilfe.

Das neue Ambulatorium inklusive Tagesklinik, betrieben durch die Psychosozialen Dienste Wien (PSD), widmet sich dem speziellen Behandlungs- und Betreuungsbedarf von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen in Wien. Die Ausweitung der Öffnungszeiten bis in die frühen Abendstunden führt zu einer Entlastung der Spitalsambulanzen. Das beinhaltetete Angebot einer Tagesklinik erlaubt ein sehr intensives Behandlungssetting und ist eine ambulante Alternative zur vollstationären Behandlung. Es ist davon auszugehen, dass im Projektzeitraum mindestens 800 psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche/ Adoleszente im Ambulatorium inkl. Tagesklinik behandelt und betreut werden können.

Als zusätzliches Leistungsangebot werden vom Ambulatorium mit Tagesklinik ausgehend Liaisondienste als präventive Maßnahme zu allen sozialpädagogischen Einrichtungen/ Wohngemeinschaften angeboten.

Mit der Pilotierung des Leistungsangebotes zur aufsuchenden Krisenbehandlung (Home Treatment) wird erstmalig in Wien versucht, eine Lücke zu schließen, die in einer integrierten Versorgung eine zunehmend wichtige Rolle spielt und nachweislich stationäre Aufenthalte verhindert bzw. verkürzt.

Ziele des Projektes

- Bedarfsgerechte, integrierte, qualitätsgesicherte und wohnortnahe Behandlung und Betreuung von rund 800 psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen/Adoleszenten; ggf. unter enger Einbindung der Strukturen der Wiener Kinder und Jugendhilfe
- Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des stationären Bereiches bzw. der Spitalsambulanzen
- Reduzierung der Wartezeiten auf eine dem „Best Point of Care“ entsprechende Behandlung
- Sicherstellung der engmaschigen Verzahnung zwischen ambulanter / stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie zur sozialpsychiatrischen Wohnversorgung von Kindern und Jugendlichen, finanziert durch die Wiener Kinder und Jugendhilfe
- Nahtstellenmanagement zum niedergelassenen Bereich, zu den bestehenden ambulanten Einrichtungen der psychosozialen Versorgung Kinder und Jugendlicher, zum stationären Bereich der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung und zu den sozialpädagogischen Einrichtungen in Wien.
- Wissenstransfer zu sozialpädagogischen Einrichtungen in Wien

Kritische Erfolgsfaktoren

- Zu hohe Anzahl an Patientinnen und Patienten, die auch eine sozialpsychiatrische Wohnversorgung benötigen im Verhältnis zu den zur Verfügung stehenden finanzierten Ressourcen
- Ungenügende Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie

3.2 Ansiedlungsförderung für allgemeinmedizinische sowie kinder- und jugendfachärztliche Kassenordinationen

Siehe Kapitel 2.3 auf Seite 12.

3.3 Kindergesundheitszentrum (KIZ) Augarten

Operatives Ziel

4.1. LE: Optimierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ausgewählten Bereichen

Projektmitglieder

Prof.ⁱⁿ DDr.ⁱⁿ Andrea Fleischmann (WGKK)

Vera Krambeer, BA (WGKK)

Mag.^a Susanne Guld, MBA (MA 24)

Tanja Fruhmann, MA (MA 24)

Zeitlicher Rahmen

2016 – 2021

Projektbeschreibung/Status Quo

Das Kindergesundheitszentrum (KIZ) Augarten befindet sich im 2. Bezirk und kann durch die verkehrsgünstige Lage sowie die barrierefreie Erreichbarkeit auch von Personen mit besonderen Bedürfnissen in Anspruch genommen werden.

Das KIZ stellt eine flexible Einrichtung sowohl im personellen als auch im medizinischen Bereich dar, um so aktuellen pädiatrischen Entwicklungen gerecht werden zu können. Der Schwerpunkt des KIZ Augarten liegt in der allgemeinen Pädiatrie.

Das Kindergesundheitszentrum ist täglich, auch an Wochenenden und Feiertagen, geöffnet und bietet zusätzlich zur pädiatrischen Versorgung auch Zusatzleistungen wie Diätologie, Psychologie und Physiotherapie an. Grundsätzlich besteht ein Terminvergabesystem.

Leistungsspektrum:

- Interner neurologischer Status
- Beratungsgespräche z.B. zur Ernährung, Stillen, Entwicklung, allergologische Exploration
- Engmaschige Entwicklungskontrollen
- Basislabor inkl. Befundbericht: Blutbild und Harn, Streptokokken-Schnelltest
- Ultraschall-Untersuchungen (inkl. Bauch- und Kopfbereich)
- Lungenfunktionstest

- EKG
- Motoskopie
- Behandlung der Hüfte
- Hörscreenings
- Mutter-Kind-Pass Untersuchungen inkl. Hüftultraschall, HNO-Untersuchung, Augenuntersuchung
- Operationsfreigaben inkl. Befundberichterstellung
- Sportfreigaben

Evaluierungsergebnisse:

Das Kinderzentrum Augarten wurde von der Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH evaluiert. Ein Bericht dazu liegt seit November 2019 vor. Die Evaluierung umfasst eine Befragung von Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörigen, Interviews mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie eine Datenanalyse.

Die Ergebnisse zeigen, dass ein großes Kindergesundheitszentrum mit erweiterten Öffnungszeiten und entsprechenden Zusatzangeboten eine hohe Versorgungswirksamkeit aufweist, einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der niedergelassenen Versorgung von Kindern und Jugendlichen leistet sowie zur Entlastung der Kinderambulanzen in den Wiener Spitälern beiträgt.

Die angebotenen Zusatzprofessionen im KIZ Augarten (Diplomierte Kinder-krankenschwester, Diätologin, Psychologin und Physiotherapeut) werden sehr gut in Anspruch genommen und führen zu einer Entlastung des medizinischen Personals sowie zu höherer Versorgungsqualität und Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten.

Ziele des Projektes

- Integrative, qualitätsgesicherte und wohnortnahe Betreuung von Kindern und Jugendlichen
- Steigerung des Angebotes im niedergelassenen Bereich an Wochenenden und Feiertagen
- Steuerung der Ströme an Patientinnen und Patienten zum „Best Point of Service“
- Entlastung der Spitalsambulanzen
- Aufbau von Kooperationen
- Verbesserung der Zugänglichkeit
- Attraktivierung des Leistungsangebotes
- Verbesserung der Versorgungskoordination zur Reduktion unnötiger Patientenwege zwischen unterschiedlichen diagnostisch und therapeutisch tätigen Einrichtungen

Kritische Erfolgsfaktoren

- Ungenügende Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde
- Ungenügende Akzeptanz des Angebotes bei der Zielgruppe

3.4 Kindernotdienstordinationen

Operatives Ziel

4.1. LE: Optimierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ausgewählten Bereichen

Projektmitglieder

Vera Krambeer, BA (WGKK)

Mag.^a Susanne Guld, MBA (MA 24)

Tanja Fruhmann, MA (MA 24)

Zeitlicher Rahmen

2016 – 2020

Projektbeschreibung/Status Quo

Der Zugang zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Wien an Tagesrandzeiten und an Wochenenden ist eingeschränkt; die Abstimmung der bestehenden Angebote untereinander ist mangelhaft. Eltern sind daher im Bedarfsfall darauf angewiesen, pädiatrische Spitalsambulanzen aufzusuchen. Diese sind daher zunehmend mit Fällen konfrontiert, die nicht notwendigerweise in der Krankenanstalt behandelt werden müssten und können daher ihrer vorrangigen Aufgabe, die in der Akutversorgung von Kindern und Jugendlichen besteht, nicht mehr oder nur mehr ungenügend nachkommen.

Seit November 2013 wird am AKH eine zusätzliche extramurale Versorgungseinheit durch den Ärztekundendienst in Form einer Ordination betrieben, die die pädiatrische Ambulanz der Universitätskinderklinik entlasten soll. Ebenso wurde im Oktober 2016 eine Kindernotdienstordination im SMZ Süd – Kaiser-Franz-Josef-Spital etabliert. Leichte Fälle werden hierbei von schweren Erkrankungen triagiert und der Kindernotdienstordination zugewiesen.

Im Jahr 2018 wurden in den Kindernotdienstordinationen des AKH 3.833 Patientinnen und Patienten und im SMZ Süd – Kaiser-Franz-Josef-Spital 5.519 Patientinnen und Patienten behandelt.

Ziele des Projektes

- Integrative, qualitätsgesicherte und wohnortnahe Betreuung von Kindern und Jugendlichen
- Verbesserung der Zugänglichkeit für die Patientinnen und Patienten
- Reduzierung der Wartezeiten
- Steuerung der Ströme an Patientinnen und Patienten zum „Best Point of Service“
- Entlastung der Spitalsambulanzen

Kritische Erfolgsfaktoren

- Ungenügende Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde
- Ungenügende Akzeptanz des Angebotes bei der Zielgruppe

3.5 Kinderversorgungseinheiten (K)

Operatives Ziel

1.2 LE: Bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung

4. Optimierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ausgewählten Bereichen

Projektleitung

Dir. Mag. Andreas Obermaier (WGKK)

SR Mag. Richard Gauss (MA24)

Zeitlicher Rahmen

1. Jänner 2020 – 31. Dezember 2020

Projektbeschreibung/Status Quo

Die Bevölkerungsstruktur und aktuelle Versorgungslandschaft in Wien weist einen hohen Bedarf an modernen Versorgungseinheiten für Kinder- und Jugendliche auf. Im Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) ist für Wien für das Jahr 2025 eine Steigerung der ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten vorgesehen.

Erfahrungen aus bestehenden Pilotprojekten der Landeszielsteuerung haben eine hohe Versorgungswirksamkeit von großen gewachsenen Strukturen gezeigt. Dazu tragen neben dem ausgeweiteten Leistungsspektrum – insbesondere durch weitere Gesundheits- und Sozialberufe – ausgedehnte Öffnungszeiten bei. Insbesondere kommt es dadurch zu einer Entlastung von Spitalsstrukturen.

Ziele des Projekts

- Ausbau der Kinderversorgung und Ergänzung des Versorgungsangebotes mit sonstigen Gesundheitsberufen. Verbesserte zeitliche Erreichbarkeit, insbesondere zu Tagesrandzeiten zur Hebung des Potenzials der Spitalsentlastung
- Sicherstellung und Verbesserung des Zugangs zur ambulanten pädiatrischen Versorgung für Kinder und Jugendliche an Wochenenden und Feiertagen
- Sicherstellung der zielgerichteten Versorgung auf der richtigen Versorgungsstufe zur Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Krankenhausaufenthalte und Entlastung überfüllter Spitalsambulanzen insbesondere an Wochenenden und Feiertagen
- Abfedern des erhöhten Bedarfs während der Zeit von Belastungsspitzen des Versorgungssystems
- Mittelfristige Substituierung der Kinderversorgungseinheiten

Kritische Erfolgsfaktoren

- Kein ärztliches Interesse zur Umsetzung von Kinderversorgungseinheiten
- Geringe Auslastung in der Wachstumsphase
- Inanspruchnahme der Spitalsambulanzen additiv zu den kinderfachärztlichen Ordinationen und Gruppenpraxen

3.6 Stärkung der Versorgungswirksamkeit von kinderfachärztlichen Ordinationen unter gleichzeitiger Entlastung der Ambulanzen der Fondskrankenanstalten

Operatives Ziel

4.1. LE: Optimierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ausgewählten Bereichen

Projektmitglieder

SR Mag. Richard Gauss (MA 24)

Dir. Mag. Andreas Obermaier (WGKK)

Zeitlicher Rahmen

1. Juli 2019 – 31. Dezember 2020

Projektbeschreibung/Status Quo

Eine Stärkung der Versorgungswirksamkeit der Kinder- und Jugendmedizin sowie der Allgemeinmedizin soll dazu führen, dass hinkünftig verstärkt Kinder und Jugendliche sowohl in allgemeinmedizinischen als auch in kinderfachärztlichen Vertragsordinationen umfassend medizinisch versorgt werden.

Insbesondere die verlängerten Öffnungszeiten können dazu führen, dass Menschen, die ungeplanter Weise das Versorgungssystem aufsuchen, in niedergelassenen Ordinationen idealerweise abschließend behandelt werden. Durch eine zumindest 20%-prozentige Steigerung der Mindestwochenöffnungszeit sollen daher bei kinderfachärztlichen Vertragspartnerinnen und Vertragspartnern zusätzliche Öffnungstunden erreicht werden, die Kindern und deren Eltern zur Verfügung stehen. Das ausgeweitete Angebot soll somit die Spitalsambulanzen entlasten.

Ziele des Projektes

Erhöhung der Versorgungswirksamkeit von kinderfachärztlichen Ordinationen und Gruppenpraxen unter gleichzeitiger Entlastung der Ambulanzen der Fondskrankenanstalten.

Kritische Erfolgsfaktoren

- Geringe Teilnahme an dem Programm durch Ärztinnen und Ärzte
- Ungenügende Akzeptanz des Angebotes durch die Patientinnen und Patienten

3.7 Versorgung von Kindern und Jugendlichen an Wochenenden und Feiertagen in niedergelassenen Ordinationen zur Entlastung der Kinderambulanzen der Fondskrankenanstalten bei der Akutversorgung

Operatives Ziel

4.1. LE: Optimierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ausgewählten Bereichen

Projektmitglieder

SR Mag. Richard Gauss (MA 24)

Dir. Mag. Andreas Obermaier (WGKK)

Zeitlicher Rahmen

1. Jänner 2019 – 31. Dezember 2020

Projektbeschreibung/Status Quo

An Wochenenden und zu Grippezeiten wurden in der Vergangenheit Versorgungsengpässe in der ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen festgestellt. Viele Familien weichen in die Ambulanzen der Krankenanstalten aus, wo es zu langen Wartezeiten und einer großen Belastung für alle Beteiligten kommt. Im ersten Quartal 2018 (Grippezeit) erfolgte ein Pilotprojekt, bei dem durchschnittlich drei Vertragsordinationen bzw. -gruppenpraxen für Kinderheilkunde an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen jeweils von 10 Uhr bis 15 Uhr für die Akutversorgung von erkrankten Kindern und Jugendlichen geöffnet hatten. Aufgrund der erfolgreichen Inanspruchnahme dieses Angebots wurde ab 2019 eine Ausrollung in den ganzjährigen Regelbetrieb vorgenommen.

Ziele des Projektes

- Sicherstellung und Verbesserung des Zugangs zur ambulanten pädiatrischen Versorgung für Kinder und Jugendliche an Wochenenden und Feiertagen
- Sicherstellung der zielgerichteten Versorgung auf der richtigen Versorgungsstufe zur Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Krankenhausaufenthalte und Entlastung überfüllter Spitalsambulanzen insbesondere an Wochenenden und Feiertagen
- Abfedern des erhöhten Bedarfs während der Zeit von Belastungsspitzen des Versorgungssystems

Kritische Erfolgsfaktoren

- Zu geringe Auslastung sowie additive Inanspruchnahme der Spitalsambulanzen zu den kinderfachärztlichen Ordinationen und Gruppenpraxen

4. DIABETESVERSORGUNG

4.1 Diabeteszentrum (K)

Operatives Ziel

1.2. LE: Bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung

Projektmitglieder

Mag.^a Martina Rossa (WGKK)

Tanja Fruhmann, MA (MA 24)

Selen Kadak-Güngör, MPH (MA 24)

Mag.^a Susanne Guld, MBA (MA 24)

Zeitlicher Rahmen

2019 – 2025

Projektbeschreibung/Status Quo

Derzeit werden Menschen mit Diabetes mellitus unterschiedlicher Genese bei Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern, Fachärztinnen und -ärzten, in den Fondskrankenanstalten (Diabetesambulanzen und stationär) und in den Gesundheitszentren der Sozialversicherungsträger versorgt. Durch eine unstrukturierte Inanspruchnahme ist nicht gewährleistet, dass die Patientinnen und Patienten gemäß ihrem jeweiligen Versorgungsbedarf in der entsprechenden Versorgungsstufe behandelt werden.

Um dem spezifischen Bedarf gerecht zu werden, braucht es einer Adaptation der Strategien zur Verbesserung und Optimierung der Versorgung von Diabetespatientinnen und Diabetespatienten. Ein wesentlicher Schritt zur Problemlösung ist die Etablierung einer verbindlichen mehrstufigen Versorgung, bei der das neu zu errichtende Diabeteszentrum mit einem definierten Versorgungsauftrag als Bindeglied zwischen der Primär- und (akut)stationären Versorgung fungiert.

In einem interdisziplinären Diabeteszentrum sind Ärztinnen und Ärzte sowie medizinisches Fachpersonal verschiedener Berufsgruppen an einem Ort tätig. Dadurch kann die adäquate Versorgung von Diabetespatientinnen und -patienten mit modernen und leitliniengerechten Therapieansätzen gewährleistet werden. Das Diabeteszentrum wird vom Wiener Krankenanstaltenverbund betrieben.

Ziele des Projektes

- Entlastung der Spezialambulanzen von fehlallozierten Patientinnen und Patienten
- Etablierung neuartiger Diabeteszentren mit definiertem Versorgungsauftrag als weitgehender Ersatz der derzeitigen Spitalsambulanzen
- Verbesserung der Versorgungsqualität gemäß internationalen Standards
- Optimierung der extramuralen Behandlungsqualität
- Effiziente und effektive Ressourcenallokation – „Best Point of Service“
- Optimierung der diabetestherapeutischen Versorgung, Vermeidung von Unter-, Über- und Fehlversorgung (z.B. Vermeidung nachgelagerter Inanspruchnahme) im intra- und extramuralen Bereich (Arztkonsultationen, stationäre Aufenthalte etc.)
- Etablierung eines kontinuierlichen, abgestimmten und qualitätsgesicherten Versorgungspfades
- Definition der Rollen und Aufgaben der am Prozess beteiligten Gesundheitsdienstleisterinnen und Gesundheitsdienstleistern
- Klärung der Schnitt- und Nahtstellen, Definition von Übergabe- und Zuweisungsprozessen
- Berücksichtigung und expliziter Einsatz nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe (Pflege, Diätologie, Sportwissenschaft etc.)
- Schaffung von sektorenübergreifenden Kooperationsstrukturen
- Stärkung der ersten Versorgungsebene durch proaktive Kommunikation und Wissenstransfer
- Empowerment von Patientinnen und Patienten
- Langfristig sollen durch das neuartige Angebot Kapazitäten in den Diabetesambulanzen des KAV reduziert werden

Kritische Erfolgsfaktoren

- Einhaltung des festgelegten Versorgungspfades
- Strukturierte Kooperation aller am Versorgungsprozess beteiligten Professionen
- Zuweisungsverhalten von Primärversorgerinnen und -versorgern
- Verbindliche Umsetzung von Qualitätsmanagementsystemen inkl. eines kontinuierlichen Qualitätsverbesserungsprozesses
- Festhalten am eigenen Patientenkollektiv ungeachtet der spezifischen Bedarfslagen
- Etablierung geeigneter Vergütungsmodelle, z.B. „Pay for Performance“-Modelle
- Ausschöpfen der Kostendämpfungspotenziale
- Erweiterung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten und der damit verbundenen intensiveren Beteiligung am Behandlungsprozess

4.2 Disease Management Programm (DMP) Diabetes mellitus Typ 2 „Therapie Aktiv“

Operatives Ziel

1.2. LE: Bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung

Projektleitung

Dr. Marin Bolkovac (WGKK)

Zeitlicher Rahmen

Seit 1. April 2007 in Wien - laufend

Projektbeschreibung/Status Quo

In Österreich wird die Gruppe der Diabetikerinnen und Diabetiker derzeit auf rund 515.000 bis 809.000 Personen geschätzt, was ca. 8 bis 9 Prozent der Gesamtbevölkerung entspricht, darunter sind 2 bis 3 Prozent noch nicht Diagnostizierte. 85 bis 95 Prozent der Erkrankten sind vom Typ-2-Diabetes betroffen.

Im Jahr 2013 wurden 103.492 Wienerinnen und Wiener mit Typ-2-Diabetes durch LEICON, ein Controllinginstrument der österreichischen Sozialversicherung, identifiziert.

Das Disease Management Programm (DMP) „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ wendet sich mit seinem systematischen Behandlungsansatz an alle Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 in Österreich sowie an die sie betreuenden Ärztinnen und Ärzte, um eine kontinuierliche und qualitativ hochwertige Versorgung nach dem neuesten Stand der Wissenschaft zu organisieren.

Den Schwerpunkt von „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ bildet die individuelle und umfassende Betreuung der Erkrankten durch speziell geschulte Ärztinnen und Ärzte. Gemeinsam werden unter Berücksichtigung der spezifischen Risikofaktoren und Lebenssituation sinnvolle und erreichbare Therapieziele festgelegt, die bei regelmäßigen Kontrolluntersuchungen geprüft, verändert und aktualisiert werden. Durch eine strukturierte Schulung in Kleingruppen, die für jede Patientin/jeden Patienten im DMP vorgesehen ist, sollen Betroffene in ihrer Selbstverantwortung gestärkt und befähigt werden, um mit der Erkrankung im täglichen Leben besser umgehen zu können.

Die Teilnahme am Programm ist freiwillig und kostenlos und kann jederzeit sowohl vom Betroffenen als auch von der Ärztin/ vom Arzt beendet werden.

Der Gesundheitszustand der teilnehmenden Diabetikerinnen und Diabetiker wird jährlich dokumentiert. Die pseudonymisierten medizinischen Daten stehen für Auswertungen und Evaluierungen des Programms zur Verfügung.

Durch die kontinuierliche und evidenzbasierte Betreuung der Diabetikerinnen und Diabetiker sollen die im Verlauf dieser Erkrankung typischen Folgeschäden und Begleiterkrankungen

vermieden oder zumindest in ihrer Entstehung hinausgezögert werden, um ein längeres Leben bei guter Gesundheit zu ermöglichen.

„Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ wurde bereits zum zweiten Mal von der Medizinischen Universität Graz evaluiert. Im jüngsten Bericht (Juni 2019) wurden erneut die medizinischen und ökonomischen Auswirkungen des DMP untersucht. Der mittels Überlebenszeitanalyse untersuchte primäre medizinische Endpunkt Mortalität ergab nach 8 Jahren Follow-Up eine um mehr als 25 Prozent geringere Sterberate in der DMP-Gruppe (N=7.181) versus der Kontrollgruppe (N=21.543). Bei den diabetesspezifischen Folgeerkrankungen Myokardinfarkt und Insult zeichneten sich für „Therapie Aktiv“-Patientinnen und Patienten ebenfalls signifikante Vorteile ab. Aus Arzt-, Heilmittel-, Transport- und stationären Kosten wurde eine jährliche Gesamtsumme ermittelt, die pro DMP-Patientin/-patient um 1.000 Euro reduziert werden konnte. Der Hauptteil dieses Kosteneffekts ist auf die wegfallenden stationären Kosten zurückzuführen.

Derzeit werden in Wien im Rahmen des Disease Management Programms „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ 20.300 Diabetikerinnen und Diabetiker durch 267 Ärztinnen und Ärzte der Fachrichtungen Allgemeinmedizin und Innere Medizin betreut.

Ziele des Projektes

- Entlastung der Spitalsambulanzen
- Durchführung regelmäßiger Kontrolluntersuchungen in Verbindung mit einer langfristigen, geplanten und vorausschauenden Betreuung
- Vermeidung von unnötigen und belastenden Doppeluntersuchungen
- Vermeidung von Begleiterkrankungen und Folgeschäden wie Herzinfarkte, Schlaganfälle, Erblindungen, Nierenversagen, Nervenschädigungen oder Beinamputationen
- Verbesserung der Lebensqualität
- Steigerung der Lebenserwartung
- Vermeidung von Unter- und Überzuckerungen
- Motivation zur aktiven und eigenverantwortlichen Mitarbeit

Kritische Erfolgsfaktoren

Die Ansprache der Patientinnen bzw. Patienten und Motivation zum Beitritt ist derzeit noch nicht befriedigend, da die Teilnahmerate bei Ärztinnen und Ärzten noch unter den Erwartungen liegt (fehlende Erreichung einer Flächendeckung). Durch den Generationswechsel der nächsten Jahre bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ist jedoch diesbezüglich eine Verbesserung des Angebots durch die betreuenden Ärztinnen und Ärzte zu erwarten.

4.3 Gruppenpraxis Diabeteszentrum (K)

Operatives Ziel

1.1 LE: Bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung

Projektleitung

Dir. Mag. Andreas Obermaier (WGKK)

SR Mag. Richard Gauss (MA24)

Zeitlicher Rahmen

1. Jänner 2020 – 31. Dezember 2020

Projektbeschreibung/Status Quo

In der 23. Sitzung der Landezielsteuerungskommission am 18.03.2019 wurde der Bedarf von 3-5 Diabeteszentren festgestellt und die Umsetzung von Diabeteszentren als Piloten beschlossen. Alle Zentren arbeiten auf Basis eines einheitlichen Konzeptes mit detaillierter Leistungsbeschreibung. Als mögliche Organisationsformen sind sowohl Gruppenpraxen, durch externe Dienstleister betriebene Ambulatorien, eigene Einrichtungen der Sozialversicherungsträger sowie disloziert geführte Ambulanzen einer Krankenanstalt vorstellbar. In der 25. Sitzung der Landeszielsteuerungskommission am 09.10.2019 wurde das erste Diabeteszentrum in Form einer dislozierten Ambulanz des KAV beschlossen. Zur weiteren Umsetzung soll ein Diabeteszentrum als Pilot in Form einer Gruppenpraxis etabliert werden.

Ziele des Projekts

- Entlastung der Spezialambulanzen von fehlallozierten Patientinnen und Patienten
- Etablierung neuartiger Diabeteszentren mit definiertem Versorgungsauftrag als weitgehender Ersatz der derzeitigen Spitalsambulanzen
- Verbesserung der Versorgungsqualität gemäß internationalen Standards
- Optimierung der extramuralen Behandlungsqualität
- Effiziente und effektive Ressourcenallokation – „best point of service“
- Optimierung der diabetestherapeutischen Versorgung, Vermeidung von Unter-, Über- und Fehlversorgung (z.B. Vermeidung nachgelagerter Inanspruchnahme) im intra- und extramuralen Bereich (Arztkonsultationen, stationäre Aufenthalte etc.)
- Etablierung eines kontinuierlichen, abgestimmten und qualitätsgesicherten Versorgungspfades

- Definition der Rollen und Aufgaben der am Prozess beteiligten Gesundheitsdienstleister/innen
- Klärung der Schnitt- und Nahtstellen, Definition von Übergabe- und Zuweisungsprozessen
- Berücksichtigung und expliziter Einsatz nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe
- Schaffung von sektorenübergreifenden Kooperationsstrukturen
- Stärkung der ersten Versorgungsebene durch proaktive Kommunikation und Wissenstransfer
- PatientInnenempowerment
- Langfristig sollen durch das neuartige Angebot Kapazitäten in den Diabetesambulanzen des KAV reduziert werden.

Kritische Erfolgsfaktoren

- Einhaltung des festgelegten Versorgungspfads
- Strukturierte Kooperation aller am Versorgungsprozess beteiligten Professionen
- Zuweisungsverhalten von Primärversorgerinnen und -versorgern
- Verbindliche Umsetzung von Qualitätsmanagementsystemen inkl. eines kontinuierlichen Qualitätsverbesserungsprozesses
- Bereitschaft, Strukturen im intramuralen Sektor zu reduzieren bzw. zu schließen
- Festhalten am eigenen Patientenkollektiv ungeachtet der spezifischen Bedarfslagen
- Etablierung geeigneter Vergütungsmodelle, z.B. "Pay for Performance"-Modelle
- Ausschöpfen der Kostendämpfungspotenziale
- Erweiterung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten und der damit verbundenen intensiveren Beteiligung am Behandlungsprozess

4.4 Konzeption von Leistungspaketen für internistische Gruppenpraxen mit erweitertem Diabetesversorgungsauftrag (K)

Operatives Ziel

7.1.2. Integrierte Versorgungsprogramme für ausgewählte häufige und/ oder chronische Erkrankungen entwickeln, festlegen und umsetzen

Maßnahme 6: Multimodales Schmerzmanagement sektorenübergreifend gegebenenfalls optimieren

Projektmitglieder

WGF / WGKK / KAV

Zeitlicher Rahmen

1. Jänner 2020 – 31. Dezember 2020

Projektbeschreibung/Status Quo

Zur Verbesserung der Diabetesversorgung und Entlastung der Spitalambulanzen wurde bereits ein Bündel an Maßnahmen geschnürt. Dabei sollen Diabeteszentren eine umfassende interdisziplinäre Versorgung von Patientinnen und Patienten auf Versorgungsstufe II bieten.

Große, niedergelassene Ordinationen mit endokrinologischem Schwerpunkt, wären jedoch auch in der Lage kleinere, klar umgrenzte Leistungspakete aus Spitalsambulanzen zu übernehmen.

Dieses Vorhaben ist auf Realisierbarkeit zu überprüfen. Die in Frage kommenden Leistungspakete sind im Zuge der Umsetzungskonzeption zum Diabeteszentrum gesondert darzustellen.

Dies kann nach Evaluierung eine kurzfristig umsetzbare Vor- oder Zwischenstufe zu einem Zentrum darstellen oder eine wertvolle Ergänzung.

Ziele des Projekts

- Definition von Leistungspaketen und Formulieren des Versorgungsauftrags
- Erstellung eines Mengengerüsts
- Kostenabschätzung
- Übernahme von Spezialpatientinnen und -patienten in den extramuralen Bereich
- Definition der Voraussetzungen und Qualifikationen der Ordinationen
- Verbesserung der Versorgungsqualität des einzelnen Patienten
- Reduzierung von Wartezeiten in den Spitalsambulanzen

Kritische Erfolgsfaktoren

- Überhöhtes PatientInnenaufkommen
- Räumliche sowie personelle Kapazitäten sind zu gering
- Akzeptanz seitens der Spitalspatientinnen und -patienten

4.5 PatientInnenpartizipation Diabetesversorgung

Operatives Ziel

1.2. LE: Bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung

Projektleitung

Mag.^a Martina Rossa (WGKK)

Tanja Fruhmann, MA (MA 24)

Selen Kadak-Güngör, MPH (MA 24)

Zeitlicher Rahmen

1. Jänner 2020 – 31. Dezember 2020

Projektbeschreibung/Status Quo

Zur Entlastung der Wiener Diabetesambulanzen wurde ein Konzept für Diabeteszentren in Wien entwickelt, welches ab 2020 mit einem ersten, bereits in Planung befindlichen Diabeteszentrum pilotiert werden soll. Mittelfristig sollen 3 bis 5 weitere Zentren entstehen. Der Zugang zu diesen Zentren erfolgt mittels Überweisung aus dem niedergelassenen Bereich bzw. aus den Diabetesambulanzen der Akutkrankenhäuser. Zur Implementierung dieser Diabeteszentren als neues Versorgungsangebot in Wien, gilt es sowohl die bestehenden Diabetesambulanzen über das neue Angebot zu informieren und sie dazu zu gewinnen, ihre Patientinnen und Patienten an die Diabeteszentren zu überweisen und auch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für die Zusammenarbeit mit dem Diabeteszentrum und die Fallführung zu gewinnen.

Über die Einbeziehung der betroffenen Menschen mit Diabetes in die Versorgungsgestaltung soll nun in diesem Projektvorhaben die Akzeptanz und Annahme des neuen Versorgungsangebots erhöht werden (Standards der Öffentlichkeitsbeteiligung 2009). Der geplante Partizipationsprozess soll auch dazu beitragen, zielgruppenspezifische Informations- und Schulungsangebote zu konzipieren. Diese sollen sowohl die diabetes-spezifische Gesundheitskompetenz der betroffenen Patientinnen und Patienten stärken als auch diese motivieren und befähigen, das Angebot zielgerichteter zu nutzen und sich im Versorgungssystem zurechtzufinden. Allen beteiligten Versorgungsebenen (Primärversorgung, Diabeteszentrum und Diabetesambulanzen, stationäre Versorgung) soll damit auch eine Klärung der jeweiligen Aufgaben und Patientenströme ermöglicht.

Ziele des Projekts

- Einladung und Befähigung von Menschen mit Typ 1 & 2 Diabetes an der Gestaltung des Diabeteszentrums mitzuwirken
- Die Erhebung (iS eines partizipativen Erarbeitens mit Menschen mit Typ 2 Diabetes) von Einflussfaktoren, welche Menschen mit Typ 2 Diabetes motivieren bzw. hindern würden, das Diabeteszentrum aufzusuchen und dessen Leistungen in Anspruch zu nehmen (und in der Folge ein Beitrag zur Entlastung der Diabetesambulanzen ist).
- Definition von notwendigen Leistungen aus Sicht der Patientinnen und Patienten, die das Diabeteszentrum übernehmen soll, um eine optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten auf allen der Versorgungsstufen sicher zu stellen.
- Lernen von partizipativen Methoden, welche sich eignen Versorgungsangebote an den Bedarfen und Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten auszurichten und diese zur Annahme der Angebote zu motivieren. Dies dient als Grundlage zukünftiger partizipativer Prozesse zur Versorgungsplanung in Wien und Österreich. Zudem wird ein Beitrag zur Entwicklung eines öffentlichen Bewusstseins und Kultur, die Patientenzentrierung und Selbstmanagement in den Mittelpunkt der Diabetesversorgung setzt, geleistet.

Kritische Erfolgsfaktoren

- Zugang zu vulnerablen Gruppen und Motivation dieser zur Beteiligung
- Erreichen eines ausreichenden Maßes an Befähigung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zur Teilnahme an Prozess
- Überwinden von Sprachproblemen und Übersetzungs-/Interpretationsfehlern
- Zielgruppenorientierte und abgestimmte Öffentlichkeitsarbeit zur Bewerbung des partizipativen Prozesses und zur Sensibilisierung sowie Bewusstseinsbildung von Berufsgruppen sowie Patientinnen und Patienten, dass Ko-Produktion von Gesundheit die Mitwirkung von Berufsgruppen und Patientinnen und Patienten an der Versorgung erfordert

4.6 Verbesserung der Gesundheitskompetenz bei Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes

Operatives Ziel

- 1.2. LE: Bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung
- 3.10. LE: Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung

Projektmitglieder

Mag.^a Kathleen Löschke-Yaldiz, MBA (Institut für Frauen- und Männergesundheit/ FEM-Süd im Sozialmedizinischen Zentrum Süd - Kaiser-Franz-Josef-Spital)

Jutta Olev (Institut für Frauen- und Männergesundheit/ FEM-Süd im Sozialmedizinischen Zentrum Süd - Kaiser-Franz-Josef-Spital)

Mag.^a Martina Rossa (WGKK)

Tanja Fruhmann, MA (MA 24)

Mag.^a Susanne Guld, MBA (MA 24)

Zeitlicher Rahmen

1. Oktober 2019 – 31. Dezember 2021

Projektbeschreibung/Status Quo

Die Diabetesambulanzen des Wiener Krankenanstaltenverbunds melden eine deutliche Zunahme von Frauen mit Gestationsdiabetes (GDM). Sprachbarrieren und mangelnde Information wirken sich besonders bei sozial benachteiligten Frauen mit Migrationshintergrund negativ auf die Compliance bei der Behandlung des GDM aus. Daher haben diese Frauen nicht nur eine schlechtere Prognose bei der Normalisierung ihrer Blutzuckerwerte durch eine notwendige Ernährungs- und Lebensstilveränderung, sondern auch einen erhöhten und spezialisierten Betreuungsaufwand, wie er im Ambulanzalltag schwer zu gewährleisten ist. Auf der Diabetesambulanz im SMZ Süd – Kaiser-Franz-Josef-Spital (KFJ) haben sich die Zahlen der Frauen mit GDM von 2016 bis 2018 ständig erhöht:

2016: 339 Patientinnen und Patienten

2017: 421 Patientinnen und Patienten

2018: 449 Patientinnen und Patienten

Bei ca. 200 Geburten pro Monat bzw. 2.400 pro Jahr entspricht das einem aktuellen Prozentsatz von 18,7% von Schwangerschaftsdiabetes betroffenen Frauen. Im vorliegenden Projekt wird daher von einer Zielgruppengröße von ca. 450 betroffenen Frauen pro Projektjahr ausgegangen, von

denen ca. die Hälfte (rd. 200 Schwangere) durch die Angebote des Projektes erreicht werden könnte.

Es soll daher ein Pilotprojekt entwickelt und umgesetzt werden, das in enger Abstimmung mit der Diabetesambulanz des Pilotspitals (KFJ) sowohl die Gesundheitskompetenz der Schwangeren erhöht als auch spezifisches Wissen für das Gesundheitspersonal generiert.

Ziele des Projektes

- Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Gesundheitskompetenz von Schwangeren mit Gestationsdiabetes durch Wissensvermittlung und Anregung zu einer Verhaltensänderung
- Pilotierung eines Betreuungsangebotes für Schwangere mit Gestationsdiabetes im KFJ-Spital, mit dem Ziel einer Wien-weiten Ausrollung nach erfolgter Evaluierung
- Entlastung der Diabetesambulanz im KFJ-Spital
- Entwicklung von niederschweligen, mehrsprachigen Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten sowie Schulungsmaterialien für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren
- Definition der Schnittstellen zwischen Diabetesambulanz und spezifischen Betreuungsangeboten
- Transkultureller Kompetenzerwerb hinsichtlich des Managements des GDM der Expertinnen und Experten in der Diabetesambulanz sowie der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung

Kritische Erfolgsfaktoren

- Mangelnde Compliance der schwangeren Frauen
- Bekanntheitsgrad des Angebotes in der Zielgruppe
- Annahme des Angebots durch die Zielgruppe
- Schließung der Schnittstellen
- Messung der Erfolgsfaktoren innerhalb der kurzen Projektlaufzeit eher schwierig

5. SCHWERPUNKT UND FACHVERSORGUNG

5.1 Dermatologiezentren (K)

Operatives Ziel

1.2 LE: Bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung

Projektleitung

Dir. Mag. Andreas Obermaier (WGKK)

SR Mag. Richard Gauss (MA24)

Zeitlicher Rahmen

1. Jänner 2020 – 31. Dezember 2020

Projektbeschreibung/Status Quo

Das Inanspruchnahmeverhalten von Patientinnen und Patienten der dermatologischen Ambulanzen der Wiener Spitäler zeigt, dass diese Kontakte oftmals auch durch den niedergelassenen Bereich erbracht werden können. Durch ein entsprechendes Versorgungsangebot in Form von Gruppenpraxen können diese Ambulanzen entlastet werden und durch die gezielte Behandlung mehr Patientinnen und Patienten in derselben Zeit behandelt werden. Für die Patientinnen und Patienten ergeben sich dabei gleichzeitig geringe Wartezeiten und eine Kontinuität in der Behandlung durch einen gleich bleibenden Ansprechpartner.

Für eine effiziente Umsetzung von Dermatologiezentren in Form von Gruppenpraxen zur Entlastung des Spitalssektors ist eine Kooperation mit Spitälern inkl. Terminzuweisung notwendig. Hierfür ist auch ein Terminbuchungssystem vorgesehen. Die Zentren sollen dazu auch in entsprechender Nähe zu den Spitälern etabliert werden.

Um eine tatsächliche Entlastung im Spitalsbereich zu erwirken sind drei Zentren für Dermatologie vorgesehen. Die Zentren sollen als Gruppenpraxen mit zwei Gesellschafterinnen oder Gesellschaftern ausgestaltet werden. Darüber hinaus ist bei Vorliegen der entsprechenden gesamtvertraglichen Voraussetzung auch die Möglichkeit der Anstellung von Ärztinnen und Ärzten vorzusehen.

Zentren können dabei entweder aus neu zu schaffenden Stellen hervorgehen oder durch die Weiterentwicklung bereits bestehender Versorgungseinrichtungen. Dazu ergeht das sondervertragliche Angebot für dermatologische Zentren auch an bestehende Ordinationen. Bei

Zuschlag einer bestehenden Ordination erfolgt ggf. eine entsprechende Ausschreibung einer neuen Stelle an einem anderen Standort.

Die Zentren unterliegen einer Verpflichtung zu spezifischen Leistungen mit eigenem Leistungsvertrag. Der verpflichtende Versorgungsauftrag soll aus einer Runde an Experten zwischen der Ärztekammer, Stadt Wien und Wiener Gebietskrankenkasse definiert werden.

Insbesondere verpflichten sich die Zentren auch ihre Öffnungszeiten an den operativen Betreiber von 1450 Gesundheitsberatung bekannt zu geben und Patientinnen und Patienten, die von 1450 Gesundheitsberatung an diese verwiesen werden, prioritär zu untersuchen bzw. zu behandeln. Der operative Betreiber von 1450 Gesundheitsberatung stellt dazu eine geeignete Kontaktperson zur Verfügung.

Ziele des Projekts

- Qualitätsgesicherte fachgerechte Versorgung im extramuralen Bereich
- Verbessertes Schnittstellenmanagement zwischen intra- und extramuralen Bereich
- Vernetzung der einzelnen Behandlungsebenen
- Definierte Versorgungsebenen und Zuständigkeiten implementieren: abgestuftes Versorgungsmodell

Kritische Erfolgsfaktoren

- Dimensionierung der Versorgungsstrukturen
- Ausreichend Interessentinnen
- Mangelnde Akzeptanz der Zentren durch Patientinnen und Patienten
- Mangelnde Akzeptanz der Zuweiserinnen und Zuweiser

5.2 Gynäkologischer Ultraschall in frauenheilkundlichen Ordinationen/ Zervixlängenmessung

Operatives Ziel

3.1. LE: Stärkere Ausrichtung des Vertragswesens und der Honorierungssysteme am Versorgungsbedarf bei gleichzeitiger Unterstützung der Zielsetzungen der ZS-G (insbesondere Versorgung am „Best Point of Service“) und der Anforderungen an die Versorgungsformen

Projektmitglieder

SR Mag. Richard Gauss (MA 24)

Dir. Mag. Andreas Obermaier (WGKK)

Zeitlicher Rahmen

1. Juli 2019 – 31. Dezember 2020

Projektbeschreibung/Status Quo

Seitens der Medizinischen Universität Wien und des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien wurde eine Reduktion des Anteils an ambulanten Patientinnen in der frauenheilkundlichen Abteilung mit dem Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung vertraglich vereinbart. Die Universitätsklinik für Frauenheilkunde hat daher veranlasst, Kontrolluntersuchungen für gynäkologische und geburtshilfliche Patientinnen vermehrt in den niedergelassenen Bereich zu verweisen. Eine vergleichbare Vorgehensweise soll auch von den weiteren in KAV-Krankenanstalten bestehenden frauenheilkundlichen Abteilungen erfolgen. Seit 1. Juli 2019 steht der gynäkologische Ultraschall sowohl für kurative als auch für geburtshilfliche Untersuchungen als Kassenleistung im niedergelassenen Bereich zur Verfügung. Für die im Zuge der geplanten Reduktionen von gynäkologischen und geburtshilflichen Patientinnen in den niedergelassenen Bereich verwiesenen Frauen, werden die erforderlichen gynäkologisch-sonographischen Untersuchungen daher in den frauenheilkundlichen Ordinationen durchgeführt. Mit 1. Jänner 2020 liegt die Projektausrichtung auf Kontrolluntersuchungen für geburtshilfliche Patientinnen mit drohender Frühgeburtlichkeit mittels Zervixlängenmessung.

Ziele des Projektes

- Reduktion des Anteils an ambulanten Patientinnen in den frauenheilkundlichen Abteilungen der KAV- Krankenanstalten
- Verbesserung der extramuralen Sachleistungsversorgung

Kritische Erfolgsfaktoren

- Mangelnde Mitwirkung der Ärztinnen/Ärzte und betroffenen Institutionen und daraus resultierende mangelnde Plausibilisierung

5.3 Schilddrüsenversorgung (K)

Operatives Ziel

1.2 LE: Bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung

Projektleitung

Dir. Mag. Andreas Obermaier (WGKK)

SR Mag. Richard Gauss (MA24)

Zeitlicher Rahmen

1. Jänner 2020 – 31. Dezember 2020

Projektbeschreibung/Status Quo

Zur Verringerung von Wartezeiten und zur unterstützenden Leitung der Patientinnen und Patienten soll bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schilddrüsenerkrankungen eine Kooperation zwischen einer dafür geschaffenen niedergelassenen Einrichtung und Spitalsambulanzen eingerichtet werden, welche es ermöglicht die jeweiligen spezialisierten Ressourcen auf ihre Kerngebiete zu fokussieren.

Das extramurale Aufgabengebiet umfasst dabei die thyreologische Grundversorgung (Klinische Untersuchung von Erwachsenen mit Schilddrüsenerkrankungen, Nachkontrollen bei jahrelang zurückliegenden Operationen, Größenverlaufskontrollen bei Schilddrüsen Knoten, Einstellung und Kontrolle bei Patientinnen und Patienten mit Schilddrüsenfunktionsstörung, U-Schall (inklusive farbcodierter Doppler), Zuweisung an intramuralen Bereich bei Auffälligkeiten, Laborbefundung und Interpretation).

Weiter intramural im Spital verbleibt als Aufgabengebiet die komplexe thyreologische Versorgung (rasche Größenzunahme bei Verlaufskontrolle – Verdacht auf malignes Geschehen, Karzinome inklusive allfälliger Nachsorge, Radiojod Therapie (bei stationär = nur AKH und DSP), Feinnadel Biopsie, Szintigraphie)

Insbesondere verpflichten sich die Zentren auch ihre Öffnungszeiten an den operativen Betreiber von 1450 Gesundheitsberatung bekannt zu geben, um Patientinnen und Patienten bei einer Überweisung (keine Selbstkommer) informieren zu können. Der operative Betreiber von 1450 Gesundheitsberatung stellt dazu eine geeignete Kontaktperson zur Verfügung.

Ziele des Projekts

- Qualitätsgesicherte fachgerechte Versorgung von Schilddrüsenpatientinnen und -patienten im extramuralen Bereich
- Verbessertes Schnittstellenmanagement zwischen Intra- und Extramuralen Bereich

- Klar definierte Versorgungsebenen und Zuständigkeiten
- Raschere Abklärung von Schilddrüsenfunktionsstörungen und Kontinuität bei der Langzeitbetreuung chronischer SD-Erkrankungen

Kritische Erfolgsfaktoren

- kein ärztliches Interesse zur Umsetzung
- geringe Auslastung in der Wachstumsphase
- Inanspruchnahme der Struktur additiv zu Spitalsambulanzen

5.4 Wundzentren (K)

Operatives Ziel

1.2. LE: Bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung

Projektleitung

Dir. Mag. Andreas Obermaier (WGKK)

SR Mag. Richard Gauss (MA24)

Zeitlicher Rahmen

1. Jänner 2020 – 31. Dezember 2020

Projektbeschreibung/Status Quo

In verschiedenen europäischen Ländern (z. B. Deutschland, Holland) konnten die Kosten für chronische Wundpatientinnen und -patienten durch Einführung spezialisierter Zentren und definierter Behandlungspfade erheblich gesenkt werden. Chronische Wunden haben wegen der langen Krankheitsdauer und den enormen Behandlungskosten einen hohen gesundheitsökonomischen Stellenwert. Schätzungen zufolge fließen 1 Prozent der Gesundheitsausgaben westlicher Länder in die Versorgung chronischer Wunden. Laut einhelliger Meinung von Expertinnen und Experten sind Patientinnen und Patienten mit chronischen Wunden derzeit in Wien unzureichend versorgt. Trotz dichter Wiener Versorgungslandschaft würden diese Patientinnen und Patienten oftmals die erforderliche Therapie nicht oder erst sehr spät erhalten. Als Ursachen werden mangelnde Kompetenz der Hausärztinnen und Hausärzten aufgrund der sehr komplexen modernen Wundtherapie, unzureichende Ausstattung der Ordinationen, die inadäquate Abgeltung dieser aufwändigen Therapie sowie mangelnde Vernetzung der Behandlungspartnerinnen und -partner genannt. Die Patientinnen und Patienten werden als Folge davon oftmals in den Spitalambulanzen behandelt. Da die Übergänge zwischen den Versorgungsebenen Krankenhaus, niedergelassener Ärzteschaft und mobiler Hauskrankenpflege oftmals unzureichend abgestimmt sind, ist die Kontinuität in der Therapie nicht gewährleistet. Die fehlende Strukturierung führt zur häufigen Neuverordnung von Verbandstoffen und hohen Behandlungskosten.

Spezialisierte Wundordinationen in denen Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegepersonen mit entsprechenden Fachkenntnissen gemeinsam mit anderen medizinischen Fachpersonal diese Patientengruppe umfassend betreuen, sollen eine leitliniengerechte extramurale Versorgung gewährleisten.

Ziele des Projekts

- Qualitätsgesicherte fachgerechte Versorgung chronischer Wundpatientinnen und -patienten im extramuralen Bereich.
- Verbessertes Schnittstellenmanagement intramural/extramural/mobile Pflege, Vernetzung der einzelnen Behandlungsebenen.
- Definierte Versorgungsebenen und Zuständigkeiten implementieren: abgestuftes Versorgungsmodell

Kritische Erfolgsfaktoren

- Dimensionierung der Versorgungsstrukturen
- Fehlende/lückenhafte Daten für eine Kontrollgruppe
- Mangelnde Akzeptanz der Wundzentren durch Patientinnen und Patienten
- Mangelnde Akzeptanz der Zuweiserinnen und Zuweiser

5.5 Zentren für Augenheilkunde (K)

Operatives Ziel

1.2 LE: Bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung

Projektleitung

Dir. Mag. Andreas Obermaier (WGKK)

SR Mag. Richard Gauss (MA24)

Zeitlicher Rahmen

1. Jänner 2020 – 31. Dezember 2020

Projektbeschreibung/Status Quo

Das Inanspruchnahmeverhalten von Patientinnen und Patienten der ophthalmologischen Ambulanzen der Wiener Spitäler zeigt, dass diese Kontakte oftmals auch durch den niedergelassenen Bereich erbracht werden können. Durch ein entsprechendes Versorgungsangebot in Form von Gruppenpraxen können diese Ambulanzen entlastet werden und durch die gezielte Behandlung mehr Patientinnen und Patienten in derselben Zeit behandelt werden. Für die Patientinnen und Patienten ergeben sich dabei gleichzeitig geringe Wartezeiten und eine Kontinuität in der Behandlung durch einen gleich bleibenden Ansprechpartner.

Für eine effiziente Umsetzung von Ophthalmologiezentren in Form von Gruppenpraxen zur Entlastung des Spitalssektors ist eine Kooperation mit Spitälern inkl. Terminzuweisung notwendig. Hierfür ist auch ein Terminbuchungssystem vorgesehen. Die Zentren sollen dazu auch in entsprechender Nähe zu den Spitälern etabliert werden.

Um eine tatsächliche Entlastung im Spitalsbereich zu erwirken sind drei Zentren für Ophthalmologie vorgesehen. Die Zentren sollen als Gruppenpraxen mit zwei Gesellschafterinnen oder Gesellschaftern ausgestaltet werden. Darüber hinaus ist bei Vorliegen der entsprechenden gesamtvertraglichen Voraussetzung auch die Möglichkeit der Anstellung von Ärztinnen und Ärzten vorzusehen.

Zentren können dabei entweder aus neu zu schaffenden Stellen hervorgehen oder durch die Weiterentwicklung bereits bestehender Versorgungseinrichtungen. Dazu ergeht das sondervertragliche Angebot für ophthalmologische Zentren auch an bestehende Ordinationen. Bei Zuschlag einer bestehenden Ordination erfolgt ggf. eine entsprechende Ausschreibung einer neuen Stelle an einem anderen Standort.

Die Zentren unterliegen einer Verpflichtung zu spezifischen Leistungen mit eigenem Leistungsvertrag. Der verpflichtende Versorgungsauftrag soll aus einer Runde an Experten zwischen der Ärztekammer, Stadt Wien und Wiener Gebietskrankenkasse definiert werden.

Insbesondere verpflichten sich die Zentren auch ihre Öffnungszeiten an den operativen Betreiber von 1450 Gesundheitsberatung bekannt zu geben und Patientinnen und Patienten, die von 1450 Gesundheitsberatung an diese verwiesen werden, prioritär zu untersuchen bzw. zu behandeln. Der operative Betreiber von 1450 Gesundheitsberatung stellt dazu eine geeignete Kontaktperson zur Verfügung.

Ziele des Projekts

- Qualitätsgesicherte fachgerechte Versorgung im extramuralen Bereich.
- Verbessertes Schnittstellenmanagement zwischen intra- und extramuralen Bereich
- Vernetzung der einzelnen Behandlungsebenen
- Definierte Versorgungsebenen und Zuständigkeiten implementieren: abgestuftes Versorgungsmodell

Kritische Erfolgsfaktoren

- Dimensionierung der Versorgungsstrukturen
- Ausreichend Interessentinnen
- Mangelnde Akzeptanz der Zentren durch Patientinnen und Patienten
- Mangelnde Akzeptanz der Zuweiserinnen und Zuweiser

6. INTEGRIERTE VERSORGUNG

6.1 Analyse, Aufbereitung und systemübergreifende Abstimmung der Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene, Jugendliche und Kinder

Operatives Ziel

Ziel 1: Verbesserung der integrativen Versorgung durch gemeinsame abgestimmte verbindliche Planung und Umsetzung der folgenden Ziele.

Maßnahme 4: Analyse und Vergleich (Bundesländer) zum aktuellen Stand der Hospiz- und Palliativversorgung.

Projektmitglieder

Mag.^a Doris Stelzhammer (Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen)

Selen Kadak-Güngör, MPH (MA 24)

Zeitlicher Rahmen

1. Juli 2019 – 30. Juni 2021

Projektbeschreibung/Status Quo

Die parlamentarische Enquete-Kommission „Würde am Ende des Lebens (2015)“ thematisierte den Mangel, dass österreichweit die Hospiz- und Palliativversorgung erst zu ca. 50 Prozent gedeckt ist. Die Kommission beschloss daher, die Versorgung auf Basis eines Hospiz- und Palliative-Care-Stufenplans bis 2020 sicherzustellen und für die Umsetzung ein Hospiz- und Palliativforum einzurichten (Enquete-Kommission 2015).

Von den ca. 16.500 Sterbefällen in Wien, versterben fast 60 Prozent in Akutkrankenanstalten, der Bundesdurchschnitt liegt bei ca. 50 Prozent.

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit 2017 (ÖSG) differenziert bei den Versorgungsmodellen zwischen der Grundversorgung und der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung. Gemäß der Broschüre (GÖG, 2014) „Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene“ wird angenommen, dass 10 bis 20 Prozent ein spezialisiertes Versorgungsangebot benötigen.

Zur Abstimmung einer bedarfsgerechten Ausgestaltung im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung bedarf es einer gründlichen Analyse des Ist-Standes. Hierfür muss der gesamte Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung analysiert und mit Daten hinterlegt werden.

Außerdem sollen Schnittstellen definiert und mögliche Substitutionseffekte, also auch die Entlastung des intramuralen Bereichs, aufgezeigt werden. Des Weiteren sind die Datenerhebungen des Dachverbandes Hospiz Österreich zu berücksichtigen und gemeinsam mit dem Fonds Soziales Wien und den Anbieterorganisationen zu plausibilisieren. Diese Ergebnisse sind für weitere Bedarfsplanungen zur Verfügung zu stellen.

Der Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen verfügt aufgrund seines Tätigkeitsbereichs und der Kooperation mit den Anbieterorganisationen bereits jetzt über besondere Expertise im mobilen und stationären Langzeitbereich. Für die Durchführung des Projekts ist im Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen eine Programmkoordination im Ausmaß von 15 Wochenstunden einzurichten. Darüber hinaus verfügt der Dachverband über genügend Ressourcen, mindestens zwei Abstimmungsveranstaltungen durchzuführen.

Ziele des Projektes

- Schaffung einer Grundlage für eine bedarfsgerechte Hospiz- und Palliativversorgung unter Berücksichtigung der Entlastung des intramuralen Bereichs
- Abstimmungen zwischen Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen und Dachverband Hospiz Österreich
- Abstimmung und Vernetzung zwischen den Stakeholdern
- Sektorenübergreifende Abstimmungen

Kritische Erfolgsfaktoren

- Keine ausreichende Abstimmung und Vernetzung

6.2 GeKo-Qualifiziert – Begleitung und Weiterentwicklung von Kommunikations- und Fortbildungsmaßnahmen in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen

Operatives Ziel

1. LE: Verbesserung der integrativen Versorgung durch gemeinsame abgestimmte verbindliche Planung und Umsetzung

Projektmitglieder

Sophie Komenda, MSc (Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen)

Anton Schmalhofer (Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen)

Zeitlicher Rahmen

1. September 2015 – 31. Dezember 2020

Projektbeschreibung/Status Quo

Der Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen arbeitet im Auftrag der Wiener Landeszielsteuerungskommission an Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderung.

Maßnahme „Qualifizierungsmodule für Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung und Betreuung von Menschen mit intellektueller und Mehrfachbehinderung“

Recherchen zeigen, dass wenige bis gar keine Lehrinhalte in österreichischen Ausbildungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheits- und Sozialbereich in Bezug auf die Versorgung von Menschen mit Behinderung existieren. Fehlendes Wissen und fehlende Erfahrung können zu Verunsicherung und in weiterer Folge zu Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen führen.

Auf Grundlage dieser Ergebnisse wurden im Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen bestehende internationale Unterlagen (Curricula, Lehrpläne, Kompetenzprofile etc.) gesammelt, zusammengefasst und daraus Qualifizierungserfordernisse für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheits- und Sozialbereich zur Erweiterung von Kompetenzen im Umgang mit Menschen mit Behinderung abgeleitet. Diese Zusammenschau wurde mit Aussagen von Leifaden-gestützten Befragungen von Expertinnen und Experten (mit ca. 60 Personen aus unterschiedlichen Bereichen wie Medizin, Pflege, Therapie, Sozialarbeit, Betreuung sowie Betroffenen und Angehörigen) abgeglichen, ergänzt und in einem Dokument schriftlich in modularer Form aufbereitet. Das fertige Dokument mit dem Namen „Qualifizierungsmodule für Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung und Betreuung von Menschen mit intellektueller und

Mehrfachbehinderung“ umfasst sechs Module (Theorie und Praxis) mit wichtigen Fortbildungsinhalten für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheits- und Sozialbereich (Medizinerinnen/Mediziner, Pflegepersonen, Therapeutinnen/Therapeuten, Betreuerinnen/Betreuer...).

Modulüberblick

Modul 1: Der Personenkreis von Menschen mit intellektueller und Mehrfachbehinderung (z.B. Definition von intellektueller Behinderung, Epidemiologie, Ursachen, ausgewählte Syndrome...)

Modul 2: Intellektuelle und Mehrfachbehinderung mit Blick auf die Lebensspanne (z.B. Kindergarten und Schule, Wohnen, Arbeit, Freizeit, Übergänge, Migration und Geschlecht...)

Modul 3: Spezifika in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit intellektueller und Mehrfachbehinderung (z.B. strukturelle, kommunikative, soziale, ethische und rechtliche Aspekte...)

Modul 4: Kooperation und Koordination (z.B. Wissen über verschiedene Berufsgruppen und bestehende Angebote, Supervision...)

Modul 5: Medizinisches Wissen (z.B. Ätiologie, Diagnostik, Prävention, Behandlung, häufige Erkrankungen, inter- und multidisziplinäre Herausforderungen wie Schmerzen, Verhaltensauffälligkeiten...)

Praxisteil (40 Einheiten in zwei verschiedenen Einrichtungen des Gesundheits- bzw. Sozialbereichs)

Die Anbindung erfolgt derzeit über das Aus- und Weiterbildungszentrum (AWZ) Wien des FSW, wo die Module als zusammengehörige Einzelseminare belegbar sind. Die Anrechnung als offizielle Fortbildung ist für Psychologinnen und Psychologen bereits möglich und für andere Berufsgruppen in Planung. Die Weiterentwicklung des didaktischen Konzepts in Richtung E-Learning ist gemeinsam mit anderen Fortbildungsanbietern angedacht.

Maßnahme „GeKo-Wien“

Die Abkürzung „GeKo“ steht für Gesundheit und Kommunikation. Die GeKo-Wien-Mappe und der GeKo-Wien-Pass sind Hilfsmittel, in denen strukturiert und prägnant Informationen zur Person, zu ihren Kompetenzen, Bedürfnissen, Verhaltensweisen, zu ihrer Kommunikation und wichtige medizinische Daten eingetragen werden können. Dadurch kann sich das Fachpersonal im Gesundheitsbereich schnell und leicht einen Überblick über die Person verschaffen und entsprechend handeln. Erste Erfahrungen mit dem GeKo wurden bereits gemacht. Die Rückmeldungen sowie die Ergebnisse der Projektevaluierung bekräftigen den Nutzen und die Wichtigkeit der Unterlagen. Aktuell wurden bereits 1.647 GeKo-Mappen und 1.971 GeKo-Pässe über den Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen, die Mehrfachbehindertenambulanz im KH der Barmherzigen Brüder Wien und weitere ausgewählte Einrichtungen verteilt. Für weitere Infos siehe: www.geko.wien

Neben der Wien-weiten Ausrollung und Implementierung beider Maßnahmen werden auch Bestrebungen für eine österreichweite Umsetzung angestellt. Durch die Verbreitung und Nutzung der erarbeiteten Unterlagen kann zukünftig die Qualität der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung von Menschen mit Behinderung gesteigert, die Sicherheit der

Patientinnen und Patienten erhöht und ein Beitrag zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (insbes. Artikel 25) geleistet werden.

Maßnahme *Unterstützte Kommunikation (UK)* in der Gesundheitsversorgung

Nach einer internationalen Recherche über bereits bestehende Kommunikations-Tools für Menschen mit Behinderungen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitsbereich wurde eine Umfrage unter Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verschiedener Gesundheitsberufe sowie unter Menschen mit Lernschwierigkeiten durchgeführt. Ziel der Umfrage war es den aktuellen Wissens- und Implementierungsstand zu und von UK in Gesundheitseinrichtungen zu erfragen. Erwartete Vorteile und Schwierigkeiten einer Implementierung wurden außerdem erfragt. Darauf basierend werden gemeinsam mit Expertinnen und Experten sowie Betroffenen geeignete Instrumente für den Gesundheitsbereich entwickelt (mit Blick auf analoge und technische Lösungen). In weiterer Folge werden Materialien zur unterstützten Kommunikation in der Praxis erprobt und Rückmeldungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Betroffenen eingeholt.

Ziele des Projektes

- Aufbau und Implementierung eines standardisierten Wissensmanagements in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen
- Aufbau einer Dokumentations- und Kommunikationsstruktur sowie Ausrollung, Evaluierung und Weiterentwicklung
- Sammlung und Aufbereitung von Qualifizierungsinhalten für Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten und Pflegekräfte im sozialen sowie fachlichen Umgang mit Menschen mit Behinderungen
- Anbindung der erarbeiteten Fortbildungsinhalte an geeigneten Stellen
- Weiterentwicklung der Schulungsangebote (didaktische Überlegungen etc.)
- Entwicklung und Erprobung von Instrumenten für die unterstützte Kommunikation im Gesundheitsbereich
- Internationale und nationale Vernetzung/Kooperationen

Kritische Erfolgsfaktoren

- Akzeptanz seitens der Anwenderinnen und Anwender
- Kontinuität im Gebrauch der erarbeiteten Unterlagen
- Interesse der Fortbildungsstellen
- Engagement und Lobbyarbeit der bereits jetzt zuständigen Einrichtungen

6.3 Mehrfachbehinderten-Ambulanz im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien

Operatives Ziel

1. LE: Verbesserung der integrativen Versorgung durch gemeinsame abgestimmte verbindliche Planung und Umsetzung

Projektmitglieder

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Sabine Amon (Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien)

OA Dr. Othmar Freudenthaler (Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien)

Zeitlicher Rahmen

1. Jänner 2015 – 30. Juni 2020

Projektbeschreibung/Status Quo

Die Ambulanz für mehrfach- und schwerbehinderte Patientinnen und Patienten wurde 2011 im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien gegründet. Es handelt sich um eine sogenannte Terminambulanz mit einer Ambulanztätigkeit am Mittwoch ab 13 Uhr. In der Ambulanz arbeitet ein Internist gemeinsam mit Pflegepersonen und einer Psychologin. Weitere Medizinerinnen und Mediziner stehen für Vertretungsdienste zur Verfügung. Außerhalb der Ambulanzzeit können sich Patientinnen und Patienten in Notfällen an die Allgemeine Ambulanz wenden.

Der große Vorteil für die Patientinnen und Patienten liegt darin, dass die Mehrfachbehindertenambulanz an den laufenden Krankenhausbetrieb angegliedert ist, wodurch eine fächerübergreifende, interdisziplinäre und interprofessionelle Behandlung möglich ist. Für die Versorgung der Patientinnen und Patienten steht Fachpersonal aus neun verschiedenen medizinischen Disziplinen zur Verfügung, darunter die Abteilung für Radiologie und Nuklearmedizin mit einer entsprechenden medizin-technischen Ausstattung für verschiedene bildgebende Verfahren. Weiters steht ein hauseigenes Labor zur Verfügung. Sollte eine stationäre Aufnahme der Patientinnen und Patienten notwendig sein, so kann bei Bedarf in den meisten Fällen ein Familienangehöriger oder eine Betreuungsperson mit aufgenommen werden.

Die Mehrfachbehindertenambulanz bemüht sich um eine regelmäßige Abstimmung mit den behandelnden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und arbeitet eng mit den Behinderteneinrichtungen und dem Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen zusammen. Zuletzt wurde gemeinsam mit dem Dachverband an den GeKo-Wien-Mappen und -Pässen gearbeitet. In diesen Unterlagen können u.a. medizinische Informationen gesammelt werden und mittels dieser soll das Personal im Gesundheitsbereich wichtige Informationen für eine gute Gesundheitsversorgung intellektueller und mehrfachbehinderter Menschen erhalten.

Leistungsspektrum

In der Mehrfachbehindertenambulanz werden vor allem jene Leistungen angeboten, welche bei diesen Patientinnen und Patienten häufig besser im ambulanten Bereich abgedeckt werden können.

- Statusuntersuchung/ Individuelle Fallanalyse
- Betreuung bei akuten Erkrankungen
- Blutabnahme, Harn- und Stuhlproben
- Blutdruck messen
- EKG, Herz-/Lungen-Kontrolle
- Betreuung chronisch Kranker
- Therapeutische Maßnahmen
- Präoperative Befunderhebung
- Aufklärung über geplante Untersuchungen und/oder Operationen
- Befundbesprechung
- Ausführliches Entlassungsgespräch nach einem stationären Aufenthalt

Die Untersuchungen und Behandlungen werden dabei zum Teil in Sedierung oder Sedoanalgesie durchgeführt. Für diese speziellen Untersuchungen wird ein eigenes Zimmer auf einer unserer Stationen zur Verfügung gestellt.

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten der Mehrfachbehinderten-Ambulanz konnte in den letzten Jahren gesteigert werden. Im Jahr 2017 waren es 496 Patientinnen und Patienten, im Jahr 2018 565 Patientinnen und Patienten. Im Jahr 2019 wurden bis August bereits 308 Patientinnen bzw. Patienten ambulant versorgt.

Ziele des Projektes

- Versorgung beeinträchtigter Menschen gemäß den Inhalten der UN-Konvention und dem Bedarf entsprechende patientengerechte Behandlung
- Strukturen und Prozesse für Patientinnen und Patienten mit Mehrfachbehinderungen anbieten
- Sammlung und Weitergabe von Erfahrungen im medizinisch-therapeutischen Bereich, Handlungsempfehlungen für weitere Maßnahmen
- Optimierung des Behandlungspfades für diese Zielgruppe
- Entwicklung eines Leitfadens für eine optimale Vorbereitung auf einen Ambulanz-Besuch sowie auf einen stationären Aufenthalt einer schwerstbehinderten Person für Angehörige sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Betreuungseinrichtungen.
- Zielgerichtete Zuweisungen in die Spezialambulanz ermöglichen einen schnellen, effizienten diagnostischen und therapeutischen Prozess
- Anwendung der Erfahrungen in ähnlichen Bereichen, z.B. Gehörlosen-Ambulanz, Akutgeriatrie

- Mithilfe am Aufbau eines Wissensmanagements in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen und an der Entwicklung von Dokumentationsstandards

Kritische Erfolgsfaktoren

- Personalsicherstellung
- Interesse von Ärztinnen und Ärzten mit Know-how und Fachwissen
- Kooperation mit niedergelassenem Bereich

6.4 Mehrfachbehinderten-Ambulanz im Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel

Operatives Ziel

1. LE: Verbesserung der integrativen Versorgung durch gemeinsame abgestimmte verbindliche Planung und Umsetzung

Projektleitung

Dr.ⁱⁿ Katharina Reich (Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel)

Zeitlicher Rahmen

2018 – 2020

Projektbeschreibung/Status Quo

Im Rahmen der Gesundheitsreform „Zielsteuerung-Gesundheit“ wurde vereinbart, die medizinische Versorgung für Menschen mit Behinderung zu stärken und auszubauen. Da mit Juni 2018 die Station für Behinderten-Psychiatrie ins Krankenhaus Hietzing verlagert wurde, soll auch dort somatische Expertise für diese Zielgruppe aufgebaut werden. Dazu soll im Krankenhaus Hietzing eine Mehrfachbehinderten-Ambulanz etabliert werden.

Sie wird als primäre Anlaufstation (Single Point of Contact) für Menschen mit Mehrfachbehinderungen angelegt, welche medizinische Angebote benötigen, die entweder nur im stationären Bereich verfügbar sind oder aber im niedergelassenen Bereich nicht in der erforderlichen Struktur- und/oder Behandlungsqualität erbracht werden können.

Diese Ambulanz soll im Rahmen des Projektes unabhängig von der psychiatrischen Versorgung im Krankenhaus Hietzing angeboten werden und organisatorisch der Ärztlichen Direktion unterstellt werden, wobei die räumliche Nähe zur Psychiatrie und deren Strukturen klare Vorteile mit sich bringt.

Ziele des Projektes

- Etablierung einer Terminambulanz für Menschen mit Mehrfachbehinderung
- Patientinnen und Patienten sollen möglichst wenig transferiert werden
- Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Einsatz von GeKo-Pass und -Mappe
- Einführung einer entsprechenden Dokumentation von Patientinnen und Patienten mit Leistungscodierung und Erfassung von festgelegten Indikatoren
- Kooperation mit niedergelassenem Bereich

Kritische Erfolgsfaktoren

- Fehlende Unterstützung und mangelhaftes Engagement der relevanten Stakeholder sowie des betroffenen Personals
- Personalsicherstellung
- Fehlende Akzeptanz auf Seiten der Patientinnen und Patienten, Angehörigen sowie Betreuungspersonen
- Zu große Nachfrage der Ambulanz und damit strukturelle Überlastung

6.5 „Integrierte Versorgung Demenz“ – Pilotprojekt in Wien

Operatives Ziel

1.3 LE: Verbesserung der integrativen Versorgung durch gemeinsame abgestimmte verbindliche Planung und Umsetzung

Projektmitglieder

Mag. Stefan Strotzka (PSD)

Mag.^a Martina Rossa (WGKK)

Dr.ⁱⁿ Susanne Herbek (FSW)

Zeitlicher Rahmen

1. April 2016 – 31. Dezember 2021

Projektbeschreibung/Status Quo

Durch den demografischen Wandel ist mit einer Zunahme älterer bis hochaltriger Personen und aus dieser Konstellation heraus mit einem Zuwachs demenzieller Erkrankungen zu rechnen. Der Krankheitsverlauf ist progressiv und durchläuft mehrere Stadien, auch durch Multimorbidität bedingt, bis hin zum Tod. Mit fortschreitender Erkrankung prägen sich die körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen immer stärker aus.

Da es bislang keine für Österreich geltende Erhebung zur Prävalenz demenziell bedingter Erkrankungen gibt, kann die Zahl nur geschätzt werden, welche sich auf 1,15 bis 1,27 Pro-zent beläuft, dies entspricht ca. 138.000 an Demenz Erkrankten österreichweit, davon zwischen 23.000 und 27.000 in Wien.

Rund 75 bis 80 % der Erkrankten werden zu Hause von Angehörigen versorgt und gepflegt. Die Demenz stellt für die Betroffenen selbst, aber auch für das Umfeld eine besondere Herausforderung dar.

Das Pilotprojekt „Integrierte Versorgung Demenz in Wien“ ist im April 2016 plangemäß gestartet und wird durch den Psychosozialen Dienst Wien (PSD) in Beteiligung mit dem Fonds Soziales Wien (FSW) und der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) umgesetzt.

Das Pilotprojekt bietet eine verbesserte Form der bisherigen Versorgung für Patientinnen und Patienten mit folgenden Maßnahmen:

- Diagnostik im Gerontopsychiatrischen Zentrum (GPZ), in enger Kooperation mit der Sozialversicherung (MRT-Bildgebung, Labor, Duplex, EKG) für eine frühzeitige und zielgerichtete Diagnostik und Behandlung
- Schulung für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zur Erhöhung der einschlägigen Kompetenz von Personen, die an Demenz Erkrankte behandeln und betreuen, wie zum Beispiel Pflegepersonen, Heimhilfen sowie Medizinerinnen und Mediziner

- Vernetzung sozialer und medizinischer Angebote sowie pflegerischer Betreuung, um an Demenz erkrankten Menschen (und deren Angehörigen) eine integrierte Versorgung zu bieten

Status Quo

Insgesamt befinden sich 1.195 Patientinnen und Patienten (Stand 2019) im Rahmen des Projektes im GPZ in Behandlung. Die Kooperation mit der WGKK bei MRT-Bildgebung, Labor, Duplex und EKG für eine frühzeitige und zielgerichtete Diagnostik funktioniert sehr gut.

Von April 2016 bis Ende Dezember 2018 wurden 19 ganztägige Schulungen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Aus- und Weiterbildungszentrum (AWZ) Wien des FSW durchgeführt, an denen 256 Personen teilgenommen haben. Daneben wurden Fortbildungen für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Turnusärztinnen und Turnusärzte, KPJ-Studentinnen und Studenten, Pflege- und Verwaltungspersonal sowie Ärztinnen und Ärzte in den verschiedensten medizinischen Einrichtungen angeboten. Weiters fand im Mai 2019 durch die Sozialarbeiterin des GPZ eine ganztägige Demenzschulung für 14 Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter des FSW statt. Bis Ende 2021 sind weitere 27 ganztägige Schulungen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im AWZ geplant. Für diese Schulungen stellt der PSD die Unterlagen und Vortragende.

Die Projektevaluierung erfolgt in zwei Phasen. In der 1. Projektphase wurde die Erreichung der Projektziele vor allem durch qualitative Methoden bewertet. Dabei wurden Interviews mit Angehörigen und Nahtstellenpartnern, eine Fokusgruppe mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des GPZ, ein Interview mit dem ärztlichen Leiter des PSD sowie eine qualitative Analyse von Feedbackbögen der Schulungsteilnehmenden durchgeführt.

Die Ergebnisse der qualitativen Interviews mit pflegenden Angehörigen geben überzeugende Hinweise auf erzielte Entlastungseffekte durch das Projekt. Unterschiedliche Dimensionen konnten identifiziert werden, wie z. B. das Gefühl, dass die demenzkranke Person professionell und gut betreut wird oder dass mit den Angehörigen selbst ein Gespräch geführt wurde, das Entlastung bringt. Die Entlastung erhöht sich, wenn es zur Inanspruchnahme von Angeboten kommt, die ein nachhaltiges Entlastungspotenzial aufweisen, wie z. B. der Besuch eines Tageszentrums oder mobile Pflege.

Positiv hervorgehoben wird der multiprofessionelle Ansatz in der Diagnostik; der systemische Behandlungsansatz, die Haltung des Teams gegenüber den Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen, der niederschwellige Zugang (Telefonberatung) und als besonderes Qualitätsmerkmal die Möglichkeit von Hausbesuchen. Außerdem konnten funktionierende Kooperationsbeziehungen für Diagnostik mit den Einrichtungen der WGKK aufgebaut werden.

Die Evaluierung der 2. Projektphase soll mit den Daten seit Projektbeginn bis einschließlich des Jahres 2019 erfolgen und eine quantitative Bewertung des Projektes mittels Kontrollgruppenvergleiches ermöglichen.

Ziele des Projektes

- Bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen in Wien
- Möglichst langer Verbleib in gewohnter Umgebung
- Erhalt von Lebensqualität bei an Demenz erkrankten Menschen und ihren Angehörigen sowie die Verzögerung der Erkrankung bei Betroffenen

- Nahtstellenmanagement zum Sozial- und Gesundheitssystem durch intensive Vernetzung sozialer und medizinischer Angebote
- Einheitliche medizinische Leitlinie für eine evidenzbasierte medizinische Versorgung und einheitliche Standards für das Vorgehen bei Diagnostik und Behandlung¹
- Entwicklung einer flächendeckenden Struktur für die integrierte Versorgung von an Demenz Erkrankten, damit ein mögliches Roll out nach dem Jahr 2021 umgesetzt werden kann

Subziele

- Frühzeitige und zielgerichtete Diagnostik und Behandlung
- Erhöhung der einschlägigen Kompetenz von Pflegepersonen sowie Medizinerinnen und Medizinern
- Integrierte Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen

Kritische Erfolgsfaktoren

- Fachärztliche Ressourcen (hohe Nachfrage seitens der Patientinnen und Patienten)
- Standardisierung der Dokumentation kann (vorübergehend) zu Mehraufwand führen
- Kooperation der Gesundheitsdiensteanbieter (Ärztinnen/Ärzte, Pflege, mobile Dienste)
- Steigerung der nicht leitlinienkonformen Diagnoseleistungen
- Akzeptanz des Angebots seitens der Patientinnen und Patienten sowie der Angehörigen

¹ Siehe medizinische Leitlinie, die im Rahmen des Konzeptes von der Medizinischen Universität entwickelt wurde

<http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.566534&action=b&cacheability=PAGE&version=1391184725>

6.6 Optimierung der Schmerzversorgung (K)

Operatives Ziel

7.1.2. Integrierte Versorgungsprogramme für ausgewählte häufige und/ oder chronische Erkrankungen entwickeln, festlegen und umsetzen.

6.2.1. Bestehende ambulante Strukturen bedarfsorientiert anpassen und in neue bzw. strukturell und organisatorisch angepasste Angebote an multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsformen im ambulanten Bereich partiell überführen.

Projektmitglieder

Dr.ⁱⁿ Birgit Kraft (WGKK)

Mag.^a Susanne Guld, MBA (MA 24)

Selen Kadak-Güngör, MPH (MA 24)

PVA

Zeitlicher Rahmen

2015 – 2019 Konzeptionsphase

ab 2020 Umsetzungsphase

Projektbeschreibung/Status Quo

In der Sitzung der Landeszielsteuerungskommission vom 23. Juni 2015 wurde ein Projekt zur Einrichtung einer multidisziplinären Versorgungsstruktur beschlossen, in der die Patientinnen und Patienten mit chronischen Rückenschmerzen zeitnah eine koordinierte und evidenzbasierte Therapie erhalten sollen.

Als Grundlage für dieses neue Angebot wurde eine Ist-Analyse der Versorgungssituation erstellt. Sie hat gezeigt, dass in Wien rund 50.000 Personen von chronischem Schmerz betroffen sind, davon leiden rund 10.000 an chronischem Rückenschmerz. Diese Gruppen sind vermehrt von Erwerbslosigkeit betroffen und nehmen auch deutlich mehr Leistungen aus dem Gesundheits- und Pensionssystem in Anspruch. Durch das multimodale Schmerzzentrum mit Schwerpunkt auf Rückenschmerzen sollen die Patientinnen und Patienten qualitätsgesichert diagnostiziert und behandelt sowie in weiterer Folge wieder dem Erwerbsprozess zugeführt und die Pflegebedürftigkeit damit vermindert werden.

Im Rahmen dieses Projekts konnte 2017 die Pensionsversicherungsanstalt (PVA) als weiterer Projektpartner gewonnen werden und in weiterer Folge wurden detaillierte Leistungsprofile eines multimodalen Schmerzzentrums und ein gemeinsames medizinisches Konzept erstellt.

Nach einem multiprofessionellen Assessment werden die Patientinnen und Patienten, in enger Abstimmung mit der Primärversorgung, nach qualitätsgesicherten international anerkannten Konzepten multimodaler Schmerztherapie betreut. Die Multimodale ambulante Therapie definiert

sich als umfassendes Behandlungskonzept auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells der Schmerzerkrankung und der zeitlich und inhaltlich eng abgestimmten Einbindung verschiedener medizinischer Disziplinen und Berufsgruppen.

Die Hauptzielgruppe besteht aus Personen im erwerbsfähigen Alter mit chronischen Rückenschmerzen, aber es sind auch bedarfsgerechte Angebote für spezifische Zielgruppen wie Menschen mit Migrationshintergrund oder Seniorinnen und Senioren vorgesehen. Dabei werden sowohl Gruppentherapien als auch individuelle Therapiekonzepte angeboten sowie Sozialberatung und Schulungen.

Ziele des Projektes

- Optimierung der schmerztherapeutischen Versorgung, Vermeidung von Unter-, Über- und Fehlversorgung (z.B. Vermeidung von nachgelagerter Inanspruchnahme) im intra- und extramuralen Bereich (Konsultationen der Ärztinnen und Ärzte, Medikamente, stationäre Aufenthalte etc.)
- Effiziente und effektive Ressourcenallokation – „Best Point of Service“
- Schaffung von sektorenübergreifenden Kooperationsstrukturen
- Schnelle und richtige Diagnose und Behandlung
- Eindämmung von Schmerzchronifizierung und den damit verbundenen psychosozialen Folgen wie Arbeitsunfähigkeit, Frühpensionierung, Pflegebedürftigkeit etc. (Verhinderung von chronischen Schmerzkarrieren)
- Empowerment durch Schmerzmanagement
- Verbesserung der Lebensqualität
- Hebung der extramuralen Behandlungsqualität

Kritische Erfolgsfaktoren

- Vernetzung/ Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Kooperationspartnerinnen und -partnern
- Ausschöpfen der Kostendämpfungspotenziale

6.7 Optimierung der Schmerzversorgung mit Schwerpunkt Rückenschmerzen (Gruppenpraxis) (K)

Operatives Ziel

7.1.2. Integrierte Versorgungsprogramme für ausgewählte häufige und/ oder chronische Erkrankungen entwickeln, festlegen und umsetzen

Maßnahme 6: Multimodales Schmerzmanagement sektorenübergreifend gegebenenfalls optimieren

Projektleitung

Dir. Mag. Andreas Obermaier (WGKK)

SR Mag. Richard Gauss (MA24)

Zeitlicher Rahmen

1. Jänner 2020 – 31. Dezember 2020

Projektbeschreibung/Status Quo

Es leiden in Österreich 1.700.000 Personen an chronischen Schmerzen, davon leben ca. 360.000 in Wien. Die am häufigsten gestellten Schmerzdiagnosen nach ICD-10 umfassen zu 30 % chronische Rückenschmerzen, entsprechend einer Anzahl von etwa 108.000 Personen in Wien. Die Lebenszeitprävalenz von Rückenschmerzen beträgt 65-80 Prozent mit der höchsten Inzidenz in der 4. Lebensdekade, wovon ca. 10 Prozent einen chronischen Verlauf nehmen. Sie werden in spezifische und unspezifische Rückenschmerzen unterteilt, wobei letztere Diagnose mit einem Anteil von 85 Prozent der Patientinnen und Patienten am häufigsten vorliegt. Bei unspezifischen Rückenschmerzen kann zumeist durch klinische Diagnostik (Bildgebung, Untersuchung) keine eindeutige organische Schmerzursache gefunden werden.

Rückenschmerzen sind einer der häufigsten Gründe für Arztkonsultationen, Krankenstände und Frühpensionierungen. Durch Rückenschmerzen entstehen hohe direkte und indirekte Kosten für das Gesundheits- und Sozialsystem. Bis zu 2 Prozent des BIP werden für Erkrankungen des Muskuloskelettsystems und des Bindegewebes aufgewendet. Dabei entfallen 80 Prozent der Kosten auf die ICD-10 Diagnosen M40-M54 (Rückenschmerzen). Die direkten Kosten von rund 2 Mrd. Euro jährlich werden vorwiegend durch Medikamente, Arztkonsultationen, Krankenhausaufenthalte, Operationen, Rehabilitationen etc. verursacht.

Zusätzlich entstehen indirekte Kosten durch verlorene Erwerbstätigkeitsjahre, Arbeitsunfähigkeit und Produktionsausfälle: 2/3 der Kosten, sowie 10 Prozent aller krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeitszeiten werden durch chronische Rückenschmerzen verursacht.

Um diesen Problemen gerecht zu werden, bedarf es neuer Strategien zur Verbesserung und Optimierung der Schmerzversorgung. Ein Schritt zur Verbesserung ist die Einrichtung eines

interdisziplinären Schmerzzentrums in Form einer polycoloren Gruppepraxis mit dem Schwerpunkt „Rückenschmerz“, das sich an seit Jahren bestehenden erfolgreichen Einrichtungen im Ausland (z. B. 37 derartige Schmerzzentren in Deutschland) orientiert.

Ziele des Projekts

- Optimierung der schmerztherapeutischen Versorgung, Vermeidung von Unter-, Über- und Fehlversorgung (z.B. Vermeidung von nachgelagerter Inanspruchnahme) im intra- und extramuralen Bereich (Arztkonsultationen, Medikamente, stationäre Aufenthalte etc.)
- Effiziente und effektive Ressourcenallokation – „best point of service“
- Schaffung von sektorenübergreifenden Kooperationsstrukturen
- Schnelle und richtige Diagnose und Behandlung
- Eindämmung von Schmerzchronifizierung und den damit verbundenen psychosozialen Folgen wie Arbeitsunfähigkeit, Frühpensionierung, Pflegbedürftigkeit etc. (Verhinderung von chronischen Schmerzkarrieren)
- Empowerment durch Schmerzmanagement
- Verbesserung der Lebensqualität
- Hebung der extramuralen Behandlungsqualität

Kritische Erfolgsfaktoren

- Vernetzung/Zusammenarbeit mit anderen niedergelassenen Ärztinnen/ Ärzten und anderen Kooperationspartnerinnen und -partnern
- Ausschöpfen der Kostendämpfungspotenziale
- Physiotherapie-Angebote

7. SPITALSENTLASTUNG UND SYSTEMSCHNITTSTELLEN

7.1 *Entwicklung von Erstversorgungsambulanzen (EVA) an Wiener Fondskrankenanstalten (K)*

Operatives Ziel

1.2. LE: Bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung

Projektmitglieder

Dr. Michael Binder (KAV-GD)

Dipl.-Ing. Herwig Wetzlinger (AKH)

Zeitlicher Rahmen

1. Juni 2019 – 31. Mai 2020

Projektbeschreibung/Status Quo

Derzeit finden in den Wiener Fondskrankenanstalten mehr als 4,5 Mio. ambulante Kontakte statt. Das sind rd. 17 Prozent aller ambulanten Kontakte in Wien, intra- und extramural. Dabei finden rd. 260.000 Kontakte in den Notfallambulanzen statt, der Rest in den Fachambulanzen. Beide Anlaufstellen werden zum großen Teil ungesteuert, ohne vorhergehende Zuweisung bzw. Abklärung in der Primärversorgungsebene aufgesucht.

Am AKH wurde durch die AMA-Struktur eine Entlastungs- und primäre Erstversorgungsebene eingezogen, die von der Notfallambulanz und den an der Notfallambulanz konsiliarisch zugezogenen Fachärztinnen und Fachärzten als große Unterstützung wahrgenommen wird. In der AMA-Struktur können niedrig priorisierte Akutfälle rasch und unkompliziert durch Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner erstversorgt werden. Ausgehend von diesem Modell der Akutversorgung sollen nun für das AKH und andere Fondskrankenanstalten, beginnend mit dem KAV, Erstversorgungambulanzen (EVA) mit folgendem Aufgabenprofil entwickelt werden:

- Akut- bzw. Erstversorgung durch Ärztinnen und Ärzte (vorwiegend Allgemeinmedizin) und Pflege
- Leitfunktion als additives Service zu den für die Folgebehandlung angemessenen extra- und intramuralen Strukturen
- Brückenfunktion zum niedergelassenen Bereich zur Stärkung der wohnortnahen Versorgung

Projektbeschreibung:

1. Leistungsprofil

Zur Definition des Leistungsprofils soll mit jedem Haus, basierend auf den Frequenzanalysen von Erstversorgungs- und Fachambulanzen ein detailliertes Aufgabenportfolio erarbeitet werden. Wichtig ist dabei die Darstellung der internen Prozesse und Patientinnen- bzw. Patientenströme nach Uhrzeit und – soweit möglich – Leistungsart gemäß dem Katalog ambulanter Leistungen (KAL).

2. Räumliche Umsetzungsoptionen

Unter Berücksichtigung der Raumpläne und Wege für die Patientinnen und Patienten sind die Optionen zur Verortung, sowohl unmittelbar vor oder in der Krankenanstalt zu definieren.

3. Organisationsform

Zur Diskussion stehen Ambulatorien oder optional auch eigene Ambulanzen. Anforderung ist jedenfalls die enge Anbindung an und Austausch mit den spitalsinternen Ablaufprozessen, ohne direkt Teil davon zu sein. Dies ist auch bei der Wahl der Trägerschaft allfälliger Ambulatorien zu beachten.

4. Schnittstellen

Die Analyse der internen und externen Schnittstellen zu Ambulanzen, Triageeinheiten sowie den umliegenden Primärversorgerinnen und Primärversorgern sowie Fachärztinnen und Fachärzten werden definiert und beschrieben. Das betrifft jedenfalls Dokumentation und Kommunikation im Rahmen von strukturierten Überleitungsprozessen als auch die Klärung der technischen und rechtlichen Anforderungen.

Ziele des Projektes

Vorliegen eines operationalisierbaren Konzeptes für eine Erstversorgungsambulanz vor jedem KAV-Spital inklusive rechtlicher und finanzieller Bewertung.

Darüber hinaus sollen folgende Aspekte Berücksichtigung finden:

- Aufbau eines neuen Geschäftsfeldes im KAV zur ambulanten Leistungserbringung abgekoppelt von den Prozessen des intramuralen Kerngeschäftes
- Aufbau von standardisierten, verbindlich einzuhaltenden Überleitungs- und Kommunikationsprozessen zur strukturierten Weiterleitung von Patientinnen und Patienten in den niedergelassenen Bereich
- Umstellung aller Fachambulanzen auf besser planbare Terminambulanzen

7.2 Extramurale Erbringung der hämato-onkologischen Versorgung

Operatives Ziel

1.2 LE: Bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung

Projektmitglieder

Prim. Univ. Prof. Dr. Felix Keil (Hanusch-Krankenhaus)

Dr. Otto Rafetseder, MPH (Wiener Gesundheitsfonds)

Zeitlicher Rahmen

Jänner 2018 – März 2021

Projektbeschreibung/Status Quo

Versorgungssituation

Die Versorgung (Diagnostik und Therapie) von fast ausschließlich hämato-onkologischen Erkrankungen findet in Österreich in Krankenanstalten statt. Pro Jahr wird bei ca. 420 Patientinnen und Patienten eine bösartige Neuerkrankung des Blutes oder des lymphatischen Systems diagnostiziert. Die Prävalenz der Patientinnen und Patienten, die an hämatologischen Erkrankungen in Wien leiden, liegt zurzeit bei ca. 5.000 bis 6.000.

Allein in Wien leiden ca. 60.000 Menschen an einer Anämie, ohne an einer spezifischen Bluterkrankung zu leiden.

Projekt zur Verbesserung der Versorgungssituation

Im Versorgungsgebiet nördlich der Donau wohnen im Jahr 2019 ca. 360.000 Menschen. Diese wurden bisher im Fall einer hämato-onkologischen Versorgungsnotwendigkeit hauptsächlich durch die onkologische Abteilung und Ambulanz des Sozialmedizinischen Zentrums Ost – Donauspital (SMZ-Ost) versorgt.

Das SMZ-Ost alleine war mit der Versorgung dieser Patientinnen und Patienten mehr als ausgelastet. Daher war es naheliegend, das Gesundheitszentrum (GZ) Nord der WGKK mit einer hämatologischen Ambulanz auszustatten und in Kooperation mit dem SMZ-Ost die ambulanten hämatologischen Patientinnen und Patienten im Norden von Wien zu versorgen. Es wurde angenommen, dass eine Ärztin bzw. ein Arzt 1.000 Patientinnen und Patienten mit insgesamt 5.000 Kontakten im Jahr betreuen könnte. Die Versorgung dieser Patientinnen und Patienten durch das GZ Nord führt zur direkten Entlastung des SMZ-Ost.

Die erste Evaluierung im Dezember 2018 zeigte, dass die neue Ambulanz von den Patientinnen und Patienten sehr gut angenommen wurde. Sowohl vom SMZ-Ost als auch vom Allgemeinen

Krankenhaus Wien wurde bestätigt, dass die betreffenden Einrichtungen des Gesundheitsverbundes eine deutliche Entlastung für deren Ambulanzen darstellen.

Aufgrund dieser positiven Evaluierung wurde in der Landeszielsteuerungskommission am 21. Dezember 2018 eine Verlängerung der Finanzierung der hämato-onkologischen Ambulanz im GZ Nord auf zwei Jahre bis April 2021 bei einem gleichzeitigen Ausbau um eine weitere Ambulanz mit einer Ärztin bzw. einem Arzt und einer Pflegekraft beschlossen.

Ziele des Projektes

- Entlastung der Universitätsklinik sowie der KAV-Spitäler (Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien, Wilhelminenspital, Sozialmedizinisches Zentrum Ost - Donauspital, Sozialmedizinisches Zentrum Süd - Kaiser-Franz-Josef-Spital)
- Rasche Abklärung und gezielte Zuweisung
- Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Blutbildveränderungen bzw. allgemeinen hämatologischen Symptomen
- Mittelfristige Systemkosteneinsparungen durch Steuerung der medikamentösen Therapie

Kritische Erfolgsfaktoren

- Ressourcenknappheit durch übermäßige Nachfrage

7.3 Geburtsinfostelle und zentrale Geburtsvoranmeldestelle der Stadt Wien

Operatives Ziel

5. LE: Gezielter Einsatz von IKT zur PatientInnenversorgung, Systemsteuerung und Innovation

Projektleitung

Oberin Erika Degendorfer (KAV-GD)

Zeitlicher Rahmen

2015 – 2020

Projektbeschreibung/Status Quo

In Wien gibt es derzeit neun fondsfinanzierte Krankenhäuser mit einer geburtshilflichen Abteilung, davon sieben im Wiener Krankenanstaltenverbund.

Als erster Schritt zur Etablierung einer modernen, auf die Bedürfnisse schwangerer Frauen und werdender Eltern ausgerichteten Serviceeinrichtung, wurde die virtuelle „Stadt Wien-Geburtsinfostelle“ eingerichtet (Webseite, Call-Center). Mit Informationen über das Geburtsangebot in den vom Wiener Gesundheitsfonds finanzierten Krankenhäusern werden werdende Mütter bzw. Eltern auf der Suche nach dem passenden Geburtsort unterstützt.

Die Stadt Wien bietet gemeinsam mit dem Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) und der Vinzenz Gruppe die zentrale Geburtsanmeldung als neues Service für schwangere Frauen an. Seit 1. Februar 2019 können sich die Schwangeren ab einem errechneten Geburtstermin mit 1. September 2019 unkompliziert und niederschwellig von zu Hause zur Geburt anmelden. Die Registrierung kann online oder telefonisch vorgenommen werden. Das Online-Anmeldeformular ist einfach und übersichtlich aufgebaut, in sechs Sprachen (Deutsch, Arabisch, Englisch, Farsi, Russisch, Türkisch) verfügbar und barrierefrei.

In drei Schritten erfolgt die Anmeldung zur Geburtsklinik

Der erste Schritt ist die Registrierung (online oder telefonisch). Dabei kann die werdende Mutter drei Wunschkliniken angeben. Ab der 22. Schwangerschaftswoche erfährt sie, welche der drei gewählten Kliniken einen Platz für sie bereithält. Bei einem persönlichen Gespräch kann sie sich vor Ort ein Bild von der Geburtsklinik machen.

Schritt 1: Registrieren

- Online oder telefonisch - drei Wunschkliniken können angegeben werden
- Jede Frau erhält einen Brief, der ihre Registrierung bestätigt

Schritt 2: Reservierung

- Nach der 22. Schwangerschaftswoche wird die werdende Mutter per Brief informiert, welches Spital einen Platz für sie reserviert hat. Ein Anamneseblatt und ein Administrations-Datenblatt werden ebenfalls übermittelt. Die Schwangere wird ersucht, diese ausgefüllt zur Anmeldung in die Geburtsabteilung mitzubringen. Der Termin wird über die Zentrale Geburtsvoranmeldestelle für sie vereinbart.

Schritt 3: Persönlich anmelden

- Bei dem persönlichen Gesprächstermin in der geburtshilflichen Abteilung findet eine Überprüfung auf Vollständigkeit des Anamneseblattes und Datenblattes statt. Die Anmeldung ist damit abgeschlossen.

Das Service der Geburtsinformationsplattform als auch der Geburtsanmeldung wurde von den Schwangeren und deren Angehörigen sehr gut angenommen. Die Geburtsinformationsplattform verzeichnet im Jahr 2019 bis Oktober 486.869 Seitenaufrufe sowie 8.466 Registrierungen zur Geburtsanmeldung.

Evaluierungsergebnisse

Ein Großteil der Schwangeren kann in der primär präferierten Geburtsklinik entbinden. Das heißt, dass ca. 90% der Schwangeren pro Monat die gewünschte Geburtsklinik zugeteilt bekommen.

Die Zufriedenheit mit der Termineinhaltung für die Geburtsanmeldung sowie der Betreuung durch das Team der Geburtskliniken wurde sehr positiv bewertet. Die Unterstützung der Schwangeren im Rahmen des Anmeldeprozesses sowie die Information über die Geburtsinfo.Wien Website wurde von einer überwiegenden Anzahl als ausreichend und durchgehenden positiv bewertet.

In Bezug auf die Zeit-Ressourcen wurden zwei Faktoren abgefragt, zum einen die Zeit, die sich das Team der Anmeldung für die Frauen genommen hat und zum anderen die Wartezeit bei der Anmeldung für die Geburt. Beide Faktoren wurden vom Großteil der Befragten positiv beurteilt. Die Wartezeit bei der Anmeldung wurde seit der Einführung der zentralen Geburtsanmeldung als noch kürzer empfunden.

Positiv hervorzuheben ist, dass sich mit der Einführung des zentralen Anmeldeprozesses auch mehr Frauen über die Homepage der Geburtsinfo.Wien über das Thema Geburt informieren. Dabei wird nur in geringem Maß das Informationsmaterial in einer anderen Sprachen als Deutsch in Anspruch genommen, ca. 11% der Befragten nutzen das Angebot insbesondere in Englisch, Türkisch und Arabisch.

Ziele des Projektes

- Erfolgreiche Etablierung einer zentralen Geburtsinfo- und Voranmeldestelle mit ausgeprägtem Servicecharakter
- Etablieren einer Wien-weiten Voranmeldestelle auf elektronischer (Website) und telefonischer (Call-Center) Basis (ergänzend zur Geburtsinfostelle), mit ausgeprägtem Servicecharakter (inkl. mehrsprachigem Angebot)

Kritische Erfolgsfaktoren

- Mangelnde Unterstützung/Commitment der ärztlichen Führungskräfte, Hebammen und anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
- Mangelnde Unterstützung durch die niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen
- Zu geringe Nutzung durch die Zielgruppe

7.4 „Herzensbildung“ – Stärkung der Gesundheitskompetenzen von kardiologischen Patientinnen und Patienten

Operatives Ziel

10. LE: Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung

Projektmitglieder

Mag.^a Karin Korn (FEM Süd)

Mag. Romeo Bissuti (MEN)

Mag.^a Jana Sonnberger (WGKK)

Zeitlicher Rahmen

2015 bis 2017 Pilotprojekt im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien (AKH), im SMZ Süd Kaiser-Franz-Josef-Spital (KFJ) und im Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel (KHR)

2018 bis 2020 Umsetzung im SMZ Süd – Kaiser-Franz-Josef-Spital (KFJ)

2019 bis 2020 Umsetzung im Hanusch-Krankenhaus (HKH)

Projektbeschreibung/Status Quo

Mit dem Film „Herzensbildung“ und den dazu gehörigen Schulungen wurde ein wichtiges (sekundär)präventives Kommunikationsinstrument entwickelt, welches für die Zielgruppe von Personen mit koronaren Herzerkrankungen bzw. damit einhergehenden chirurgischen Eingriffen vorgesehen ist. Im Rahmen eines Pilotprojektes wurde betroffenen Patientinnen und Patienten in drei ausgewählten Krankenanstalten des KAV ein Aufklärungsfilm gezeigt sowie Schulungen angeboten, um so das Verständnis für die Erkrankung, die Behandlung und vor allem die Compliance bezüglich Medikation und Änderung des Lebensstils zu erhöhen.

Die Pilotphase ist nun abgeschlossen und die Evaluationsergebnisse liegen vor. Die Ergebnisse zeigen eine deutlich sichtbare Verbesserung des Risikoverhaltens bei den Faktoren Rauchen, Alkohol, Ernährung, Bewegung und Reduktion des Körpergewichts. Ebenso ist ein Wissenszuwachs auch noch sechs Monate nach der Intervention gegeben. Besonders positiv wird die Kombination von Film und Schulung eingeschätzt, da innerhalb des Gruppenseminars genug Zeit für Fragen und Austausch besteht. Die ärztliche Vermittlung des Schulungsangebots hat hierbei einen besonders hohen Effekt auf die tatsächliche Teilnahme der Patientinnen und Patienten an den Gruppenseminaren.

Zur Weiterführung des Projektes bietet das Institut für Frauen- und Männergesundheit im SMZ Süd – Kaiser-Franz-Josef-Spital (KFJ) seit Februar 2018 Schulungen im Rahmen von wöchentlichen Gruppenseminaren zum Thema Herzensbildung an. Im März 2019 wurde ebenso ein Schulungsangebot in der kardiologischen Abteilung des Hanusch-Krankenhauses implementiert. Die Angebote werden von den Patientinnen und Patienten sehr gut angenommen. Im ersten

Halbjahr 2019 besuchten 342 Teilnehmerinnen und Teilnehmer (inklusive Angehörigen) im KFJ und 157 Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Hanusch-Krankenhaus die Schulungen im Rahmen des Projektes Herzensbildung.

Des Weiteren wird im Zuge des Projektes an einer Optimierung der Prozesse bei der Reha-Antragstellung, einer Verbesserung der Reha-Quote sowie der Darstellung eines strukturierten Behandlungsprozesses mit anschließender Übergabe der Patientinnen und Patienten an die nächste Versorgungsebene bzw. Anschluss zur Rehabilitation gearbeitet.

Ziele des Projektes

Die direkte Zielsetzung des Projektes ist es, die Gesundheitskompetenz der kardiologischen Patientinnen und Patienten durch standardisierte Maßnahmen und Angebote (basierend auf Wissensvermittlung und Motivationsverstärkung) zu erhöhen. Im Rahmen des Projektes „Herzensbildung“ wird Gesundheitskompetenz als eine in Bezug auf die vorliegende Herz-Kreislauf-Erkrankung spezifische Handlungskompetenz verstanden, die es den Patientinnen und Patienten ermöglicht, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit und den Verlauf ihrer Krankheit auswirken.

Im Projekt sollen Patientinnen und Patienten befähigt werden, selbstverantwortlich mit ihrer Herz-Kreislauf-Erkrankung umzugehen („Empowerment“) und sich für Verhaltensweisen zu entscheiden, die nicht nur Risikofaktoren reduzieren, sondern auch allgemein die Gesundheit stärken.

Kritische Erfolgsfaktoren

Die Implementierung der Maßnahmen und deren nachhaltige Verankerung im Routinebetrieb bedeuten für die teilnehmenden kardiologischen Abteilungen einen gewissen organisatorischen und zeitlichen Aufwand. Es bedarf verbindlicher Regelungen, wer welche Aufgaben bei der Durchführung übernimmt. Hierzu braucht es dementsprechendes Engagement sowie eine breite Akzeptanz bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Stationen. Ein weiterer kritischer Erfolgsfaktor ist die Bereitschaft der Patientinnen und Patienten, die Schulungen anzunehmen bzw. hiermit eine möglichst große Reichweite zu erzielen. Dies stellt aufgrund der kurzen Verweildauer auf den betreffenden Stationen eine Herausforderung dar.

7.5 *Herzschrittmacher-Zentrum von KAV und WGKK mit telemedizinischer Versorgung*

Operatives Ziel

1.2. LE: Bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung

Projektmitglieder

Michaela Eckert (WGKK)

Prim. Dr. Johann Sipötz (HKH)

Dir. Dr. Michael Binder (KAV)

Zeitlicher Rahmen

01.04.2019 – 31.10.2019

Projektbeschreibung/Status Quo

Die aktuelle Versorgung von Herzschrittmacher-Patientinnen und -patienten erfolgt über jährliche/ halbjährliche Kontrolltermine. Hierbei werden in erster Linie Geräteparameter und -funktion geprüft. Sämtliche modernen Implantate können allerdings auch Gesundheitsparameter der Patientinnen und Patienten aufzeichnen und telemedizinisch übermitteln.

Damit ist die aktuelle Versorgung von Herzschrittmacher-Patientinnen und -patienten bei weitem nicht mehr State-of-the-art.

Mit einer telemedizinischen Versorgung erhalten Patientinnen und Patienten mit Herzschrittmacher oder ICD (implantierte Defibrillatoren) mehr Sicherheit und einen deutlichen Gewinn an Lebensqualität. Die telemedizinische Betreuung ersetzt dabei nicht das persönliche Gespräch mit der Ärztin bzw. dem Arzt, sondern bietet zusätzliche Sicherheit zwischen den persönlichen Nachsorgeterminen.

Hierbei werden über eine im Implantat integrierte Antennen täglich technische und klinische Daten aus dem Implantat an die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt übertragen. Dafür ist lediglich ein Gerät notwendig, welches idealerweise auf dem Nachttisch der Patientinnen und Patienten steht. Die Daten werden über das Mobilfunknetz an ein zentrales Rechenzentrum und von dort an die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt übertragen. Je nach Hersteller geschieht die komplette Datenübertragung vollautomatisch, also ohne Zutun der Patientinnen und Patienten.

Dank eines Ampelsystems kann das medizinische Personal sofort erkennen, welche Patientinnen und Patienten einer sofortigen Intervention bedürfen. Wichtige Ereignisse wie Rhythmusstörungen und technische Auffälligkeiten werden der Ärztin bzw. dem Arzt direkt mitgeteilt und nicht erst bei der nächsten Routineuntersuchung aufgedeckt.

Diese Meldungen müssen in einem Zentrum entsprechend gefiltert und verarbeitet werden, damit im Anschluss kritische Patientinnen und Patienten sofort in die notwendige Versorgungsebenen dirigiert werden können.

Ziele des Projektes

Erstellung eines Umsetzungskonzeptes für ein gemeinsames Herzschrittmacher-Zentrum von KAV und die WGKK.

Kritische Erfolgsfaktoren

- Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Wienerinnen und Wiener
- Aufbau einer telemedizinischen Versorgung und damit Vorreiterrolle Wiens
- Verhinderung von schwerwiegenden/lebensbedrohenden medizinischen Inzidenzen, welche durch telemedizinische Versorgung verhindert hätte werden können
- Entlastung der (Notfalls-) Ambulanzen des KAV

7.6 IVOM (Intravitreale Operative Medikamentenapplikation)

Operatives Ziel

1.3. LE: Bedarfsgerechte Anpassung der stationären

Projektmitglieder

Michaela Eckert (WGKK)

Prim. Univ.Prof. Dr. Oliver Findl (HKH)

Dir. Dr. Michael Binder (KAV)

Zeitlicher Rahmen

10.09.2019 – 01.01.2020

Projektbeschreibung/Status Quo

Dieses Projekt hat das Ziel eine integrierte Versorgung der altersbedingten Makuladegeneration (AMD), dem Makulaödem bei Diabetes mellitus (DME) und venösen Gefäßverschlüssen im Raum Wien innerhalb der Strukturen des Gesundheitsverbunds der WGKK zu etablieren um damit die Spitäler des KAV bzw. AKH zu entlasten.

Im Rahmen einer öffentlich-öffentlichen Kooperation des KAV mit der WGKK sollen in den vier allgemeinen Gesundheitszentren der WGKK – als dislozierte Ambulanzen des Hanusch-Krankenhauses geführt - insgesamt 8.000 IVOM pro Jahr erbracht werden. Das Volumen soll insbesondere die Fachabteilung des AKH entlasten.

Hierbei bietet ein Konsiliarteam der Augenabteilung des HKH, bestehend aus einer Ärztin/einem Arzt und einer DGKP, regelmäßig in einem der Gesundheitszentren die Verabreichung von IVOM an. Die entsprechende Räumlichkeit wird am betreffenden Vorabend für den Folgetag durch Ressourcen des jeweiligen Gesundheitszentrums vorbereitet. Im Sinne des wissenschaftlichen Erkenntnisgewinns wird eine Wissenschaftskooperation zwischen den Projektpartnern vereinbart. Das AKH erhält den für Studienzwecke notwendigen Zugang zu ausgewählten Informationen der IVOM Patientinnen und Patienten.

Für das gegenständliche Projekt ist die Gründung einer öffentlich-öffentlichen Verwaltungskooperation zwischen KAV und WGKK vorgesehen. In dem zugehörigen Vertrag sind die Modalität und Höhe der Abgeltungen für die erbrachten IVOM, die notwendigen Untersuchungen (OCT), sowie Vor- und Nachbehandlung geregelt. Hinzu kommen etwaige Kündigungsverzichte und- fristen.

Ziele des Projektes

- Bündelung der Kapazität von IVOM-Applikationen

- Nutzung der geostrategischen Positionierung der Gesundheitszentren in den verschiedenen Gebieten Wiens zu einer für Patientinnen und Patienten möglichst praktikablen und wohnortnahen Versorgung mit dem Hanusch-KH als Kompetenzzentrum.
- Versorgung mit IVOM nach evidenzbasierten Richtlinien mit Applikation von Medikamenten auch nach ökonomischen Gesichtspunkten.
- Intensivierung der Zusammenarbeit mit den lokalen niedergelassenen Augenärzten („Brückenschlag intra-extramural“).
- Nutzung und Entwicklung der gemeinsamen IT-Infrastruktur zur möglichst effizienten Versorgung der Patienten in den GZ

Kritische Erfolgsfaktoren

- Evaluierung der Leistungsanspruchnahme im Gesundheitsverbund
- Messbare Entlastung der Spitalsambulanz im AKH

7.7 Konzeption einer Infusionsambulanz für Biologica und Immunglobuline im Gesundheitsverbund der WGKK (K)

Operatives Ziel

1.2. LE: Bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung

Projektleitung

Prim. Dr. Johann Hitzelhammer

Zeitlicher Rahmen

1. Jänner 2020 – 1. April 2020

Projektbeschreibung/Status Quo

In letzter Zeit wird vom AKH und div. KAV-Spitäler vermehrt um Übernahme von Patientinnen und Patienten ins Gesundheitszentrum Mariahilf (GZ6) der WGKK angefragt, da in dieser Einrichtung eine jahrelange Expertise zur Verabreichung von „Biologica“ und „Immunglobuline“ vorhanden ist. Eine Verabreichung dieser Heilmittel ist im niedergelassenen Bereich nicht möglich, da hier nach Einschätzung der WGKK weder Fachkenntnisse noch ausreichendes „Notfallequipment“ für eventuelle Zwischenfälle (Blutdruckschwankungen, allergische Reaktionen) vorhanden sind. Die PatientInnengruppen werden ca. alle 4 bis 6 Wochen mit 2g/kg KG humanem Immunglobulin (Privigen, Kiovig, Octagam) behandelt. In der Mehrzahl der Patientinnen und Patienten wird die Dosis je zur Hälfte an zwei aufeinander folgenden Tagen über etwa 3 bis 4 Stunden infundiert. Somit ist ein durchschnittliches Patientenaufkommen allein von Seiten des AKH Wien von ca. 4 bis 6 Infusionsterminen/Woche anzunehmen, welches vom Gesundheitszentrum Mariahilf zur Spitalsentlastung übernommen werden soll.

Zur Projektkonzeption und Planung soll ein Mengengerüst erarbeitet werden. Dieses dient den beiden Projektpartnern zur Abschätzung des Volumens der vorzuhaltenden Leistungen im Gesundheitszentrum bzw. der auslagerbaren Mengen der betroffenen Spitäler. Darüber hinaus werden in Abhängigkeit vom Mengengerüst die Projektkosten ermittelt.

Zur Erhebungen der Mengen finden Gespräche zwischen dem KAV (Stadt Wien) und dem Gesundheitsverbund (WGKK) statt. Das zu erarbeiteten Mengengerüst hat dabei, sofern valide möglich, Medikamentenkosten, die Anzahl der Infusionen, PatientInnenzahlen und die zeitliche Belegung von Räumlichkeiten zu berücksichtigen.

Ziele des Projekts

- Erstellung eines Mengengerüstes
- Kostenabschätzung

- Übernahme von Spezialpatientinnen und -patienten in den extramuralen Bereich
- Entlastung des ambulanten und Tagesklinischen Bereichs
- Verbesserung der Versorgungsqualität der/des einzelnen Patientin/Patienten
- Reduzierung von Wartezeiten in den Spitalsambulanzen
- Schnellere und unkomplizierte Terminvergabe an die/den betreffende/n Patientin/ Patient

Kritische Erfolgsfaktoren

- Überhöhtes PatientInnenaufkommen
- Räumliche/personelle Kapazitäten zu gering
- Akzeptanz seitens der Spitalspatienten

7.8 Landesleitzentrale Wien (K)

Operatives Ziel

7.1.7. Präklinische und intersektorale Versorgungsprozesse hinsichtlich der Versorgungswirksamkeit und des ökonomischen Mitteleinsatzes optimieren

Projektleitung

Mag. Matthias Ponweiser, BSc (MA 70)

Zeitlicher Rahmen

September 2017 – Dezember 2019

Projektbeschreibung/Status Quo

Täglich sind im Raum Wien über 200 Krankentransportwagen der privaten Wiener Rettungs- und Krankentransportorganisationen im Dienst. Diese Fahrzeuge, mit ausgebildeten Sanitäterinnen und Sanitätern als Besatzung, stellen u.a. einen Ressourcenpool für die Bewältigung von medizinischen Notfällen und Großschadenslagen für die Stadt Wien dar. Im Landeszielsteuerungsübereinkommen 2017 bis 2021 wurde die „Sicherstellung der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse“ als strategisches Ziel vereinbart und als operatives Zusatzziel die „Steigerung der Effizienz und KundInnenzufriedenheit im Themenkreis Krankentransporte“ beschlossen.

Im Rahmen des Projekts „Landesleitzentrale Wien (LLZ Wien)“ sollen die Leitstellen der Rettungs- und Krankentransportdienste mit der Rettungsleitstelle der MA 70 unter Verwendung eines gemeinsamen Leitstellensystems zusammengeführt werden. Es wird damit die Zielsetzung der Leistungserbringung am „Best Point of Service“ verfolgt. Es soll in der Folge das richtige Transportmittel zur richtigen Zeit für die Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen. Bestehende Transportprozesse sollen sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für die leistungserbringenden Organisationen, die Sozialversicherungsträger und das Land Wien optimiert werden. Ein weiteres bedeutsames Projektziel stellt die Substitution des herkömmlichen physischen Transportscheins durch ein elektronisches Transportprotokoll dar.

In einem ersten Schritt wurde der Redundanzstandort der Rettungsleitstelle ausgebaut, um die LLZ Wien zu beherbergen und das Einsatzleitsystem der Berufsrettung Wien mit einem Modul „Krankentransport“ erweitert. Unterweisungen auf die hierfür benötigten Kommunikationsmittel begleiten die Geräteausgabe. In Absprache mit den Partnerorganisationen finden Softwareanpassungen und die Angleichung von Prozessen statt.

Die Versorgungssicherheit der Wiener Bevölkerung muss gewährleistet sein. Daher erfolgt eine ausgedehnte Testphase parallel mit den bestehenden Systemen und Abläufen der Krankentransportorganisationen. Der Übergang zu einem durchgehenden Betrieb der Landesleitzentrale erfolgt schrittweise. Die Vereinheitlichung von Prozessen (Transportaufnahme, -administration, -disposition und Verrechnung), die Anpassung organisationsspezifischer Standards

sowie die einhergehenden organisatorischen Umstrukturierungen werden bis Jahresende abgeschlossen sein.

Ziele des Projektes

- Verbesserung der Kooperation und Kommunikation zwischen kommunalem Rettungs- und privatem Krankentransportdienst
- Nutzung von Synergien zwischen der Berufsrettung Wien und den gemeinnützigen Rettungs- und Krankentransportdiensten
- Reduktion von nicht notwendigen Krankentransporten, Rettungseinsätzen und nicht indizierten Doppeleinsätzen
- Verbesserung der Leistungsdokumentation von allen Leistungserbringern

Kritische Erfolgsfaktoren

- Kooperationsbereitschaft aller relevanten Stakeholder bzw. leistungserbringenden Organisationen

7.9 Optimierung der medizinischen Versorgung in Wiener Wohn- und Pflegehäusern (K)

Operatives Ziel

1. LE: Verbesserung der integrativen Versorgung durch gemeinsame abgestimmte verbindliche Planung und Umsetzung der folgenden Ziele

Projektmitglieder

Mag.^a Martina Rossa (WGKK)

Dr.ⁱⁿ Susanne Herbek (FSW)

Zeitlicher Rahmen

1. Dezember 2014 – 31. Dezember 2021

Projektbeschreibung/Status Quo

Im Wiener Zielsteuerungsvertrag sind das Land Wien und die Wiener Krankenversicherungsträger übereingekommen, die Versorgungsdichte in allen Versorgungsstufen bedarfsorientiert anzupassen bzw. den akutstationären Bereich durch Sicherstellung entsprechender Versorgung in Bezug auf ausgewählte medizinisch begründete vermeidbare Aufenthalte zu entlasten. In diesem Zusammenhang gilt es, u.a. die medizinische Versorgung in Wohn- und Pflegehäusern bis Ende 2021 zu optimieren.

In den Wiener Wohn- und Pflegehäusern beziehen sich die ärztlichen Behandlungen zum Großteil auf die hausärztliche Versorgung für nicht akute medizinische Belange. Daraus resultiert, dass bei medizinischen Notfällen meist die Berufsrettung Wien 144 verständigt wird, was in Folge häufig zu Hospitalisierungen führt.

Der Vorschlag zur Erprobung der medizinischen Versorgung von Wohn- und Pflegehäusern mittels mobiler ärztlicher Teams in einem Pilotprojekt im 21. und 22. Wiener Gemeindebezirk wurde in der Landeszielsteuerungskommission am 18. Dezember 2015 angenommen. Dabei sollte ein mobiles ärztliches Team die Routine- und Akutversorgung durch Ordinationen und Visiten vor Ort von Montag bis Freitag 7 Uhr bis 19 Uhr sicherstellen. Aufgrund des anhaltenden Mangels an Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern, die sich unter den gewünschten Rahmenbedingungen (Anstellungsverhältnis) zur Versorgung von Wohn- und Pflegeheimen nicht bereit erklärten, wurde das Pilotprojekt nicht umgesetzt und die bisherigen Projektüberlegungen wurden verworfen.

In der 21. Sitzung der Landeszielsteuerungskommission am 10. Oktober 2018 wurden daher die Caritas der Erzdiözese Wien gemeinsam mit dem Haus der Barmherzigkeit mit der Konzipierung des Pilotprojekts NEU in der Modellregion im 21. und 22. Bezirk beauftragt. Diese Modellregion umfasst neun Häuser und ca. 975 Bewohnerinnen und Bewohner.

Ziel ist die Etablierung einer bedarfsgerechten qualitätsgesicherten und kontinuierlichen medizinischen Versorgung in der Zeit von Montag bis Freitag von 8 Uhr bis 19 Uhr durch niedergelassene Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner aus der Umgebung der jeweiligen Pflegeeinrichtung. Dies soll mittels Rahmenvereinbarungen, in denen Prozesse, Aufgaben sowie Abgeltung der zusätzlichen erforderlichen Leistungen definiert sind, realisiert werden. In der Zeit davor/danach ist eine ärztliche Versorgung, durch den Ärztefunkdienst oder eine Notfallversorgung durch den Rettungsdienst ggf. auch über eine Dringlichkeitseinschätzung durch die telefonische Gesundheitsberatung 1450, gegeben.

Ziele des Projektes

Steigerung des Wohlbefindens der Hausbewohnerinnen und Hausbewohner sowie Reduktion der Gesamtsystemkosten im Bereich der medizinischen Versorgung in Wiener Wohn- und Pflegehäusern durch:

- Optimale medizinische Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner am „Best Point of Service“ durch die Umsetzung abgestimmter ärztlicher Betreuungs- und Behandlungskonzepte
- Vermeidung unnötiger Rettungs- und Krankentransporte
- Entlastung der Akutspitäler (Ambulanzen, bettenführende Stationen)
- Sicherstellung einer verbesserten ökonomischen Verschreibweise und Reduktion der Polypharmazie durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte
- Optimierung des Schnittstellenbereiches zwischen stationärer Pflege, akutstationärer Versorgung in Krankenhäusern und dem extramuralen Bereich für alle Stakeholder (SV-Träger, Spitäler, FSW, Patientinnen und Patienten)

Kritische Erfolgsfaktoren

- Verfügbarkeit und Recruiting von mitwirkungsbereiten Ärztinnen und Ärzten
- Kooperationsbereitschaft der Stakeholder

7.10 Optimierung der Rettungs-, Krankentransporte und Fahrtendienste (Entsendealternative)

Operatives Ziel

7.1.7. Präklinische und intersektorale Versorgungsprozesse hinsichtlich der Versorgungswirksamkeit und des ökonomischen Mitteleinsatzes optimieren

Projektmitglieder

Mag.^a Michaela Markovic (WGKK)

Mag. Matthias Ponweiser, BSc (MA 70)

David Reif, MBA (FSW)

Zeitlicher Rahmen

1. Dezember 2014 – 31. Dezember 2021

Projektbeschreibung/Status Quo

Projektbeschreibung

Das Projekt „Entsendealternative“ zielt auf die Optimierung präklinischer und intersektoraler Versorgungsprozesse ab. Die Versorgungswirksamkeit und der ökonomische Mitteleinsatz sollen durch das Reformvorhaben verbessert werden. Spontan erforderliche medizinische Interventionen, die keinen akuten Notfall darstellen bzw. einen Rettungseinsatz benötigen, können mittels aufsuchender ärztlicher Versorgung professionell am Berufungsort erfolgen. Eine Begutachtung und Behandlung durch Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner zu einem späteren Zeitpunkt ist in solchen Fällen für gewöhnlich ausreichend.

Unnötige Transporte in Akutkrankenhäuser und zurück sowie damit verbundene Belastungen werden dabei vermieden, zudem können Wartezeiten vermindert werden – ein Beitrag zu mehr Lebensqualität der Wienerinnen und Wiener mit Behandlungsbedarf. Stattdessen werden Anrufe unter dem Notruf 144, nach Ausschluss von Notfallkriterien, an die 1450 Gesundheitsberatung Wien weitergeleitet. Durch die 1450 Gesundheitsberatung Wien erfolgt eine detaillierte Triage und Festlegung eines geeigneten Versorgungsorts, dem „Best Point of Service“. Die telefonische Gesundheitsberatung fungiert damit gleichermaßen als Filter und als Wegweiser in der Wiener Gesundheitslandschaft.

Umgekehrt werden medizinische Notfälle, welche unter der Telefonnummer 1450 eingehen, sicher an die Rettungsleitstelle der Berufsrettung Wien übermittelt. Bereits erhobene Einsatzinformationen werden gleichzeitig mit dem Telefongespräch, über eine elektronische Schnittstelle, weitergeleitet. Damit reduziert sich die Dauer der Notrufabfrage, da wesentliche Teile der Anamnese in das Einsatzleitsystem der Rettungsleitstelle übertragen werden.

Status Quo

Die ursprüngliche Projektplanung fand zu einer Zeit vor der Etablierung der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 statt. Das Umsetzungskonzept der Entsendealternative für die Berufsrettung Wien (MA 70) zur direkten Übergabe von Einsätzen an den Ärztefunkdienst (ÄFD) wurde per Umlaufbeschluss Ende August 2016 angenommen.

Nachdem hier zwischenzeitlich Erfahrungen mit der Triage, die den Anlässen der „niedrigst- und niedrigpriorisierten Rettungseinsätze“ nahezu entsprechen, gesammelt wurden, entstand die Überlegung zu einer Adaptierung des ursprünglichen Projekts „Entsendealternative“. Im Dezember 2018 startete die erste Testphase zur Umsetzung des adaptierten Projekts. Zunächst wurden niedrigstpriorisierte Einsatzcodes, die keine ärztliche Abklärung notwendig erscheinen lassen, für die weitere Triage durch die 1450 Gesundheitsberatung Wien, freigegeben und triagiert. Seit August 2019 werden zusätzlich niedrigpriorisierte Einsatzcodes von der Berufsrettung Wien an die 1450 Gesundheitsberatung Wien vermittelt. Die Weitergabe der definierten Codes erfolgt zu den Betriebszeiten des ÄFD.

Die Testphasen werden von regelmäßigen Abstimmungsgesprächen der Projektpartnerinnen und Projektpartner begleitet. Sie dienen der Analyse der weitergeleiteten Einsatzcodes und der Ableitung etwaiger Maßnahmen zu weiteren Verbesserungen. Die Ergebnisse aus diesen Evaluierungen werden bei der Anpassung der Ausrückordnung der Berufsrettung Wien berücksichtigt.

Ziele des Projektes

- Verbesserung der Kooperation und Schaffung von Synergien zwischen der Wiener Berufsrettung, den gemeinnützigen Rettungs- und Krankentransportdiensten und weiteren Wiener Gesundheitsdiensten
- Reduktion von nicht notwendigen Krankentransporten, Rettungsfahrten und nicht indizierten Doppeleinsätzen
- Verbesserung der Leistungsdokumentation von allen Leistungserbringern
- Entlastung der Spitalsambulanzen und stationären medizinischen Versorgungseinrichtungen durch alternative Leistungen in der medizinischen Akutversorgung

Kritische Erfolgsfaktoren

- Kooperationsbereitschaft aller relevanten Stakeholder bzw. leistungserbringenden Organisationen

7.11 Optimierung der Versorgung mit Heilmitteln, Heilbehelfen und Hilfsmitteln in Wohn- und Pflegehäusern (K)

Operatives Ziel

7.2. LE: Medikamentenversorgung sektorenübergreifend gemeinsam optimieren

Projektmitglieder

Mag.^a Martina Rossa (WGKK)

Dr.ⁱⁿ Susanne Herbek (FSW)

Zeitlicher Rahmen

1. Dezember 2014 – 31. Dezember 2019

Projektbeschreibung/Status Quo

Im Gegensatz zu Krankenhäusern, die aufgrund einrichtungsbezogen ausgestellter Verschreibungen mit Arzneimitteln beliefert werden, erfolgt die Versorgung von Wohn- und Pflegehäusern mit Arzneimitteln individuell für jede/n Bewohner/in aufgrund personenbezogener Verschreibungen. Diese derzeitige Regelung führt dazu, dass übermäßig viele Medikamente entsorgt werden müssen. Dadurch entstehen einerseits Entsorgungskosten für nicht mehr benötigte Medikamente, andererseits erhöhen sich die Medikamentenkosten für die Sozialversicherungsträger, da teilweise dieselben Arzneimittel, die zuvor entsorgt wurden, erneut bestellt werden müssen, um andere Bewohnerinnen bzw. Bewohner medizinisch versorgen zu können. Die Bewohnerinnen und Bewohner der Wohn- und Pflegehäuser werden zudem durch die bestehende Medikamentengebarung finanziell belastet, da sie wie alle Versicherten Rezeptgebühren entrichten.

Durch die Zielsetzung, die Medikamentenversorgung in Wiener Wohn- und Pflegehäusern effektiver und effizienter zu gestalten, wird die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner von Wohn- und Pflegeeinrichtungen verbessert, indem eine rasche und effiziente Therapie mit vor Ort vorrätig gehaltenen Arzneimittel ermöglicht wird. Weiters kann durch Setzen dieser Maßnahmen die Schwere des Krankheitsverlaufs reduziert und andererseits können die physisch und psychisch anstrengenden Rettungs- und Krankentransporte vermieden werden. Dieser Situation zugrundeliegend können vor allem die anfallenden Systemkosten reduziert werden. Die Ableitung von Handlungsempfehlungen zur Optimierung der Medikamentenversorgung in Wiener Wohn- und Pflegehäusern wurde im Kontext mit der Optimierung der medizinischen Versorgung in Wiener Wohn- und Pflegehäusern erarbeitet und am 23. Juni 2015 in der 8. Sitzung der Landeszielsteuerungskommission vorgestellt.

Status Quo:

Die Novellierung des § 21 Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz (WWPG) ist mit 24. Juli 2015 erfolgt. Die WGKK hat im Jänner 2016 Änderungsvorschläge zu bundesweiten Gesetzesänderungen eingebracht. Konkrete Vorschläge für eine legislative Umsetzung auf Bundes- und/oder Landesebene wurden erarbeitet.

Es wurden mehrere Themenkreise, u.a. Qualität, Verrechnung, suchtmittelhaltige Arzneimittel, mögliches Einsparungsvolumen, Bevorratung der Medikamente, und die Ergebnisse einer Länderumfrage zum Status Quo der Medikamentenversorgung in den Bundesländern besprochen. Aus den Erkenntnissen der Arbeitsgruppe sollte das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen einen Entwurf ausarbeiten und der Arbeitsgruppe vorlegen.

Die Bearbeitung des Themas wurde 2018 auf Bundesebene weitergeführt, wobei die Arbeitsgruppe im Bundesministerium keine Empfehlung für den direkten Arzneimittelbezug über den Großhandel ausgesprochen hat. Allenfalls wäre aber die Möglichkeit einer Belieferung durch Anstaltsapotheken unter klar zu definierenden Rahmenbedingungen zu prüfen. Auf dieser Basis wurde die Arbeitsgruppe mit der entsprechenden Weiterarbeit beauftragt.

Ziele des Projektes

- Reduktion der Medikamentenkosten durch die Optimierung des Mitteleinsatzes (z. B. durch Weiterverwendung von Medikamenten, etwa nach Therapiewechsel, die Anschaffung von Großpackungen)
- Behandlung der Bewohnerinnen und Bewohner am „Best Point of Service“ durch rasche und treffsichere Bereitstellung von Medikamenten vor Ort
- Raschere Verbesserung des Gesundheitszustandes in Notfällen
- Verringerung der Entsorgungskosten für nicht mehr benötigte Medikamente
- Reduktion der neu anzuschaffenden Medikamente
- Einheitliche Neuregelung für alle Wiener Wohn- und Pflegehäuser
- Eine Neugestaltung der Medikamentenversorgung bedarf auch einer einhergehende Änderung der ärztlichen Versorgungswege, um eine abgestimmte wirtschaftliche Entwicklung zu ermöglichen

Kritische Erfolgsfaktoren

- Anpassbarkeit der bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen auf Bundes- und auf Landesebene
- Bereitschaft der Mitwirkung aller Stakeholder

7.12 Transition junger onkologischer Patientinnen und Patienten nach erfolgreicher Behandlung in den Gesundheitsverbund der Wiener Gebietskrankenkasse

Operatives Ziel

1.2. LE: Bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung

Projektmitglieder

Prim. Univ. Prof. Dr. Felix Keil (Hanusch-Krankenhaus)

Michaela Eckert (WGKK)

Dr. Otto Rafetseder, MPH (Wiener Gesundheitsfonds)

Zeitlicher Rahmen

1. Jänner 2020 – 31. Dezember 2021

Projektbeschreibung/Status Quo

Aktuell betreut das St. Anna Kinderspital bzw. die Kinderklinik im AKH junge Erwachsene nach deren erfolgreicher Behandlung für einen eingeschränkten Zeitraum – meist 10 Jahre – weiter. Danach sind diese sogenannten Survivors großteils auf eine selbstorganisierte Betreuung im niedergelassenen Bereich angewiesen. Hierbei handelt es sich durchwegs um die Behandlung chronischer Folgeerkrankungen und regelmäßige Untersuchungen. Zur Entlastung des St. Anna Kinderspitals und der Kinderklinik im AKH soll eine gleichwertige Versorgung im Gesundheitsverbund der WGKK für über 18-jährige Survivors aufgebaut werden.

Ziele des Projektes

- Koordinierte Betreuung der Survivors nach deren Spitalsbehandlung im St. Anna Kinderspital oder in der Kinderklinik im AKH
- Auslagerung des Großteils der Behandlung in Behandlungsstrukturen außerhalb des Spitalssettings
- Aufbau von Kooperationen für spezialisierte Weiterbetreuungen nach Hirntumoren oder Knochenmarktransplantationen
- Entlastung der spezifischen Nachsorgestrukturen des St. Anna Kinderspital sowie der Kinderklinik im AKH

Kritische Erfolgsfaktoren

- Geringe Akzeptanz seitens der Patientinnen und Patienten durch gefühltes Downgrade aus der Spitalsversorgung

7.13 Webunterstützte Steuerung von onkologischen Patientinnen und Patienten (K)

Operatives Ziel

5. LE: Gezielter Einsatz von IKT zur Patientenversorgung, Systemsteuerung und Innovation

Projektmitglieder

Mag.^a Barbara Philipp-Jaschek (AKH)

Univ. Prof. Dr. Matthias Preusser (AKH)

Zeitlicher Rahmen

1. Jänner 2019 – 31. August 2022

Projektbeschreibung/Status Quo

Das Vienna Cancer Center (VCC) ist eine Kooperation der onkologischen Abteilungen Wiens für die Behandlung und Forschung im Rahmen von onkologischen Erkrankungen. Mitglieder sind der Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) und die Medizinische Universität Wien (MedUni). Durch die mit dem VCC verbesserte Zusammenarbeit der Expertinnen und Experten profitieren onkologische Patientinnen und Patienten von der Zentralisierung seltener Tumorerkrankungen, der Therapiestandardisierung, der wohnortnahen Behandlung und im Rahmen von klinischen Studien direkt vom wissenschaftlichen Fortschritt.

Ziele des Projektes

Etablierung eines Instruments zur Steuerung von onkologischen Patientinnen und Patienten in zeitlicher und räumlicher Hinsicht, um einen optimalen Zugang zu den Leistungen zu gewährleisten und eine Gleichverteilung des Aufkommens von onkologischen Patientinnen und Patienten zu ermöglichen.

In Abhängigkeit von der Tumorerkrankung, dem Wohnort und von klinischen Studien soll die onkologische Patientin/der onkologische Patient bereits bei der Terminplanung an die richtige Abteilung gelenkt werden und eine effiziente Ressourcennutzung ermöglicht werden. Zu diesem Zweck soll im Rahmen einer Pilotierung ein Webportal etabliert werden, welches sowohl die Steuerung von onkologischen Patientinnen und Patienten, den Austausch von Daten inkl. Befunden und radiologischen Bilddaten, als auch die Durchführung von Tumorboardsitzungen mit Krankenanstalten außerhalb Wiens unterstützt. Angedacht ist eine Mietlösung über die Projektlaufzeit mit Verlängerungsoption, die einen Download zur manuellen Datenübernahme durch die behandelnden Einheiten ermöglicht. Eine Anbindung an die Krankenhausssysteme über Schnittstellen zur automatisierten Datenübernahme oder zum automatisierten Terminabgleich ist nicht Ziel dieses Projektes.

Kritische Erfolgsfaktoren

- Onkologischer Medizinischer Masterplan
- Vereinbarungskonforme Zusammenarbeit der onkologischen Abteilungen des KAV
- Zielorientierte Zusammenarbeit von MedUni Wien und AKH bzw. KAV
- Personalrekrutierung für die Steuerungsaufgaben von onkologischen Patientinnen und Patienten und der internen Projektkoordination

8. GESUNDHEITSFÖRDERUNGSPROJEKTE DER WIENER GESUNDHEITSFÖRDERUNG (WIG) UND DER WIENER SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER (SV)

Das Land Wien, die Wiener Gebietskrankenkasse und die bundesweiten Sozialversicherungsträger in Wien haben sich zum gemeinsamen Ziel gesetzt, mit den Mitteln des Landesgesundheitsförderungsfonds die Gesundheitsförderung in Wien in den wichtigen Settings für prioritäre Zielgruppen auf der Grundlage der österreichischen Gesundheitsförderungsstrategie auszubauen, weiterzuentwickeln und nachhaltig zu verankern.

8.1 *Kindergarten und Kleinkinder*

gutbegleitet – Frühe Hilfen Wien

Frühe Hilfen bestehen einerseits aus einem gut koordinierten Netzwerk aller im Bereich der frühen Kindheit tätigen Personen und Einrichtungen (aus Gesundheits- und Sozialwesen), andererseits aus der Kernintervention der (aufsuchenden) „Familienbegleitung“. Die Familienbegleitung stellt die Beziehungskontinuität mit den betreuten Familien sicher und erkennt, organisiert und koordiniert den konkreten Bedarf an Unterstützungsleistungen im Gesundheits- und Sozialsystem. Zielgruppe sind belastete und situativ überforderte Schwangere und Familien mit Kleinkindern (0-3 Jahre).

Es gibt eine Vielzahl von unterschiedlichen Angeboten für Kinder und Eltern bezogen auf die frühe Kindheit. Diese erreichen aber oft nicht jene Familien, die eine Unterstützung am dringendsten brauchen würden und waren bisher oft nicht ausreichend untereinander vernetzt. Die regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerke bauen auf diesen verfügbaren Angeboten auf, gehen aber einen Schritt weiter, indem sie versuchen, belastete Familien aktiv und systematisch zu erreichen (durch Zuweiserinnen und Zuweiser aus dem Gesundheits- und Sozialbereich) und dann auch über längere Zeit kontinuierlich zu begleiten.

Die vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen bereitgestellte Dokumentation zu den begleiteten Familien zeigt, dass es gelingt, die gewünschten Zielgruppen zu erreichen: Alleinerziehende Eltern, armutsgefährdete Familien und Familien mit Migrationshintergrund sind im Vergleich zur Gesamtbevölkerung deutlich überrepräsentiert.

Das Angebot „gutbegleitet – Frühe Hilfen Wien“ wird nach einer EU-weiten Ausschreibung von der Organisation „die möwe – Kinderschutzzentren“ umgesetzt. Seit Juni 2017 erfolgt eine Erweiterung des Angebots auf die gesamte Versorgungsregion Wien-West (12.-19. und 23. Wiener Gemeindebezirk).

Insgesamt ist derzeit ein interdisziplinäres Team von elf Familienbegleiterinnen (Hebammen, Psychologin, Sozialarbeiterinnen, Psychotherapeutinnen, Kindergartenpädagoginnen, Akademische Frühförderin sowie eine Sonder- und Heilpädagogin) im Ausmaß von 6,4

Vollzeitäquivalenten für das Projekt tätig. Weiterhin sind eine spezifisch geschulte Familienbegleiterin und ein Team bestehend aus Praktikantinnen und Praktikanten für die telefonische Kontaktstelle zuständig. Diese fungiert als erste Anlaufstelle für Anfragen und führt ein erstes Screening durch.

Im Leitungsteam ist neben der Koordinationsstelle in der Wiener Gebietskrankenkasse und der inhaltlichen Gesamtprojektleitung (inkl. Teamleitung), auch das Netzwerkmanagement der Frühen Hilfen in Wien vertreten.

Status quo:

Pro Jahr erfahren ca. 700 Familien in schwierigen Lebenssituationen individuelle und passgenaue Unterstützung durch die Frühen Hilfen in Wien.

Projektleiterin: Sabine Slovincik, BBSc (WGKK)

Tiptopp. Gesund im Mund und rundherum. (Kindergarten)

In Wiener Kindergärten wird seit einigen Jahren das Programm „Tiptopp. Gesund im Mund und rundherum“ umgesetzt. Die Steuerung des Programms erfolgt durch die Wiener Gesundheitsförderung (WiG) gemeinsam mit der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK), die Umsetzungsverantwortung liegt bei der WiG.

Der Verein Proges ist mit der Umsetzung einzelner Projekte und Aktivitäten beauftragt. Zielgruppen sind Wiener Kinder im Alter von 0-12 Jahren, deren Eltern und Erziehungsberechtigte sowie Beschäftigte in Kindergärten und Volksschulen (VS) und Betreuungspersonen weiterer Institutionen, die mit den zuvor genannten Zielgruppen arbeiten.

Bezogen auf den Kindergarten und Kleinkinder werden im Programm folgende Maßnahmen gesetzt:

- Mundgesundheit und Lebensstil: Wichtigster Baustein des Programms „Tiptopp. Gesund im Mund und rundherum“ ist der flächendeckende Ausbau des Projekts „Mundgesundheit und Lebensstil“. In diesem Rahmen besuchen die Mundgesundheitserzieherinnen und Mundgesundheitserzieher zwei Mal pro Jahr alle interessierten öffentlichen und privaten Kindergärten. Das Gesamtkonzept dieses Projekts erstreckt sich über sieben Jahre (Kindergarten und Volksschule) und besteht aus 14 aufeinander aufbauenden Besuchen (16, wenn eine Vorschulklasse besucht wird). Ziel der Mundgesundheitsförderung an Wiener Kindergärten ist es, den Kindern spielerisch die Bedeutung von Mundgesundheit zu vermitteln, ihre Gesundheitskompetenz zu stärken, sie zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten zu motivieren und Mundgesundheit in Beziehung zu den Themen Bewegung, Ernährung und seelische Gesundheit zu setzen. Angeleitetes gemeinsames Zähneputzen ist Teil jedes Besuchs. Daneben sollen die regelmäßigen Kontakte für die Sensibilisierung von Eltern und Betreuungspersonen genutzt werden.
- Elterninformation und Multiplikatorinnen sowie Multiplikatoren: Aktivitäten mit Fokus auf Eltern 0 bis 6-Jähriger, insbesondere sozial Benachteiligte; Vernetzung mit anderen Projekten und Angeboten für diese Zielgruppe und Schaffung von Synergien; Workshops für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren z.B. in Ausbildungslehrgänge für Pädagoginnen und Pädagogen; Erhöhung der Sichtbarkeit des Programms.

Status quo:

Im ersten Halbjahr 2019 besuchten die Expertinnen und Experten für Mundgesundheit 59.330 Kinder in öffentlichen und privaten Kindergärten und Kindergruppen². Im Zentrum der halbjährlichen Besuche stehen die Entwicklung eines ganzheitlichen Gesundheits- und Körperbewusstseins sowie die Förderung der (Mund-) Gesundheitskompetenz.

Nach umfangreichen Vorbereitungs- und Abstimmungsarbeiten im ersten Halbjahr 2019 beginnen im Rahmen eines Pilotprojektes Kinder in sieben Wiener Kindergärten ab Oktober 2019 mit dem Zähneputzen im Kindergarten.

Projektleiter: Matthias Hümmelink, BA (WiG)

² Aufgrund des Schuljahresablaufs (Semesterwechsel) und des daran angepassten Besuchsrythmus (1 Besuch pro Semester) entspricht die Anzahl der Kontakte im Berichtszeitraum nicht der Zahl der betreuten Kinder.

8.2 Schule und Jugendliche

Tiptopp. Gesund im Mund und rundherum. (Schule)

„Tiptopp. Gesund im Mund und rundherum“ wird seit 2014 im Rahmen des Landesgesundheitsförderungsfonds (LGFF) als Nachfolger des langjährigen Programmes „Tiptopp Kariesstopp“ umgesetzt. Die Steuerung des Mundgesundheitsförderungsprogramms erfolgt gemeinsam durch die Wiener Gesundheitsförderung (WiG) und die Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK), die Umsetzung obliegt der WiG. Der Verein Proges ist mit der Umsetzung einzelner Projekte und Aktivitäten beauftragt. Zielgruppen sind Wiener Kinder im Alter von 0-12 Jahren, deren Eltern und Erziehungsberechtigte sowie Beschäftigte in Kindergärten und Volksschulen (VS) und Betreuungspersonen weiterer Institutionen, die mit den zuvor genannten Zielgruppen arbeiten.

Bezogen auf das Setting Schule werden im Programm folgende Maßnahmen gesetzt:

- Mundgesundheit und Lebensstil: Mundgesundheitserziehung in allen öffentlichen Volksschulen und Zentren für Inklusion und Sonderpädagogik, Nutzung der regelmäßigen Kontakte für Sensibilisierung von Eltern und Betreuungspersonen
- Intensivprophylaxe und Zahnschutz Plus: Zahnärztliche Untersuchungen in ausgewählten Volksschulen, teilweise Behandlung mit Fluoridlack im Zahngesundheitszentrum Mariahilf; regelmäßige Elterninfoangebote; Zahnpass für bessere Versorgung von Kariesrisikokindern
- Elterninformation und Multiplikatorinnen sowie Multiplikatoren: Vernetzung mit anderen Projekten und Angeboten für diese Zielgruppe und Schaffung von Synergien; Workshops für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren z.B. Ausbildungslehrgänge für Pädagoginnen und Pädagogen; Sichtbarkeit des Programms erhöhen
- Zahntheater: Aufführungen in Volksschulen und Neuen Mittelschulen
- Wiener Zahnpass: Diese Aktivität startet im September 2019. Im Berichtszeitraum fanden die Materialentwicklung sowie zahlreiche Abstimmungen mit Stakeholdern statt. Ziel ist es, Kinder zum regelmäßigen Besuch der Zahnärztin/des Zahnarztes zu motivieren und ebenjene für die Bedürfnisse von Kindern zu sensibilisieren.

Status Quo:

Im ersten Halbjahr 2019 besuchten die Expertinnen und Experten für Mundgesundheit 67.205 Schülerinnen und Schüler in VS und Zentren für Inklusiv- und Sonderpädagogik (ZIS) sowie 59.330 Kinder in öffentlichen und privaten Kindergärten und Kindergruppen³. Im Zentrum der halbjährlichen Besuche stehen die Entwicklung eines ganzheitlichen Gesundheits- und Körperbewusstseins sowie die Förderung der (Mund-) Gesundheitskompetenz. Im Rahmen von 69 Auftritten in Schulen (öffentliche und private VS, ZIS und NMS) erlebten 8.088 Schülerinnen und Schüler das Zahntheater. Die Finanzierung erfolgt über ein Sponsoring der Colgate Palmolive GmbH.

Projektleiter: Matthias Hümmelink, BA (WiG)

³ Aufgrund des Schuljahresablaufs (Semesterwechsel) und des daran angepassten Besuchsrythmus (1 Besuch pro Semester) entspricht die Anzahl der Kontakte im Berichtszeitraum nicht der Zahl der betreuten Kinder.

Qualitätsgesicherte Angebote in allen Schulen

Eine Vielzahl von Anbieterinnen und Anbietern mit Seminaren, Vorträgen und Workshops unterschiedlicher Qualität richten sich an die Wiener Schulen. Um die Qualität dieser Angebote zu sichern, wurde das Projekt „Gesunde Angebote für Schulen!“ ins Leben gerufen. Damit sollen es Schulen zukünftig bei der Auswahl leichter haben, indem ihnen ein Entscheidungsinstrument zur Verfügung gestellt wird, das eine übersichtliche Zusammenschau garantiert. Konkret werden Angebote zu folgenden 5 Themenbereichen qualitätsgesichert und durch eine finanzielle Förderung für Schulen leistbar gemacht:

- Ernährung
- Bewegung
- Psychosoziale Gesundheit
- Suchtprävention
- Schulentwicklung /materielle Umwelt/ Sicherheit

Zielgruppe des Projekts sind Schülerinnen und Schüler, Lehrerinnen und Lehrer sowie Eltern aller Wiener Schulen.

Status-Quo:

Die Umsetzung der qualitätsgesicherten Angebote an Schulen startete mit Februar 2016. Zu diesem Zeitpunkt standen 75 Angebote zur Auswahl. Im Zuge der nun 3. Ausschreibung, hat sich ein neuer Angebotskatalog zusammengestellt, bestehend aus insgesamt 128 qualitätsgesicherten Angeboten in fünf verschiedenen Themenbereichen (siehe punktuelle Auflistung). Seit Februar 2018 können sich Schulen daraus bedienen und eine finanzielle Förderung beantragen: Pro Schuljahr stehen bis zu 3.000 Euro pro Schule zur Verfügung. Die adaptierte Fördersumme von 5.000 Euro zu 3.000 Euro trat mit Mai 2019 in Kraft und hat zum Ziel, einerseits der hohen Nachfrage gerechter zu werden, sowie den Erreichbarkeitsgrad der Schulen zu erhöhen, indem möglichst allen Wiener Schulen die gleiche Chance geboten wird, ihrem Bedarf entsprechend ein Angebot zu wählen und durch die finanzielle Förderung möglich zu machen.

Das Projekt erfreut sich großer Beliebtheit an den Wiener Schulen. Es hat sich als wichtiger Bestandteil der schulischen Gesundheitsförderung in Wien etabliert. In den letzten 5 Monaten wurden rund 313 Förderansuchen für das Sommersemester 2019 sowie bereits für das Wintersemester 2019/20 von ca. 180 Schulen gestellt. In Summe entspricht das einer Anzahl von insgesamt 608 Workshops, die gefördert wurden. Diese Zahlen sprechen für einen deutlichen Anstieg an Förderanträgen im Vergleich zum letzten Halbjahr 2018, in welchem 175 Förderansuchen von rund 132 Schulen bei der WGKK eingereicht wurden. Ähnlich zum Vorjahr verhält sich jedoch das Verhältnis der Inanspruchnahme aus den fünf Themenbereichen. Die Bereiche „Bewegung“ und „Psychosoziale Gesundheit“ liegen mit einer deutlichen Mehrheit von über drei Viertel aller beantragten Angebote an erster Stelle.

Die Nachfrage der Schulen und somit der Erfolg des Projekts führten zu einer überproportional schnellen Ausschöpfung der Budgetmittel aus dem Fördertopf. Woraufhin eine Budgetumschichtung aus nicht verbrauchten LGFF-Mitteln zugunsten des Projekts vorgenommen wurde.

Projektleiterin: Stefanie Bachler, BSc, MA (ÖGK)

Service Stelle Schule

Die „Service Stelle Schule“ sieht sich als Anlauf- und Kontaktstelle für Schulen als Dienstleister aller im Setting Schule tätigen Akteurinnen und Akteure. Sie bietet eine unterstützende Struktur für Schulleiterinnen und Schulleiter, Lehrerinnen und Lehrer sowie Schülerinnen und Schüler, die sich im Rahmen des Unterrichts mit dem Thema Gesundheit beschäftigen.

Die „Service Stelle Schule“ der Wiener Gebietskrankenkasse zeichnet sich durch den großen Bekanntheitsgrad in Wien und ein vielfältiges, bedarfsorientiertes, sowie qualitätsgesichertes Angebot aus. Nicht zuletzt dadurch und durch die hohe Zufriedenheit seitens der Schulen ist die Nachfrage deutlich gestiegen.

Zu den Angeboten zählen beispielsweise einerseits die Beratung und Begleitung von Schulen zur gesundheitsfördernden Schulentwicklung u.a. durch externe Beraterinnen und Berater, andererseits die Finanzierung von qualitätsgesicherten Gesundheitsprojekten an den Schulen bis zu max. 1.000 Euro pro Schule. Zusätzlich besteht die Möglichkeit für Schulen kostenlose Workshops zu den Themen Ernährung, psychosoziale Gesundheit, Bewegung und Gesundheitskompetenz in Anspruch zu nehmen.

Die „Service Stelle Schule“ der WGKK ist zudem eine der vier Trägerinstitutionen des „Wiener Netzwerks Gesundheitsfördernde Schulen“ (WieNGS), das zusammen mit der Pädagogischen Hochschule, der Bildungsdirektion für Wien und der Wiener Gesundheitsförderung Wiener Schulen betreut (Volksschulen, Sonderpädagogische Zentren, Neue Mittelschulen, Polytechnische Schulen, AHS, BMHS und Berufsschulen sowie Gesundheits- und Krankenpflegeschulen).

Status Quo:

Die Umsetzung des Programms erfolgt nach Plan und in guter Zusammenarbeit mit den anderen WieNGS Partnerinnen und Partnern. Mittlerweile betreut die „Service Stelle Schule“ im Rahmen des WieNGS 138 Wiener Schulen. Allen neuen Schulen bietet die „Service Stelle Schule“ der WGKK eine Ist-Stand-Analyse zu gesundheitlichen Ressourcen und Belastungen an (Gesundheitskonferenz). Gemeinsam werden in dem an der Schule stattfindenden Beratungsgespräch die priorisierten Handlungsfelder zur Etablierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen definiert und sich für die Schule daraus ergebende Ziele festgelegt.

Projektleiter: Mag. Michael Hahn (WGKK)

Gesundheitsförderung Schule: Gesundheit der Lehrerinnen und Lehrern (BVA)

Interessierte Schulen werden nach den Qualitätskriterien des Handbuches für Gesundheit von Lehrerinnen und Lehrern und unter Berücksichtigung der eigenen Qualitätskriterien für das „Setting Öffentlicher Dienst“ betreut. Folgende Angebote stehen den Schulen bzw. den Lehrerinnen und Lehrern hierbei unter anderem zur Verfügung:

- Beratung, Begleitung
- Sensibilisierungsworkshops
- Prozessberatung und -begleitung
- Schriftliche Gesundheitsbefragung / moderierte Gesundheitsworkshops
- Modell „Kleinschule“ (Sensibilisierungsworkshops, Gesundheitsworkshops)
- Zusammenführungs-, Planungs- und Zielworkshops

- Module zu unterschiedlichsten Themenbereichen im Rahmen der Maßnahmenumsetzung
- Evaluierungsworkshops
- Maßnahmen zur Verankerung der Gesundheitsförderung in den Schulalltag

Status Quo:

Bisher konnten ca. 85 Schulen gezielt durch das Projekt / Angebot angesprochen werden. Aktiv werden derzeit 38 Schulen betreut, die kleinste Schule umfasst 15 und die größte Schule 120 Lehrerinnen und Lehrer. Darüber hinaus wurde das gemeinsam mit der WGKK durchgeführte Kooperationsprojekt zum Thema „Gesunde BMHS“ an der Schule erfolgreich abgeschlossen. Ein weiteres gemeinsames Projekt im Rahmen der „Gesunden BMHS“ ist in Planung.

8.3 Betriebliche Gesundheitsförderung

Wiener Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung

Das Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, angesiedelt bei der OÖGKK und dem die Wiener Gebietskrankenkasse als Regionalstelle für Wien angehört, arbeitet laufend an der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung bzw. des dreistufigen Qualitätsmanagements (1. Stufe BGF-Charta, 2. Stufe BGF-Gütesiegel, 3. Stufe BGF-Preis), welches einen einheitlichen und hohen Standard der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Österreich gewährleisten und für die Öffentlichkeit sichtbar machen soll.

Aufbauend auf den bisherigen Erfahrungen und den probaten Erkenntnissen soll ein qualitätsvolles Vorgehen der Qualitätssicherungsstrategien und -instrumente weitergeführt und weiterentwickelt werden, d.h., die bestehenden Instrumente sollen kritisch analysiert und weiterentwickelt sowie breiter öffentlich gemacht werden.

Die Wiener Gebietskrankenkasse als Regionalstelle für Wien des Österreichischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung beteiligt sich an der Weiterführung und -entwicklung der Qualitätsoffensive für die Laufdauer von 2017 bis 2019.

Status Quo:

Neuerungen gegenüber dem Qualitätsmanagement der Jahre 2015 bis 2017:

- Methodenprüfung (Stärken und Schwächen des Antrags und Vergleiche zu alternativen Erhebungsmethoden)

Meilenstein 1 – abgeschlossen: Recherche und Festlegung der Kriterien

- Recherche über die Methoden für unterschiedliche Qualitätssiegel
- Fokusgruppen mit Projektleiterinnen und Projektleitern in Betrieben, Projektbegleiterinnen und Projektbegleitern sowie Mitgliedern aus dem BGF-Netzwerk

Meilenstein 2 – abgeschlossen: Erarbeitung der Methoden

- Leitfadenerstellung für Telefoninterviews, Fragebogenerstellung oder Checklisten für Audits

Meilenstein 3 – abgeschlossen: Erhebung

- Die Erhebungen sollen in vergleichbaren Betrieben (Größe, Erfahrung in BGF etc.), die von den Regionalstellen des BGF-Netzwerkes kontaktiert werden, stattfinden. In jedem Betrieb sollte die derzeitige Methode (Antrag) paarweise anhand der in Phase 1 ausgearbeiteten Nutzenkriterien mit einer neuen Methode verglichen werden.

Meilenstein 4 – abgeschlossen: Berichtslegung

Zusammenfassung: Im Rahmen der Methodenprüfung wurden vier Audits und vier Telefoninterviews im Zeitraum Juni bis Juli 2018 durchgeführt. Die Testung erfolgte in Betrieben unterschiedlicher Branchen, Betriebsgrößen und Bundesländer. Beide Methoden haben sowohl Vorzüge als auch Nachteile gegenüber der bisherigen Form des Antrages. Aufgrund der Ergebnisse wird auch zukünftig der schriftliche Antrag als Instrument für das BGF- Gütesiegel eingesetzt.

Projektleiterin: Mag.^a Sandra Neundlinger (WGKK)

Betriebliche Gesundheitsförderung in der Stadt Wien und stadtnahen Organisationen

Mit dem Projekt „Betriebliche Gesundheitsförderung in der Stadt Wien und stadtnahen Organisationen“ unterstützt und begleitet die Wiener Gesundheitsförderung (WiG) Dienststellen des Magistrates der Stadt Wien und stadtnahe Organisationen bei ihren Vorhaben der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF).

Nach dem Projektstart im Jänner 2017 wurde das bisherige Beratungsangebot der WiG für Dienststellen der Stadt Wien und stadtnahe Organisationen im Rahmen einer Neukonzipierung weiterentwickelt und ausgeweitet. Somit stehen den Betrieben, neben der Erstberatung und laufender Unterstützung durch die WiG, folgende Module der Betrieblichen Gesundheitsförderung zur Verfügung, die sie umfassend bei der Umsetzung von Aktivitäten der BGF unterstützen.

Vor Projektstart:

- Extern moderierter Planungs- und Entscheidungsworkshop

Nach Projektstart:

- externe Prozessbegleitung das gesamte Projekt hindurch
- Umsetzung einer Gesundheitsbefragung durch externe Expertinnen und Experten
- Bereitstellung von Moderatorinnen und Moderatoren von Gesundheitszirkeln
- Bereitstellung gesundheitsfördernder Angebote zu den Themenschwerpunkten Ernährung, Bewegung, Seelische Gesundheit
- Evaluation des Projektes durch externe Anbieterinnen und Anbieter

Status Quo:

- Der Kooperationsvertrag zwischen der MA 10 Wiener Kindergärten und der WiG wurde im Mai 2019 beidseitig unterzeichnet und die umfassenden inhaltlichen Vorarbeiten gelangen nun in die Umsetzung. Die Projektlaufzeit wurde bis Ende Dezember 2019 vereinbart, die Option einer Verlängerung bis Ende 2020 besteht bei Bedarf. Das Projektmanagement in der Dienststelle obliegt dem Referat Berufliche Gesundheitsförderung im Fachbereich Personalmanagement. Das Projekt wird von Renate Czeskleba fachlich begleitet.
- Eine Steuerungsgruppe wurde implementiert und im Herbst 2019 wurde eine Gesundheitsbefragung (voraussichtlich ABI+) mit allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durchgeführt. Parallel zur Befragung werden MA 10 – intern Moderatorinnen und Moderatoren für Gesundheitszirkel ausgebildet, die im Anschluss an die Befragung die Gesundheitszirkel leiten werden. Die Umsetzungsphase wird sich vermutlich bis Ende 2020 erstrecken.
- Das BGF-Projekt „Gemeinsam gesund gestalten“ der MA 35 Einwanderung und Staatsbürgerschaft wird in Kooperation mit der WiG bis Dezember 2019 umgesetzt. Das Projekt wird von Irene Kloimüller und Renate Czeskleba fachlich begleitet. Im ersten Halbjahr wurden auch in den Außenstellen des Fachbereichs Staatsbürgerschaft Gesundheitszirkeln umgesetzt, ein Maßnahmenkatalog erarbeitet und der Steuerungsgruppe präsentiert. Der Großteil der Maßnahmen wird „in der Linie“ umgesetzt, in den Themenbereichen „Gesundes Führen“ und „Kommunikation“ unterstützt die WiG.

- Parallel zu den laufenden Projekten finden laufend Beratungen mit interessierten Dienststellen statt.
- Im ersten Halbjahr 2019 startete die Planung für die Tagung „Gesunde Arbeitswelt in der Stadt Wien – Herausforderungen und Chancen“ am 24. Oktober 2019 im Wappensaal des Wiener Rathauses. Zum einen werden erfolgreiche Projekte, die in Kooperation mit der WiG umgesetzt wurden, vorgestellt und vor den Vorhang geholt. Zum anderen werden aktuelle Herausforderungen der Arbeitswelt 4.0 in der Stadt Wien diskutiert und Ansätze, wie diese Veränderungen für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gesund gestaltet werden können, vorgestellt.

Projektleiterin: Hannah Grumiller, Bakk.^a (WiG)

BGF Initiative der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB)

Die VAEB verfolgt im Rahmen ihrer Gesundheitsstrategie das Ziel, Betriebe, für die sie zuständig ist, beim Aufbau bzw. der nachhaltigen Integration von Gesundheitsförderung in die Unternehmensstrategie zu unterstützen sowie passende Gesundheitsprogramme für die Versicherten anzubieten.

Im Jahr 2019 werden Wiener BGF-Betriebe der VAEB durch Maßnahmen im Bereich Mentale Gesundheit unterstützt.

Status Quo:

- Durchführung 1 Workshop „Mentale Gesundheit“ für ÖBB-Gesundheitsmanagerinnen sowie Gesundheitsmanager (1-tägig)
- Durchführung Seminar „Mentale Gesundheit am Arbeitsplatz“ (2-tägig) für ÖBB Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Durchführung Seminar „Psychische Gesundheit bei Führungskräften“ (2-tägig) bei Firma RAG

8.4 Ältere Menschen

Gesund älter werden in Wien

„Gesund älter werden in Wien“ wird in neun Wiener Bezirken (3., 4., 7., 9., 11., 12., 14., 17., und 23. Bezirk) umgesetzt und richtet sich an nicht mehr erwerbstätige Frauen und Männer im Alter von 60 bis 75 Jahren. Dabei steht der Aspekt der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit besonders im Fokus, d. h. der Gesundheitsnutzen soll vor allem bei jenen Gruppen erreicht werden, bei denen der Bedarf am größten ist.

Im Hinblick auf den zukünftig stark steigenden Anteil älterer Menschen mit Migrationshintergrund wird auch diese Zielgruppe angesprochen, ebenso – die Querschnittsmaterie Behinderung im Konzept zum Landesgesundheitsförderungsfonds berücksichtigend – ältere Menschen mit Behinderung.

Status Quo:

- In der Kontaktphase standen das Erreichen der primären Zielgruppe und die Beziehungsarbeit mit dieser im Fokus. In jedem Projektbezirk wurden 14-tägig Grätzel-Cafés umgesetzt. In drei Bezirken (3, 12, 14) fanden diese in Einrichtungen der Auftragnehmerinnen bzw. Auftragnehmer statt (Nachbarschaftszentren des Wiener Hilfswerks), in den weiteren Bezirken in Räumlichkeiten, die von Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern zur Verfügung gestellt wurden: Pensionistenklubs der Stadt Wien (Bezirke 4, 7, 9 und 11), Volkshochschule Erlaa (23. Bezirk) und Verein „Mitten in Hernals“ (17. Bezirk). Im Durchschnitt nahmen sieben Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer pro Grätzel-Café teil.
- Laufend wurden die Grätzel-Café-Besucherinnen und Besucher in die partizipative Entwicklung von Maßnahmen eingebunden; besonders gute Erfahrungen wurden dabei mit der Methode des World-Cafés gemacht.
- Dies führte zur Maßnahmenumsetzung: In den Grätzel-Cafés wurden Vorträge und Informations-Veranstaltungen u. a. zu den Themen „Gesunde Ernährung im Alter“, „Diabetes“ und „Mobile Ergotherapie / Wohnraumadaptierung“ gehalten. Weiters fanden Bewegungsangebote und Ausflüge statt, bspw. Gartenbaumuseum, Geldmuseum, Rathausführung, Christkindlmarkt, Schlosspark Schönbrunn, Werkstatt Jugend am Werk, Städtische Bücherei Simmering, ORF-Funkhaus Wien. Weitere Maßnahmen wurden außerhalb der Grätzel-Cafés umgesetzt: Kreistanzen, Schaukochen, Führung Müllverbrennungsanlage Spittelau, generationsübergreifender Nachmittag im Jugendzentrum, Führung im Bezirksmuseum Hernals, 6-teilige bezirksübergreifende Vortragsreihe zu Gesundheitsthemen.
- Initiativenförderung: Initiativen von Seniorinnen und Senioren oder Einrichtungen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung des Lebensumfeldes sollen durch eine finanzielle Förderung und begleitende Beratung ermöglicht werden. Sowohl Seniorinnen und Senioren als auch Organisationen wurden angeregt, eigene gesundheitsfördernde Kleinprojekte im Rahmen der Initiativenförderung der WiG umzusetzen. Bis Ende Juni 2019 konnten neun Grätzel- und fünf Kooperationsinitiativen gestartet und umgesetzt werden.

- Durch Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit (Medienarbeit, Flugblätter, Plakate, Inserate, Präsenz bei Veranstaltungen, Publikation, wissenschaftlicher Vortrag) wurde einerseits die Zielgruppe der Seniorinnen und Senioren, andererseits ein Fachpublikum angesprochen. Ein Sommerfest für Seniorinnen und Senioren sowie wesentliche Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner markierte im Juli 2019 das Ende der operativen Projektphase.

Projektleiterin: Mag.^a Ursula Hübel (WiG)

Gesundheitsaktion „Senioren“ (SVB)

Durch die Gesundheitsaktion „Senioren“ wird älteren Menschen, die Belastungen durch Veränderungen im täglichen Leben erfahren (Lebenskrisen, sozialer Rückzug, psychische Altersbelastungen, usw.), welche sich als besonders schwierig erweisen, eine aktive Erholung und vor allem Hilfestellung ermöglicht.

Durch das gebotene Programm bei den Turnussen sollen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nachhaltig von diesem Aufenthalt profitieren. Ihre körperliche und seelische Gesundheit soll dadurch langfristig erhalten bleiben bzw. verbessert werden.

Die Stärkung von Gesundheitschancen und der Gesundheitskompetenz der Seniorinnen und Senioren sind ein Ziel des Programms. Wissensvermittlung (Handlungs- und Effektwissen), Förderung der Selbstbestimmtheit (Stärkung des Kohärenzgefühls), Annehmen der Situation und bessere Bewältigung (Bewältigungsstrategien) – all das spielt bei dieser Intervention eine Rolle. Es geht um einen ganzheitlichen Ansatz, der Empowerment in dieser Altersgruppe fördern soll. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollen ihre Lebensbedingungen so gestalten können, dass die physische und psychosoziale Gesundheit in ihrer Lebensphase gefördert wird und die psychosozialen Belastungen und Stress möglichst verringert werden, indem ihre Lebenskompetenzen gestärkt werden. Die Teilnehmenden werden somit zu Co-Produzenten ihrer Gesundheit.

Status Quo:

Das Vorhaben befindet sich in der Umsetzungsphase. Zusätzlich zur jährlichen allgemeinen Evaluierung erfolgte 2015/2016 eine umfangreiche Evaluierung der Nachhaltigkeit und Steigerung der Lebensqualität. Aufgrund der Ergebnisse wurden mit Herbst 2017 weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen gesetzt. Dazu wird auch mit externen Fachexpertinnen bzw. Fachexperten zusammengearbeitet.

„JA! Jetzt aktiv“ – Eine Initiative der VAEB für/mit älteren Menschen

Bereits im Jahr 2008 startete die VAEB das Gesundheitsförderungsprogramm „JA! Jetzt aktiv“ für ältere Versicherte. Neben dem Angebot einer stationären Gesundheitswoche stehen die Bildung von wohnortnahen selbstorganisierten Gruppen und eine kontinuierliche Nachbetreuung im Vordergrund. Zielgruppe des Programmes sind Personen 50+, die sich in der Übergangsphase von der Erwerbsarbeit in die Pensionierung befinden.

Status Quo:

- Umsetzung von Gedächtnistrainings
- Modulentwicklung Gesundheitskompetenz
- Treffen mit Gesundheitsgruppen – Schwerpunktthema Gesundheitskompetenz

8.5 Gesundheitskompetenz

Steigerung der Gesundheitskompetenz im Bereich Ernährung – Richtig Essen von Anfang an!

Im Rahmen des Projekts „Richtig Essen von Anfang an! - Wien“ (REVAN) werden kostenlose Workshops zum Thema Ernährung in der Schwangerschaft (Modul I) und Ernährung in der Stillzeit und Beikost für Babys (Modul II) angeboten. Seit Frühling 2018 gibt es auch einen Workshop zum Thema Ernährung für 1- bis 3-jährige Kinder (Modul III). Die Zielgruppen sollen durch kostenlose, qualitativ hochwertige, niederschwellige und praxisnahe Angebote zu einer gesundheitsförderlicheren und ernährungsbewussteren Lebensweise herangeführt werden.

Ein besonderer Fokus des Projekts liegt darauf, Migrantinnen und Migranten zu erreichen. Dafür werden Workshops in Fremdsprachen angeboten und die Zusammenarbeit mit einer Gesundheitslotsin fördert die Abhaltung und Organisation von Kursen für Migrantinnen und Migranten. Eine weitergehend intensive Bewerbung der Workshops ist notwendig.

Seit 2015 läuft das Projekt im Regelbetrieb der Wiener Gebietskrankenkasse und wird aus den Mitteln des Wiener Gesundheitsförderungsfonds finanziert.

Status Quo:

Die regulären Workshops für Schwangere sind meist einen Monat im Voraus ausgebucht, jene für Stillende und Beikost für Babys meist zwei Wochen und jene für 1- bis 3-jährige Kinder zwei Monate im Voraus.

Auch im Jahr 2019 wurden die WGKK-Standorte (Gesundheitszentren) für die Abhaltung der Workshops stark genutzt und die Kooperation mit der Volkshochschule Wien (Nutzung der Räumlichkeiten) weitergeführt. Folder und Plakate wurden regelmäßig an Gesundheitszentren, Bezirksstellen und Kundencenter, aber auch an Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Apotheken versandt. Außerdem werden den Schreiben zum Wochen- und/oder Kinderbetreuungsgeld Folder beigelegt.

Weiterhin und laufend ist eine verstärkte Netzwerktätigkeit wichtig.

Projektleiterin: Sabine Slovencik, BBSk. (WGKK)

Steigerung der Gesundheitskompetenz mit dem Fokus auf Lebensstil – „rundum gesund“

„rundum gesund“ ist ein Programm zur geschlechts- und kultursensiblen Gesundheitsförderung bei Übergewicht und Adipositas und besteht aus Angeboten auf der Verhaltensebene (Gruppenprogramm für Männer und Frauen mit Übergewicht & Adipositas sowie Vortragsreihe „rundum gesund informiert“ für alle Interessierten) und der Verhältnisebene (Vernetzungstreffen des Wiener Forums Übergewicht & Adipositas). Die Kurse zur Gewichtsreduktion und langfristiger Gewichtsstabilisierung beinhalten die drei Säulen Ernährung, Bewegung und Psychologie. Die Betreuung erfolgt durch ein multidisziplinäres Team in den Sprachen Deutsch, Türkisch sowie Bosnisch/Kroatisch/Serbisch und wird geschlechtssensibel abgehalten. Die Laufzeit der Kurse beträgt inklusive Nachbetreuung 12 Monate (28 Termine). Nach den wöchentlichen bis 14-tägigen Gruppentreffen (8 Monate) folgen eine Nachbetreuungsphase und ein Abschlusstreffen inklusive Erhebung der relevanten physiologischen und psychosozialen Daten.

Status Quo:

Wie geplant konnten bislang 14 geschlechts- und kultursensible Kurse organisiert werden, alle Gruppentreffen können im Projektzeitraum stattfinden. Das Plansoll von 150 Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Gruppen wurde übertroffen. 169 Frauen und Männer mit Übergewicht und Adipositas konnten im Rahmen des Programms bei einer Lebensstiländerung zur Gesundheitsförderung bei Übergewicht und Adipositas multidisziplinär betreut werden.

Im Rahmen einer nachhaltigen Verankerung über die Gruppenprogramme hinaus ist allen Interessierten die Teilnahme an der offenen Vortragsreihe möglich. Auf Grund wiederholter Nachfragen zum Thema Nahrungsmittelunverträglichkeiten fand zum Auftakt am 23. April 2019 die Veranstaltung „...und es schmeckt trotzdem! – Gesund Essen mit Lebensmittelunverträglichkeiten“ statt.

Projektleiterin: Sabine Slovincik, BBSoc. (WGKK)

Steigerung der Gesundheitskompetenz bei ausgewählten Zielgruppen – „Gesund ist Gesünder“ (SVA)

Im Februar 2019 startete das Projekt „gesund ist erfolgreich“ in den 4. Turnus. Es handelt sich um ein maßgeschneidertes Programm für Ein-Personen-Unternehmen (EPU) und Klein- und Mittelunternehmen (KMU) zur Steigerung der Gesundheitskompetenz und des Gesundheitsverhaltens. Über einen Zeitraum von 6 Monaten bekommen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bei mehr als 30 Trainings professionelle Unterstützung in den Bereichen Bewegung, Ernährung, mentale Gesundheit sowie Lifestyle. Ziel ist es, die gelernten Inhalte in den Arbeits- und Lebensalltag zu integrieren, um nachhaltig die Eigenverantwortung und Gesundheitskompetenz zu stärken. Hierfür braucht es zielgruppenspezifische Angebote, die sich an den Bedürfnissen dieser Berufsgruppe orientieren.

Startpunkt des Programms ist wie bei den meisten SVA-Gesundheitsinitiativen ein Gesundheits-Check im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung. Hier wird eine Ist-Analyse des aktuellen Gesundheitsstatus erhoben. Direkt im Anschluss findet ein Einzelgespräch mit dem medizinischen Leiter des Programms statt. Hierbei werden die individuellen Gesundheitsziele und die unterstützenden Angebote besprochen. Dadurch kann sich jede/r Teilnehmer/in Schwerpunkte setzen, an denen er im Verlauf des Programms gezielt arbeitet. Der Betreuerstab wird vorab über die jeweiligen Ambitionen informiert und unterstützt im Verlauf des Programms.

Status Quo:

„Gesund ist Gesünder“ bietet die Möglichkeit, an Trainings, Workshops und Vorträgen aus den Themenbereichen Bewegung, Ernährung, mentale Gesundheit und Lifestyle teilzunehmen. Die Einheiten dauern jeweils zwei Stunden und finden bevorzugt zu Tagesrandzeiten alternativ morgens und abends statt. Die Buchung der Trainingseinheiten erfolgt online, dadurch erhält jede/r Teilnehmer/in ein individuell auf Alter, körperliche Fitness und persönliche Ziele abgestimmtes Programm und entscheidet selbst, welche Schwerpunkte sie/er für sich setzen will: Die Palette reicht von Kondition verbessern, bis Ernährung umstellen, Stress bewältigen, etc.

Das gemeinsame Training in der Gruppe hat sich gerade für die Zielgruppe der EPU's und KMU's als wichtiger Erfolgsfaktor erwiesen. Daher werden auch im aktuellen Gesundheitsprogramm Trainingsteams zu max. 30 Personen gebildet, die gemeinsam an ihren Gesundheitszielen arbeiten.

Selbstvertretungszentrum für Menschen mit Lernschwierigkeiten

Die Idee der Selbstvertretung entstand in den 70er Jahren. Vor rund 30 Jahren ging aus ihr in den USA die „People First“-Bewegung hervor, die sich aus Selbsthilfegruppen von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zusammensetzt. „People First“ heißt „Mensch zuerst“ und bedeutet „Fürsprecherin bzw. Fürsprecher für sich selbst sein“. Selbstvertretung macht deutlich, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten selbst Sprecherinnen bzw. Sprecher für ihre Rechte und ihr gesamtes Leben sind und nicht durch andere Personen vertreten werden wollen. Auch in Österreich haben sich „People First“- bzw. Selbstvertretungsgruppen etabliert.

Die Wiener Gesundheitsförderung fördert seit 2013 das Projekt „Selbstvertretungszentrum für Menschen mit Lernschwierigkeiten“. Fördernehmer ist das WUK – Verein zur Schaffung offener Kultur- und Werkstättenhäuser, welches die Funktion der Projektkoordination ausübt. Geplant und umgesetzt wird das Projekt von den Selbstvertreterinnen bzw. Selbstvertretern.

Ziele des Projekts sind die Reduktion von Diskriminierung und die Förderung der Teilnahme von Menschen mit Lernschwierigkeiten auf allen gesellschaftlichen Ebenen. Erreicht werden soll das durch Informations- und Aufklärungsarbeit, Betroffenenberatung, Fort- und Weiterbildungsangebote, Veranstaltungen, Lobbying und der Erstellung von Materialien in leichter Sprache.

Neben der Basisförderung durch die WiG wird das Projekt seit 1. Jänner .2014 zusätzlich aus Mitteln des LGFF gefördert.

Status Quo:

- Durch die kontinuierliche Reflexion und entsprechende Adaptierungen konnte eine tragfähige Projektstruktur aufgebaut werden.
- Es ist gelungen, ein stabiles Leitungsteam des Selbstvertretungszentrums zu etablieren. Die Mitarbeit der vier Personen mit Lernschwierigkeiten erfolgt ehrenamtlich, die Zusammenarbeit ist in einem Vertrag mit dem WUK geregelt. An den Möglichkeiten der aktiven Mitarbeit für weitere Personen mit Lernschwierigkeiten wird gearbeitet.
- Ein funktionierendes Unterstützungsmanagement mit zwei Unterstützerinnen und jeweils einem Praktikumsplatz wurde aufgebaut. Knappe Unterstützungsressourcen sind eine bleibende Herausforderung.
- Zahlreiche Angebote und Aktivitäten für Menschen mit Lernschwierigkeiten werden durch das Selbstvertretungszentrum umgesetzt, von der Zielgruppe genutzt und als zufriedenstellend bewertet. Die Angebote und Aktivitäten werden laufend reflektiert und im Sinne der Zielgruppe adaptiert. Neue Angebote sind in Entwicklung.
- Das Selbstvertretungszentrum ist bei der Zielgruppe und bei Trägereinrichtungen der Behindertenhilfe bekannt und die Zufriedenheit damit ist hoch.
- Das Selbstvertretungszentrum gewann den Österreichischen Inklusionspreis 2016.
- Es gibt eine Informations-Website und einen Informations-Folder zum Selbstvertretungszentrum.

Projektleiterin: Mag.^a Martina Daim, BEd (WiG)

Gesundheitskompetenz für Frauen und Männer in der Erwachsenenbildung – DURCHBLICKer*in

Die Gesundheitskompetenz der Österreicherinnen und Österreicher ist im europäischen Vergleich schlecht ausgeprägt, so das Ergebnis einer Studie, die in acht Ländern durchgeführt wurde (Pelikan, 2012). Ein wesentlicher Teil der österreichischen Bevölkerung hat somit Schwierigkeiten bei der Suche nach Informationen zu Gesundheitsfragen oder Krankheitssymptomen. Besonders bildungsferne Menschen sowie Angehörige benachteiligter Bevölkerungsgruppen sind von geringer Gesundheitskompetenz betroffen. Mit dem Projekt „DURCHBLICKer*in“ stellen sich die Frauengesundheitszentren FEM und FEM Süd sowie das Männergesundheitszentrum MEN der Aufgabe, einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in Wien zu leisten.

Zielsetzung des Projekts DURCHBLICKer*in ist die Stärkung der Gesundheitskompetenz von arbeitssuchenden und arbeitsmarktfernen Frauen und Männern mit und ohne Migrationserfahrung im Rahmen von Qualifizierungsmaßnahmen. Das Setting umfasst Einrichtungen der Erwachsenenbildung sowie Träger von Deutschkursen. Zusätzlich sind auch Professionistinnen bzw. Professionisten aus dem Gesundheits- und Sozialsystem und aus Erwachsenenbildungseinrichtungen Zielgruppe des Projektes. Diese sollen im Rahmen von Maßnahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung für das Thema Gesundheitskompetenz sensibilisiert werden.

Status Quo:

Seit Start der ersten Maßnahme im Oktober 2017 konnten bereits 49 Workshop-Reihen bei Context - Impulse am Arbeitsmarkt GmbH (step2job, step2Austria,...), VHS 10, 12, 15, 20 und 21, Integrationshaus, Caritas und Provita umgesetzt werden. Damit wurden 729 Frauen und Männer erreicht. Inhalte der Workshops waren unter anderem: Das österreichische Gesundheitssystem, psychische Gesundheit, Ernährung, Bewegung, Kommunikation, Gespräche bei Ärztinnen und Ärzten, Medikamente, Rechte der Patientinnen und Patienten sowie kritische Gesundheitskompetenz. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass mit den Maßnahmen des Projektes DURCHBLICKer*in bereits alle Soll-Zahlen erreicht wurden. Lediglich die Anzahl der Gesundheitskompetenzworkshops liegt unter der Planung, die Anzahl der Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer war in Summe deutlich höher als erwartet. In den anderen Bereichen wurde die Zahl der insgesamt zu erreichenden Personen bereits überschritten.

Projektleiterinnen: Sabine Slovincik, BBSoc. (WGKK); Mag.^a Hilde Wolf (FEM Süd)

Steigerung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund

Die Steigerung von Gesundheitskompetenz (health literacy) bezeichnet die Fähigkeit, Informationen, die die eigene Gesundheit betreffen, finden, verstehen, beurteilen und anwenden zu können. Dafür bedarf es einiger Anstrengungen auf individueller Ebene, um Menschen dazu zu befähigen, diese Kompetenzen zu erlangen. Dahingehend soll ein Projekt zur Steigerung der Gesundheitskompetenz mit dem Fokus auf Menschen mit Migrationshintergrund beitragen. Dazu wird einerseits das Projekt „Migrantinnen und Migranten für Gesundheit (MfG)“ der Volkshilfe mit maximal 60.000 Euro netto für die Jahre 2018 bis Ende 2019 unterstützt. Andererseits wurde die Abteilung Kundenanliegen der WGKK damit beauftragt, die verbleibenden Mittel in der Höhe von insgesamt 180.000 Euro netto für die Entwicklung und Umsetzung von konkreten Maßnahmen im

Rahmen des Zieles zu verwenden, um die Wiener Gebietskrankenkasse auf dem Weg zur Entwicklung einer gesundheitskompetenten Organisation zu bringen.

Status Quo:

Die Abteilung Kundenanliegen legt in einem ersten Schritt den Fokus auf leicht verständliche Informationsmaterialien, die es Menschen mit Migrationshintergrund besser ermöglichen sollen, eigenständig gesundheitsrelevante Informationen zu erhalten:

- Erstellung von audiovisuellem Informationsmaterial („Erklärvideos“):

Erstellung von audiovisuellem Informationsmaterial durch einen externen Dienstleister, zu Themen aus der Krankenversicherung, um Menschen mit Migrationshintergrund den Zugang zu den durch die WGKK angebotenen Leistungen zu vereinfachen. Nach Fertigstellung werden die Videos auf der WGKK-eigenen Facebook-Seite, auf dem WGKK-eigenen Youtube-Channel und auf der WGKK-Website veröffentlicht.

- Informationen zum Thema „Mitversicherung“ im Sprachniveau A1, A2 und B1:

Die WGKK bietet einen jährlich aktualisierten Ratgeber an, der im Überblick die Leistungen der WGKK darstellen soll. Dieser Ratgeber ist sprachlich jedoch schwer verständlich und daher nicht für Menschen mit Migrationshintergrund geeignet. Aus diesem Zweck werden nun einzelne Kapitel in einfachere Sprachniveaus übersetzt, um diese Informationen auch Menschen mit Migrationshintergrund zugänglich zu machen.

Projektleiterin: Tankaz Aygül (WGKK)

8.6 Sonstige Gesundheitsförderungsprojekte

HEPA Wien – „Jackpot.fit“- Bewegungsprogramm für inaktive Erwachsene mit Typ-2-Diabetes und Diabetes-Risiko

Die HEPA-Strategie – Health Enhancing Physical Activity – zielt auf die Förderung der gesundheitswirksamen körperlichen Aktivität bei Erwachsenen ab, die gegenwärtig die Mindestkriterien der Bewegungsempfehlungen nicht erreichen und wurde von der World Health Organization (WHO) initiiert. Die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) ist in Österreich der Projekttreiber der HEPA-Strategie und setzt in Kooperation mit anderen Sozialversicherungsträgern sowie Sportverbänden bereits ähnliche zielgruppenspezifische Bewegungsprojekte in Oberösterreich, Burgenland, Steiermark und Kärnten um.

Das „Jackpot.fit – Bewegungsprogramm“ in Wien soll Personen mit Diabetes Typ 2 oder Diabetes-Risikopersonen (ab BMI >28) unterstützen, ihr Bewegungsverhalten zu optimieren, das Risikoprofil zu verbessern und Freude an der Bewegung zu finden. Im Rahmen des Projekts werden standardisierte „Jackpot“-Bewegungseinheiten (60 bis 90 Minuten) bei Wiener Sportverbänden angeboten. Die Kurse finden in Kleingruppen mit maximal 12 TeilnehmerInnen statt. Die Teilnahmegebühr für das erste Semester wird von der/vom Versicherten getragen, bei einer bestätigten Teilnahme ab mindestens 70 Prozent wird die Teilnahmegebühr für das zweite Semester (und unter bestimmten Voraussetzungen auch für das dritte Semester) aus dem Projektbudget finanziert.

„Jackpot.fit“ in Wien startet im September 2020, der „Soft-Start“ läuft ab Februar 2020. Die Umsetzung erfolgt in Kooperation mit der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA). Finanziert wird „Jackpot.fit“ durch die Wiener Krankenversicherungsträger (WGKK, SVA, SVB, BVA und VAEB) und aus Mitteln des Landesgesundheitsförderungsfonds (LGFF).

Projektleiter: Mag. Daniel Dick, MPH (SVA), Mag. Michael Hahn (WGKK)

„Med4school – die Gesundheitsdrehscheibe“

Ziel von „Med4school – die Gesundheitsdrehscheibe“ ist es, die Gesundheitskompetenz der Wiener Volksschulkinder zu steigern. Initiiert wurde das Projekt von der Ärztekammer für Wien (Kurie niedergelassene Ärzte), die auch die Hälfte der Kosten trägt. Die übrigen Mittel werden von den Wiener Krankenversicherungsträgern (WGKK, SVA, SVB, BVA und VAEB) zur Verfügung gestellt. „Med4school“ ist für die dritten Klassen der öffentlichen Volksschulen in Wien vorgesehen und besteht aus mehreren Modulen, für die jeweils Unterrichtsmaterialien bereitgestellt werden und direkt in den Regelunterricht inkludiert werden können. Unterlagen gibt es unter anderem zu den Themen: „Mein Körper – Funktionsweise, Aufgaben“, „Mein Immunsystem“, „Gesundheit für alle – Aufbau, Begriffe wie Krankenversorgung/Gesundheitsförderung“, „Meine Hausärztin/meinHausarzt“. Geplant ist der Start des Projekts ab dem Schuljahr 2020/21.

Projektleiterinnen: Mag.^a Gabriella Milinski (Ärztekammer für Wien), Mag.^a Regine Bohrn (WGKK)

9. ABGESCHLOSSENE PROJEKTE

9.1 *Alkohol. Leben können.*

Operatives Ziel

6. LE: Verbesserung der Integrierten Versorgung

Projektmitglieder

Mag.^a Ursula Griesser (WGKK)

Mag. Stefan Matschnigg-Peer (WGKK)

Michael Dressel, MA (SDW)

Ewald Lochner, MA (SDW)

Lenea Reuvers, MA (SDW)

Zeitlicher Rahmen

„Alkohol. Leben können.“ ist seit 1. Jänner 2019 als Regelversorgung in Wien etabliert

Projektbeschreibung/Status Quo

Für die Umsetzung der Landeszielsteuerung im Rahmen der Gesundheitsreform setzen sich seit dem Jahr 2012 die Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK), die Pensionsversicherungs-anstalt (PVA) und die Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) mit der Versorgung von alkoholkranken Menschen in Wien auseinander.

Das Projekt „Alkohol. Leben können.“ wurde von April 2016 bis Dezember 2018 in der Pilotphase II geführt. Nach Ablauf dieser Zeit wurde „Alkohol. Leben können.“ mit 1. Jänner 2019 als Teil der Regelversorgung in Wien übernommen. Neben den Kooperationspartnerinnen und -partnern WGKK, PVA und Stadt Wien wurden in der zweiten Phase weitere Kostenträger (BVA, KFA, SVA, SVB und VAEB) gewonnen, die sich nach wie vor an der Finanzierung beteiligen. Die Anspruchsberechtigung wurde ebenfalls ausgeweitet, sodass Personen, die bei der WGKK, SVA, SVB, BVA, KFA, VAEB oder einer der Betriebskrankenkassen versichert sind, im Rahmen des Angebots betreut werden können. Somit konnte die Zielgruppe in der Pilotphase II vergrößert werden und die Kapazitäten, vor allem im ambulanten Angebot, ausgebaut werden. Im Durchschnitt können pro Monat bis zu 120 Personen in „Alkohol. Leben können.“ aufgenommen werden.

Ziele des Projektes

Entwicklung und Umsetzung eines integrierten Versorgungsmodells für alkoholranke Menschen, welches bedarfs- und zielgruppenorientiert ausgerichtet ist und sektoren-übergreifend ambulante, stationäre, rehabilitative und integrationsfördernde Angebote aufeinander abstimmt. Ziel ist, dass Menschen mit einer Alkoholsuchtproblematik objektiv und subjektiv gesünder und in das gesellschaftliche Leben integriert sind.

Kritische Erfolgsfaktoren

- Klärung der langfristigen Finanzierung
- Schaffen der für die Umsetzung des integrierten Versorgungsmodells erforderlichen strukturellen, rechtlichen und organisatorischen Voraussetzungen
- Schaffen der vertraglichen Grundlagen und Kooperationsmöglichkeiten

9.2 Attraktivierung der Kinder- und Jugendheilkunde

Operatives Ziel

1.2. LE 5: Verfügbarkeit und Einsatz des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals (Skill-Mix, Nachwuchssicherung, demografische Entwicklung) sicherstellen

Projektmitglieder

Mag.^a Susanne Guld, MBA (MA 24)

Tanja Fruhmann, MA (MA 24)

Prof.ⁱⁿ DDr.ⁱⁿ Andrea Fleischmann (WGKK)

Patricia Dundler, MA (WGKK)

Zeitlicher Rahmen

2017 – 2018

Projektbeschreibung/Status Quo

Bei der Nachbesetzung von kindermedizinischen Stellen zeichnet sich ein Versorgungsdelta im niedergelassenen Bereich ab.

Das Europäische Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung wurde beauftragt, die Motivationslage, Zukunftsvorstellungen und Auswirkungen von Rahmenbedingungen des niedergelassenen Bereichs auf die Karriereplanung angehender und praktizierender Kinder- und Jugendmedizinerinnen bzw. -mediziner zu erheben.

Dazu wurde mit der Zielgruppe eine Online-Befragung durchgeführt. Außerdem wurden Kinder- und Jugendmedizinerinnen und -mediziner zu einer Fokusgruppe eingeladen, in deren Rahmen die Ergebnisse der Onlinebefragung kritisch hinterfragt und Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der ambulanten kinder- und jugendärztlichen Versorgung erarbeitet wurden. Insgesamt nahmen 69 Kinder- und Jugendmedizinerinnen und -mediziner an der Online-Befragung teil. In Folge werden die wichtigsten Ergebnisse dargestellt.

1. Relevante Faktoren für die Berufswahl:

- Vereinbarkeit von Beruf und Familie bzw. persönlichem Lebensstil
- Wunsch, anderen und der Gesellschaft zu dienen
- Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt der Behandlung zu stellen
- Breites Spektrum an Patientinnen und Patienten sowie intensiver Kontakt mit ihnen
- Möglichkeit, herausfordernde Fälle behandeln und abrechnen zu können

2. Zukunftspläne:

Kinder- und Jugendmedizinerinnen bzw. -mediziner sehen ihre berufliche Zukunft überwiegend im Spitalsbereich. Der Wunsch, eigenverantwortlich tätig zu sein, nimmt jedoch mit steigendem Beschäftigungsalter zu.

3. Potentiell fördernde Rahmenbedingungen für die Niederlassung:

- Anstellungsmöglichkeit im niedergelassenen Bereich
- Neugestaltung des Verrechnungskatalogs
- Ausreichende Zeitressourcen
- Unterstützung bei der Gründung („Gründerservice“)
- Weniger Administrationsaufwand
- Höheres Einkommen

Die Einkommenserwartungen der angehenden Medizinerinnen und Mediziner decken sich hingegen mit den durchschnittlich kalkulierten Einkommen einer niedergelassenen Ordination mit Kassenvertrag.

Weiters werden Unterstützungsangebote im Rahmen einer Niederlassung hinsichtlich der Finanzierungsmöglichkeiten, Schulungsangebote zu rechtlichen Fragestellungen (z.B. Gesellschaftsform, Gesellschafterverträge, Haftung) sowie Personal- und Ordinationsmanagement gefordert.

Aus der Befragung kann jedenfalls Handlungsbedarf hinsichtlich besserer Rahmenbedingungen wie Einkommen und Arbeitsbedingungen abgeleitet werden.

Mit der Darstellung des Handlungsbedarfes und konkreter Maßnahmen zur Attraktivierung der Kinder- und Jugendheilkunde (vor allem im niedergelassenen Bereich) ist das Projekt abgeschlossen.

Ziele des Projektes

Steigerung der Bereitschaft von Kinderärztinnen bzw. Kinderärzten, sich in der freien Praxis niederzulassen und sich an der Umsetzung innovativer und bedarfsgerechter Kinderversorgungsmodelle zu beteiligen durch:

- Eine Analyse der fördernden und hemmenden Faktoren bei den derzeit in Ausbildungen befindlichen Pädiaterinnen und Pädiatern mittels Befragung und Fokusgruppen
- Entwicklung von Umsetzungsmaßnahmen

Kritische Erfolgsfaktoren

- Zugang zu den derzeit in Ausbildung befindlichen Pädiaterinnen und Pädiatern
- Anreize für den niedergelassenen Bereich

9.3 Erstellung eines IT-Konzeptes zur Integration und Anwendung des „Öko-Tools“ sowie des ABS in den Krankenanstalten des KAV

Operatives Ziel

5. LE: Gezielter Einsatz von IKT zur PatientInnenversorgung, Systemsteuerung und Innovation

Projektmitglieder

Dipl. Ing.ⁱⁿ Herlinde Toth (MA 01)

Edith Brandner (WGKK)

Zeitlicher Rahmen

2014 – 2019

Projektbeschreibung/Status Quo

Das IT-Konzept zur Integration und Anwendung des „Öko-Tools“ sowie des Arzneimittelbewilligungsservice (ABS) im KAV wurde im Dezember 2014 fertiggestellt.

In den Wiener Städtischen Krankenhäusern (WSK) wurde die IT-Lösung in der Software Topas (Eigenentwicklung der KAV-IT), die für die Patientenbriefschreibung inklusive Medikationsempfehlung und integriertem Rezeptdruck verwendet wird, realisiert.

Der Einsatz in den WSK erfolgte schrittweise, beginnend mit dem KH Gersthof im Herbst 2017 und ist mit Ende 2019 zum Großteil abgeschlossen.

Im AKH wurde das Projekt „e-Medikation light“ aufgesetzt. Es umfasst sowohl die Verwendung des „Öko-Tools“ als auch des ABS und die Unterstützung des Rezeptdrucks auf A4. Das Rollout im AKH erfolgte abteilungsweise und konnte im April 2017 erfolgreich abgeschlossen werden. Kleinere Nacharbeiten werden im Rahmen der allgemeinen Wartungsaktivitäten durchgeführt.

Der Vertrag betreffend das Spitalkassenrezept zwischen KAV und WGKK wurde angepasst und im September 2019 unterfertigt.

Status Quo KAV:

Das Roll-out im KAV ist zum Großteil abgeschlossen.

Ziele des Projektes

Berücksichtigung des „Öko-Tools“ bei der Erstellung der Entlassungsmedikation und beim Ausstellen eines Spitalkassenrezeptes. Dadurch soll eine Ökonomisierung der Verschreibeweise und eine größere Kontinuität der Medikation im intra- und extramuralen Bereich erreicht werden.

Kritische Erfolgsfaktoren

Ausreichend personelle Ressourcen – abweichende Vorschläge des „Öko-Tools“ zur diktierten ärztlichen Verordnung müssen für den konkreten Fall durch die Ärztin bzw. den Arzt bewertet werden.

9.4 Gesundheitsberatung 1450 in Wien

Vormals: Telefon- und webbasiertes Erstkontakt- und Beratungsservice (TEWEB)

Operatives Ziel

7.2.3.: Konzipierung eines bundesweit einheitlichen Rahmens für ein telefon- und web-basiertes Erstkontakt- und Beratungsservice

Projektmitglieder

Mag.^a Michaela Markovic (WGKK)

David Reif, MBA (FSW)

Zeitlicher Rahmen

1. Oktober 2014 bis 31. Dezember 2018 Pilotprojekt, ab 1. Jänner 2019 Regelbetrieb

Projektbeschreibung/Status Quo

Im Bundes-Zielsteuerungsvertrag wurde als Maßnahme 3 des operativen Zieles 7.2.3 die „Konzipierung eines bundesweit einheitlichen Rahmens für ein telefon- und webbasiertes Erstkontakt- und Beratungsservice“ festgelegt. Der Wiener Zielsteuerungsvertrag sieht die Implementierung eines telefonischen und webbasierten Erstkontakt- und Beratungsservices in regionaler Ausprägung vor.

Die telefonische Gesundheitsberatung ist täglich und rund um die Uhr für die Wiener Bevölkerung unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer 1450 erreichbar. Sie bietet Verhaltens- bzw. Handlungsempfehlungen im Hinblick auf eine allfällige Dringlichkeit und die daraus folgende Versorgungsstufe („Best Point of Service“) auf Grundlage des protokollgestützten lizenzbasierten Expertensystems („LowCode“). In Wien wurde der FSW als dezentraler operativer Betreiber festgelegt.

Im Rahmen der Pilotierungsphase vom 7. April 2017 bis 31. Dezember 2018 wurde die telefonische Gesundheitsberatung bei konkreten Gesundheitsproblemen nach einem österreichweit einheitlichen Abfrageschema erprobt. In diesem Zeitraum gingen in Niederösterreich, Vorarlberg und Wien rund 124.000 Anrufe bei der Gesundheitsberatung 1450 ein, davon wurden rd. 92.000 Beratungsgespräche unter Inanspruchnahme des Expertensystems durchgeführt. Die verbleibenden Gespräche sind Informationsgespräche, u.a. Auskünfte zu Öffnungszeiten von Apotheken oder Ordinationen.

In Wien sind seit dem Start der telefonischen Gesundheitsberatung bis 30. September 2019 rund 93.700 Beratungen, davon rund 45.700 medizinische Beratungen unter Inanspruchnahme des Expertensystems durchgeführt worden. Die häufigsten Anrufgründe in den vergangenen Monaten waren: Abdominale Schmerzen, Erbrechen, Schwindelgefühl sowie Rückenschmerzen. An die Berufsrettung Wien wurden rund 4.350 Notfälle und an den Ärztefunkdienst rund 2.900

Anruferinnen und Anrufer weitergeleitet. Rund zwei Drittel aller Anrufe wurden an den niedergelassenen Bereich verwiesen, bei 9 % reichte eine Anleitung zur Selbstversorgung aus.

Ein Vergleich der durchgeführten telefonischen Gesundheitsberatung mit den tatsächlichen Arztkontakten zeigt eine hohe Bereitschaft, die Empfehlung einzuhalten. Die Einhaltungquote nach einem Jahr Pilotbetrieb liegt in den Pilotländern durchschnittlich bei ca. 70 %. Die meisten Anrufe finden in der Zeit von 7 bis 9 Uhr bzw. von 16 bis 22 Uhr statt.

Der Bericht zur Evaluierung des Pilotprojekts liegt in einer Zusammenfassung für die Öffentlichkeit vor.

Die Pilotbundesländer Wien, Niederösterreich und Vorarlberg sind nach dem erfolgreichen Abschluss des Pilotbetriebes seit 1. Jänner 2019 im Regelbetrieb, das Rollout der restlichen Bundesländer wird bis Ende 2020 durchgeführt.

Weiterentwicklung:

- Die Integration des Apothekenrufs 1455 in die telefonische Gesundheitsberatung 1450 wird durch die Umsetzung eines Pilotprojektes realisiert. Damit soll künftig auch eine Auskunft zu Medikamenten durch Einbindung von Pharmazeutinnen und Pharmazeuten möglich sein. Hierzu wurden die Anforderungen mit allen Bundesländern und der Apothekerkammer grundlegend abgestimmt.
- Im Zuge der Umsetzung des Projektes „Entsendealternative für die Berufsrettung Wien“ werden seit 1. Dezember 2018 ganztägig niedrigstpriorisierte Einsatzcodes und seit 1. August 2019 eine weitere Tranche niedrigpriorisierte Einsatzcodes (sogenannten 141er Codes zu den Betriebszeiten des Ärztesfunkdienstes) von der Berufsrettung Wien (BRW) an die Gesundheitsberatung Wien (GBW) 1450 weitergeleitet. Im Zeitraum 1. Dezember 2018 bis 30. September 2019 konnten bislang rd. 3.630 Anrufe von der BRW an die GBW 1450 übermittelt werden und somit Rettungs- und/oder Krankentransportausfahrten reduziert werden.

Ziele des Projektes

Einrichtung eines telefonischen Erstkontakt- und Beratungsservices in regionaler Ausprägung für Wien unter Berücksichtigung der Festlegungen auf Bundesebene. Mit 1450 wird (insbesondere) die Zielsetzung der Steuerung von Patientinnen und Patienten zum bzw. der Leistungserbringung am „Best Point of Service“ verfolgt (gemäß Art 2 Abs. 5 Bundes-Zielsteuerungsvertrag). Bei der Umsetzung der telefonischen Gesundheitsberatung Wien soll auf bestehende Strukturen (bzw. auf deren Erweiterungen) zurückgegriffen, der Aufbau von Parallelstrukturen vermieden und eine bundesweite einheitliche Umsetzung sichergestellt werden.

Folgende Zielsetzungen stehen dabei im Vordergrund:

- Einrichtung eines 24 Stunden pro Tag und sieben Tage pro Woche erreichbaren telefonischen Beratungsdienstes für die Wiener Bevölkerung
- Niederschwelliger Zugang zu Gesundheitsinformationen und Beantwortung gesundheitsbezogener Fragen unter Inanspruchnahme eines protokollgestützten lizenzbasierten Expertensystems

- Verhaltens- bzw. Handlungsempfehlungen im Hinblick auf eine allfällige Dringlichkeit und die daraus folgende Versorgungsstufe („Best Point of Service“) auf Grundlage des protokollgestützten lizenzbasierten Expertensystems
- Zielgerichteter Zugang zum Gesundheitssystem sowie Wegweiser bei gesundheits- bzw. krankheitsbedingten Fragestellungen für Wiener Bevölkerung
- Entlastung des Sozialversicherungssystems durch Reduktion von Doppel- und Mehrfachbetreuungen
- Entlastung der Spitäler, indem Behandlungen in Spitalsambulanzen vermieden werden, welche dort nicht unbedingt erbracht werden müssen
- Entlastung der Wiener Berufsrettung durch Reduktion vermeidbarer Rettungseinsätze

Im Evaluierungsbericht für den Pilotzeitraum wurden weitere Verbesserungsmaßnahmen für die Weiterentwicklung von 1450 erarbeitet. Unter anderem die Integration des Apothekenrufs und der Aufdruck von 1450 auf der Rückseite der e-card.

Kritische Erfolgsfaktoren

- Kooperationsbereitschaft aller relevanten Stakeholder bzw. leistungserbringenden Organisationen
- Erfolgreiches Marketing
- Akzeptanz und Inanspruchnahme der Wiener Bevölkerung

9.5 Herzinsuffizienz

Operatives Ziel

6. LE: Verbesserung der Integrierten Versorgung

Projektmitglieder

Mag.^a Andrea Marhali (FSW)

Dr.ⁱⁿ Klaudia Sandholzer (HVB)

Zeitlicher Rahmen

2014 – 2016

Projektbeschreibung/Status Quo

In Wien leiden rund 31.800 Menschen an einer Herzinsuffizienz (HI). Die durchschnittliche Rehospitalisierungsrate von Patientinnen und Patienten aufgrund dekompensierter HI im Stadium NYHA III und NYHA IV liegt bei rund zwei Spitalsaufenthalten pro Jahr mit einer durchschnittlichen Verweildauer von jeweils 14 Tagen. Der Anteil der Patientinnen und Patienten mit NYHA III und NYHA IV liegt gesamt ca. zwischen 23 % und 30 %, d.h. zwischen rd. 7.300 und rd. 9.540 Patientinnen und Patienten im Jahr 2014. Die besonders kritische Phase für drohende Rehospitalisierungen nach KH-Aufenthalten wegen dekompensierter HI wird in der Literatur in den Monaten 1 - 6 nach Krankenhausaufenthalten festgelegt. Strukturierte „Home-Care“-Maßnahmen, wie regelmäßige Visiten durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (HI-DGKPs) der Hauskrankenpflege und deren „observierenden Funktion“ (regelmäßige Kontrolle und Datenerhebung spezifischer Parameter, Überwachung der Medikationseinnahme), tragen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Patientinnen und Patienten bei. Weiters wird durch die HI-DGKPs der geregelte Informationsfluss zwischen Patientinnen und Patienten und den betreuenden Kardiologinnen und Kardiologen (HI-Ambulanz) sowie den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sichergestellt, um rasche Interventionen, wie Medikationsänderung, Unterweisungen betreffend Medikationseinnahme etc., zu gewährleisten. So kann in vielen Fällen eine drohende Dekompensation rasch erkannt und damit eine Rehospitalisierung durch eine völlige Dekompensation verhindert werden. Eine weitere wesentliche Aufgabe der HI-DGKPs ist die Vermittlung von Wissen über und den Umgang mit der Erkrankung, sodass die Selbstkompetenz der Betroffenen und deren Angehörigen erhöht wird.

Status Quo:

Das Projekt Herzinsuffizienz (HI) hat im Oktober 2014 mit dem Ziel gestartet, die Rehospitalisierungen nach Krankenhausaufenthalten wegen dekompensierter HI zu reduzieren, indem durch strukturierte Maßnahmen eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Patientinnen und Patienten erreicht werden soll.

Aufgrund der geringen Rekrutierung der Patientinnen und Patienten musste das Projekt Ende 2016 vorzeitig beendet werden.

Ziele des Projektes

- Reduktion der Rehospitalisierungstage bei bestehender HI aufgrund von Dekompensation
- Reduktion der bekannt hohen Krankenhauskosten
- Reduktion der Behandlungskosten
- Verbesserung des Eigenmanagements der Patientinnen und Patienten
- Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten

Kritische Erfolgsfaktoren

- Mangelnde Kooperation seitens der Hausärztinnen und Hausärzte bzw. der derzeit betreuenden niedergelassenen Kardiologinnen und Kardiologen
- Nicht-Erreichung der angestrebten Kundinnen- und Kunden sowie Kontrollgruppenanzahl

9.6 Monitoring der präoperativen Diagnostik bei elektiven operativen Aufenthalten im KAV

Operatives Ziel

7.2.2.: Bundesqualitätsleitlinie „Präoperative Diagnostik“ umsetzen

Projektleitung

Wiener Krankenanstaltenverbund

Zeitlicher Rahmen

2015 – 2018

Projektbeschreibung/Status Quo

Im Wiener Zielsteuerungsvertrag ist das Ziel „7.2.2. Bundesqualitätsleitlinie (BQLL) präoperative Diagnostik umsetzen“ vereinbart. Maßnahmen dazu sind die Einführung der EDV-Lösung „Präoperative Befundung (PROP)“ in allen Fonds-Krankenanstalten, Umsetzung der BQLL in allen in der BQLL angesprochenen Versorgungsebenen nach Vorliegen der erforderlichen legislativen Voraussetzungen sowie Evaluierung der Auswirkungen von PROP in Abhängigkeit vom Vorliegen einer bundesweit entwickelten sektorenübergreifenden Messmethode.

Um die Diagnostik vor elektiven Operationen möglichst zeitnah, wirtschaftlich und qualitativ durchzuführen, wurde beabsichtigt, die für die sichere Durchführung des Eingriffs unter Anästhesie erforderliche Diagnostik grundsätzlich in den Krankenanstalten zu erbringen.

Projektbeginn ist der 1. September 2015 für die Wiener Städtischen Krankenanstalten. Zielwert in der Implementierungsphase ist das Erfassen von mindestens 25 % der für PROP geeigneten Patientinnen und Patienten. Nach der Implementierungsphase und einer (formativen) Zwischenevaluierung wird die Transferphase abgeschlossen, die bis Ende 2017 abgeschlossen sein soll. Zielwert dabei ist die intramurale präoperative Abklärung von mindestens 75% der für PROP geeigneten Patientinnen bzw. Patienten.

Das Web-PROP steht vom technischen Standpunkt in den Wiener Spitälern zur Verfügung. Die mit dem Monitoring der präoperativen Diagnostik beauftragte Firma „Haas Consult“ hat für die Jahre 2013 bis 2016 den Bericht gelegt. Dabei zeigte sich, dass die Verwendung des EDV-Tools PROP in den Spitälern nur lückenhaft dokumentiert ist.

Status Quo:

Das Projekt ist abgeschlossen. In der 23. Sitzung der Landeszielsteuerungskommission wurde abschließend für ein mögliches zukünftiges Monitoring der präoperativen Diagnostik bei elektiven operativen Aufenthalten im KAV und Hanusch-Krankenhaus eine abgestimmte Herangehensweise definiert.

Ziele des Projektes

- Leistungserbringung der präoperativ angestoßenen Diagnostik gemäß BQLL in den Fonds-Krankenanstalten.
- Gemeinsames Festlegen der Bemessungsgrundlagen (Kennzahlen) und Einrichtung eines ohne KAV-internen Mehraufwand implementierbaren Berichtswesens unter externer Leitung, welches die präoperativen Fallzahlen und Kosten im intra- und extramuralen Bereich laufend dokumentiert, so gut dies mit den vorhandenen KAV- und SV-Instrumenten möglich ist.
- Dokumentation des PROP-Umfangs im Zeitverlauf.

Kritische Erfolgsfaktoren

- Zusätzliche Datenerfassungsaufwände
- Messbarkeit der PROP-Fallzahlen

9.7 Polypharmazie

Operatives Ziel

7.1.3.: Ausgewählte sektorenübergreifende Probleme im Zusammenhang mit der Medikamentenversorgung mit Blick auf den „Best Point of Service“ sowie Effektivität und Effizienz lösen

Projektmitglieder

Mag.^a Karin Kirchdorfer (Hanusch-KH)

Mag.^a Martina Anditsch (KAV-AKH)

Zeitlicher Rahmen

2014 – 2015

Projektbeschreibung/Status Quo

Sowohl im AKH als auch im Hanusch-Krankenhaus wird auf ausgewählten Stationen ein kontinuierliches klinisch-pharmazeutisches Service (pharmazeutischer Aufnahmecheck, Teambesprechung, Visitenbegleitung, pharmazeutisches Entlassungsmanagement) umfassend angeboten.

Im Hanusch-Krankenhaus wird zusätzlich ein interdisziplinäres Team, das sogenannte „klinisch-pharmazeutische Board“, bestehend aus Klinischen Pharmazeutinnen und Pharmazeuten, Ärztlichem Dienst der WGKK in den Spitälern (Abt. medizinische Behandlungsökonomie), den Fall vorstellende Ärztin bzw. Arzt und konsiliarmäßig hinzugezogene Fachärztinnen bzw. Fachärzte, etabliert.

Status Quo:

Das Projekt ist abgeschlossen.

Ziele des Projektes

- Evaluierung des qualitätssichernden und ökonomischen Beitrags eines unterstützenden klinisch-pharmazeutischen Services

Kritische Erfolgsfaktoren

- Zeitaufwand für die umfangreiche Dokumentation durch die klinischen Pharmazeutinnen und Pharmazeuten
- Akzeptanz der Dienstleistung unter den beteiligten Gesundheitsberufen

9.8 Übergangspflege am Standort St. Elisabeth – Entlastung stationärer Bereiche durch bedarfsgerechte Versorgung

Operatives Ziel

6.2.5.: Auf Basis der für alle Versorgungsstufen definierten Versorgungsaufträge und Rollen Überkapazitäten und nicht erforderliche Parallelstrukturen identifizieren und im Rahmen einer abgestimmten bedarfsorientierten Angebotsplanung abbauen

Projektmitglieder

Univ. Doz. Dr. Martin Bischof, MBA (Elisabeth von Thüringen GmbH)

Zeitlicher Rahmen

2014 – 2016

Projektbeschreibung/Status Quo

Das Angebot an stationärer Pflege in Wien ist gekennzeichnet durch einen hohen Anteil an Pflegeplätzen, die rund um die Uhr ärztlich betreut sind, die so genannte „medikalisierte Pflege“. Laut Kontrollamtsbericht der Stadt Wien aus dem Jahr 2012 sind im Jahr 2010 von insgesamt 9.481 Pflegebetten 4.130 Betten der medikalisierten Pflege zuzuordnen. Im Bericht 2012 des Kontrollamtes der Stadt Wien wurden u.a. folgende, für unser Projekt relevante, Punkte angeführt:

- Empfehlung an den FSW, vor der Aufnahme in Pflegeeinrichtungen Beurteilungen des medizinischen Bedarfes von Pflegebedürftigen im Rahmen eines Geriatrischen Assessments flächendeckend vorzunehmen
- Feststellung, dass viele Personen die Betreuung in medikalisierte Pflege nicht benötigen
- Empfehlung, im Bedarfsfall für jeden älteren Menschen mittels geriatrischem Assessment die jeweils niedrigste effiziente Betreuungsstufe zu finden und auf dieser aufzubauen

Am Standort St. Elisabeth im dritten Bezirk soll eine integrierte Versorgung für betagte Menschen aufgebaut werden. Das bedeutet, dass am gleichen Standort unterschiedliche Versorgungsformen angeboten werden sollen. Durch die Kooperation zahlreicher Träger soll am Standort eine Vielfalt an pflegerischen und medizinischen Leistungen angeboten werden, die aufeinander abgestimmt sind und eine durchgehende Versorgung betagter Menschen ohne große Ortsveränderung ermöglichen werden. Im Zuge dieser Umstrukturierung und Neuausrichtung des Standortes soll eine neue Pflegeeinrichtung mit 40 Betten zur Implementierung der innovativen Leistung „Übergangspflege“ etabliert werden.

Ziele des Projektes

Ziele der Leistung

Enge Zusammenarbeit mit dem Case-Management des FSW zur

- Durchführung eines standardisierten Assessments, um die Zuordnung der bedarfsgerechten Leistung, das Optimum an Lebensqualität und die richtige Versorgung zu gewährleisten
- Vermeidung einer Überversorgung auf teuren Krankenhausbetten oder in der medikalisierten Pflege
- Vermeidung von vorschneller Aufnahme in die Langzeitpflege
- Zeitgewinnung zur qualifizierten, interdisziplinären Abklärung des jeweils notwendigen medizinischen und pflegerischen Bedarfes

Zielgruppen

- Schnelle Entlassung von Patientinnen und Patienten mit noch unklarem medizinischen und pflegerischen Bedarf
- Übernahme von sogenannten PROC-Fällen aus Wiener Krankenanstalten
- Personen mit Pflegeheimantrag ohne vorheriger Pflege- und Betreuungsleistungen
- Seniorinnen und Senioren mit Behinderung nach KH-Aufenthalt (Assessment, ob Behinderten- oder Pflegeleistung)
- Akutaufnahmen wegen dringendem Pflegebedarf
- Personen mit verlängerter Rekonvaleszenzzeit nach Rehabilitation
- Patientinnen und Patienten aus den Wiener Akutgeriatrien mit verlängerter Rekonvaleszenzzeit

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass mit der Eröffnung der Pflegeeinrichtung „Übergangspflege/ Geriatriisches Assessment“ einzelne strategische Ziele des Landes-Zielsteuerungsvertrages in konkrete Maßnahmen abgeleitet werden und gleichermaßen einigen Empfehlungen des Berichtes des Kontrollamtes der Stadt Wien Rechnung getragen wird.

Diese Pflegeeinrichtung bringt jedenfalls Vorteile in Bezug auf Kosten, Effizienz und auch Patientenzufriedenheit und wird zu einer Entlastung der Akutspitäler führen.

Kritische Erfolgsfaktoren

- Synergien durch die Nähe zum Krankenhaus
- Konzeptzustimmung FSW
- Gesicherte Finanzierung des Betriebes
- Infrastruktur
- Fachlich qualifiziertes Personal

9.9 Weiterentwicklung der medizinischen Hauskrankenpflege

Operatives Ziel

6.1.1. (M 8): Prüfung der Versorgungswirksamkeit sowie Weiterentwicklung der medizinischen Hauskrankenpflege

Projektmitglieder

Mag.^a Andrea Marhali (FSW)

Zeitlicher Rahmen

1. Juli 2015 – 31. Dezember 2015

Projektbeschreibung/Status Quo

Im Rahmen des Endberichts der Arbeitsgruppe (AG) Medizinische Hauskrankenpflege (bestehend aus Medizinerinnen und Medizinern sowie Pflegepersonen) zur Maßnahme 8 des operativen Ziels 6.1.1. des Landeszielsteuerungsvertrages Wien 2013, wurde die Empfehlung zur Entwicklung eines Projektkonzeptes zur Überprüfung der Versorgungswirksamkeit der Medizinischen Hauskrankenpflege durch klare Definition und Anpassung des Bewilligungs- und Verrechnungsmodus als weitere Vorgehensweise empfohlen. Bezugnehmend darauf werden im Pilotprojekt „Weiterentwicklung der Medizinischen Hauskrankenpflege“ in einer definierten Projektregion (2., 20., 21. und 22. Bezirk) die in der AG erarbeiteten Zielgruppendefinition, Prinzipien der Vorgangsweise bei der Leistungsanordnung, Anpassungen im Leistungskatalog sowie die Prozessdarstellung der Leistungserbringung Medizinische Hauskrankenpflege erprobt und evaluiert. Der Projektzeitraum erstreckt sich auf sechs Monate (inkl. kontinuierlicher Evaluierung).

Ziele des Projektes

- Vereinheitlichte Zielgruppendefinition und zielgruppenspezifische Leistungserbringung
- Definierter Leistungskatalog mit taxativ angeführten Leistungen für Erst- und Folgeverordnungen Leistungserbringung Medizinische Hauskrankenpflege nach standardisiertem Prozess (inkl. Verantwortlichkeiten und Schnittstellen)
- Zielgruppenspezifische Leistungserbringung Medizinischer Hauskrankenpflege auf Basis der Zielgruppendefinition
- Vereinheitlichung der Vorgehensweise bei der Leistungsanordnung und -erbringung.
- Erprobung des adaptierten Leistungskatalogs in Bezug auf Verordnung und Dokumentation
- Entwicklung und Erprobung eines neuen Honorierungsmodells
- Laufende externe Evaluierung des Projektes

Kritische Erfolgsfaktoren

- Ablehnung des Pilotprojektprojektes durch Stakeholder
- Mangelnde Kooperation seitens der verordnenden Ärztinnen und Ärzte