

Health Care Reform?



© duckyman76 - Fotolia.com

Reform – Planung – Ist-Zustand 2. Teil: Primärversorgung

Eigenschaften der Primärversorgung

Im Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG)¹ wurde, wie bereits im letzten Artikel dargestellt², Folgendes festgelegt:

“§ 12. (1) Im Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen ...

5. **Stärkung der Primärversorgung („Primary Health Care“) auch im niedergelassenen Bereich ...“**

Diese Absichtserklärung im Gesetz bedarf nun einer näheren Untersuchung.

Zum einen bedeutet „auch im niedergelassenen Bereich“, dass „Primary Health Care“ (PHC) außer im niedergelassenen Bereich auch in anderen Bereichen gestärkt werden soll. Diese Bereiche sind zu identifizieren und die Bedeutung für PHC sowie die Möglichkeiten der Unterstützung aus ihnen darzustellen. Zum anderen ist klarzulegen, was

unter „Stärkung“ verstanden wird. Reflexartig haben verschiedenste Interessensgruppen „aufgezeigt“ und PHC als ihre Aufgabe deklariert. Dabei konnte erkannt werden, dass „Stärkung“ und damit die Attraktivität, gestärkt zu werden, jedenfalls in der Zuteilung zusätzlicher finanzieller Mittel, aber auch in einer ideellen Aufwertung gesehen wird. Daraus leitet sich zusätzlich die Notwendigkeit ab, zu definieren, welche Eigenschaften PHC haben soll, welche Aufgaben von wem übernommen werden können und wer organisatorisch und finanziell zuständig sein soll.

Definition von „Primary Health Care“ (PHC)

Vielen Definitionsansätzen liegt der Report der WHO (World Health Organization) aus dem Jahr 2008 zugrunde.³ In früheren Arbeiten⁴ wurden diese Aspekte bereits aufgearbeitet. Zuletzt, bereits als Umsetzung der laufenden Gesundheitsreform,



Dr. Gottfried Endel ist Allgemeinmediziner und leitet den Bereich „Evidence-based Medicine“ (EBM) im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

1 BGBl. I Nr. 81/2013.

2 Soziale Sicherheit, April 2015, S 143.

3 WHO: The World Health Report 2008. Primary Health Care: Now More Than Ever; <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html> (zuletzt abgefragt am 16.1.2015).

4 Fischer, Schauppenlehner: Der „Hausarzt neu“. Soziale Sicherheit, Februar 2012.

wurde unter möglichst breiter Einbeziehung aller interessierten Gruppen neuerlich eine Zusammenschau von der Gesundheit Österreich GmbH erstellt.⁵ Als Definition wurde dabei folgender Text erarbeitet:

„Primärversorgung ist die allgemein und direkt zugängliche, wohnortnah und permanent erreichbare erste Kontaktstelle für alle Menschen mit allen Gesundheitsanliegen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess im Gesamtversorgungssystem entsprechend den persönlichen Ressourcen und Präferenzen der Menschen koordinieren, und zwar horizontal innerhalb der Primärversorgungsstufe sowie vertikal zwischen den Anbietern unterschiedlicher Versorgungsstufen. Sie gewährleistet ganzheitliche, proaktive und kontinuierliche Betreuung durch ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Team. Sie berücksichtigt auch den familiären, kulturellen, regionalen, sozialen und persönlichen Kontext sowie die Entwicklung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.“

Damit sollen folgende Ziele und Funktionen erreicht bzw. sichergestellt werden:

1. eine wohnortnahe und permanent zugängliche Gesundheitsversorgung,
2. die Lotsenfunktion durch das System,
3. ein umfassender personenorientierter Behandlungsansatz,
4. die Sicherstellung geschlossener Versorgungsketten,
5. ein proaktiver Behandlungsansatz,
6. die abgestimmte Versorgung durch verschiedene Gesundheitsberufe,
7. die Entlastung der Spezialisten und Spitäler von Grundversorgungsleistungen,
8. die Versorgung in vernetzten Strukturen (mit entsprechendem Informationsmanagement),
9. die Sicherstellung hoher Versorgungsqualität und
10. die Versorgung durch leistungsfähige Organisationsmodelle.

Als Gestaltungselemente wurden unter anderem ein „Einschreibesystem“ und ein „geeignetes Honorierungssystem“ herausgearbeitet.

Charakteristika von PHC in Routinedaten

Aus obiger Definition, der Zielsetzung und Funktionsbeschreibung lassen sich folgende quantitativen Untersuchungen unter Verwendung von Routinedaten⁶ als Methoden entwickeln.

Für Gesundheitsförderung und Prävention als Interventionen in Settings und für Populationen müssen erst geeignete Dokumentationen in Form von Routinedaten geschaffen werden.

- Kontakte nach Anzahl und Kontakttyp (Betreuung zu Hause = Visite; Nacht- und Wochenendkontakte) als Kenngröße für Erreichbarkeit und zeitliche Abdeckung;
- Vernetzung im Sinne von Behandler-Netzwerken, bedingt auch eine Darstellung der Einbeziehung anderer Gesundheitsberufe (soweit in Abrechnungsdaten erkennbar);
- Leistungsprofile im Sinne einer umfassenden Grundversorgung;
- Verteilung der Leistungsdichten zwischen verschiedenen Versorgungsebenen und deren Veränderung für die Zielsetzung „Entlastung“;
- Versorgungsqualität anhand des Konzepts der Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC), deren regionaler Variabilität und zeitlicher Veränderung.

Erkennbar ist damit, dass zwar einige der gewünschten Eigenschaften einer Quantifizierung unter Verwendung von Routinedaten zugänglich sein werden, für den Rest der Ausprägungen allerdings andere Methoden zum Einsatz kommen müssen. Dies z. B. auch deshalb, da mit PHC der bisherige traditionelle als Krankheitsbehandlung definierte Bereich verlassen werden soll.

Für Gesundheitsförderung und Prävention als Interventionen in Settings und für Populationen müssen erst geeignete Dokumentationen in Form von Routinedaten geschaffen werden. Daten aus dem „Sozialbereich“ – wie z. B. Daten der Langzeitpflege, der psychosozialen Dienste oder der Schulen und Kindergärten – sind ebenfalls auf ihre Eignung zu untersuchen, Proaktivität, Personen- bzw. Familienorientierung und damit den gesundheitsfördernden Zugang abzubilden. Qualitative Erhebungen hinsichtlich der Organisation und Vernetzung auch durch Informationsmanagement (z. B. gemeinsame Krankengeschichte verschiedener Gesundheitsberufe) oder der Zugänglichkeit im Sinne der Barrierefreiheit können das Bild ergänzen, sind aber wohl nicht laufend als Routinedaten erforderlich.

Die Primärversorgung zu stärken ist ein zentrales Anliegen der Gesundheitsreform.

⁵ GÖG: Stärkung der Primärversorgung in Österreich. Modellentwicklung und Abstimmungsprozess. Expertenpapier, basierend auf Beiträgen aus den Workshops am 22.5. und 2.7.2013. Wien, im Oktober 2013 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Version 1.1. Zl. II/4690.

⁶ Endel: Gesundheitssystemforschung – erster Teil. Soziale Sicherheit, Oktober 2011;

<http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10007.695963&action=2&viewmode=content>

Krankenbehandlung und „andere Bereiche“

Die Beschreibung der Charakteristika hat bei der Diskussion der Datenverfügbarkeit bereits gezeigt, dass im Sinne der Public-Health-Orientierung PHC auch außerhalb der Krankenbehandlung tätig werden soll und dort jedenfalls einer Stärkung bedarf, da diese Ansätze – falls sie bisher überhaupt realisiert wurden – jedenfalls nicht flächendeckend und wohl sehr unterschiedlich ausgestaltet wurden. Ein weiterer Bereich, welcher jedenfalls eine Verbindung zu PHC benötigt, wird bei den Telefon- oder web-basierten Auskunftsdiensten im Bereich Erreichbarkeit sowie für die Unterstützung des Informationsmanagements wesentlich bei der elektronischen Gesundheitsakte – ELGA zu finden sein. Auch dafür sind so wie für den Sozial- und Bildungsbereich Methoden der Abbildung erst zu entwickeln.

Die Verfügbarkeit der Primärversorgung kann aus der Zahl der Kontakte erschlossen werden.

Ist-Darstellung

In Weiterführung des Themas der Diagnostik (Labor und Bildgebung) wird mit Abrechnungsdaten ein Vorschlag zur Darstellung des Themas „Kontakte“ und einer sich daraus ergebenden Beurteilung unterschiedlicher Fachgruppen für das Thema

PHC sowie das Thema Leistungsprofile untersucht. Für das Thema Vernetzung⁷ und die Dimension der Versorgungsqualität⁸ kann auf bereits im Internet verfügbare Berichte verwiesen werden.

Als PHC-relevante Kennzahl ist die Kontaktzahl zu sehen. Verfügbarkeit und ausreichende Erreichbarkeit für eine wohnortnahe „erste Kontaktstelle“ bei Gesundheitsproblemen sowie Lotsenfunktion und geschlossene Versorgungsketten sollten sich bei verschiedenen Fachgruppen (FG) in unterschiedlichen Kontaktzahlen niederschlagen. Die Abrechnungsdaten zeigen folgende Verteilung der Anzahl der Gruppe Grundleistungen, in welcher auch die Kontakte enthalten sind (Tabelle 1).

In der Folge sollen Fachgruppen mit weniger als 1.000 Grundleistungen je Vertragspartner (VP) nicht mehr in die Analyse einbezogen werden, da davon ausgegangen werden darf, dass damit keine Relevanz für PHC besteht. Von den verbleibenden Fachgruppen wird nun ihr Beitrag zu den Gesamtkontakten im Datenbestand für 2006 und 2007 dargestellt. Wie bereits die tabellarisch dargestellten Daten zeigen, wird der überwiegende Anteil der Kontakte durch Ärzte für Allgemeinmedizin abgerechnet (Abbildung 1).

71 % der Kontakte werden vom Fach Allgemein-

Tabelle 1: Grundleistungen Übersicht

Fg_id	Bezeichnung	Anzahl_Leistungen	Anzahl_Leistungen je VP
1	Praktischer Arzt	127.273.997	30683,22
2	Anästhesiologie	926	13,04
3	Augenheilkunde	8.059.525	8057,53
4	Chirurgie	1.332.695	738,34
5	Haut- u. Geschlechtskrankheiten	6.477.712	4362,10
6	Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	6.687.249	4356,19
7	Innere Medizin	7.351.475	3549,72
8	Kinderheilkunde	6.328.860	3272,42
9	HNO-Krankheiten	4.497.427	3167,20
10	Lungenkrankheiten	2.484.067	3085,80
11	Neurologie u. Psychiatrie	2.220.396	3458,56
12	Orthopädie u. orthopädische Chirurgie	4.405.739	2519,00
13	Physikalische Medizin	294.174	1200,71
14	Radiologie	6	0,00
15	Unfallchirurgie	258.271	256,99
16	Urologie	3.169.313	2197,86
17	Neurochirurgie	49.579	319,86
18	Neurologie	644.195	1883,61
19	Psychiatrie	428.730	1617,85
20	Physio-Institute	3.721	100,57
21	Labor, med. chem.	118.005	27,97
22	Labor, zytodiagnostisch	95	4,13
23	Pathologie	24	0,39

7 Duftschmid et al. (Institut für Medizinisches Informationsmanagement und Bildverarbeitung, Zentrum für Medizinische Statistik, Informatik und Intelligente Systeme): Analyse von Behandlungsnetzwerken österreichischer Gesundheitsdienstleister; www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.566578&action=b&cacheability=PAGE&version=1391184729 (zuletzt abgefragt am 10.2.2015).

8 Czipionka et al. (IHS): Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC). Einflussfaktoren international und in Österreich; <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.605857&action=b&cacheability=PAGE&version=1421319970>

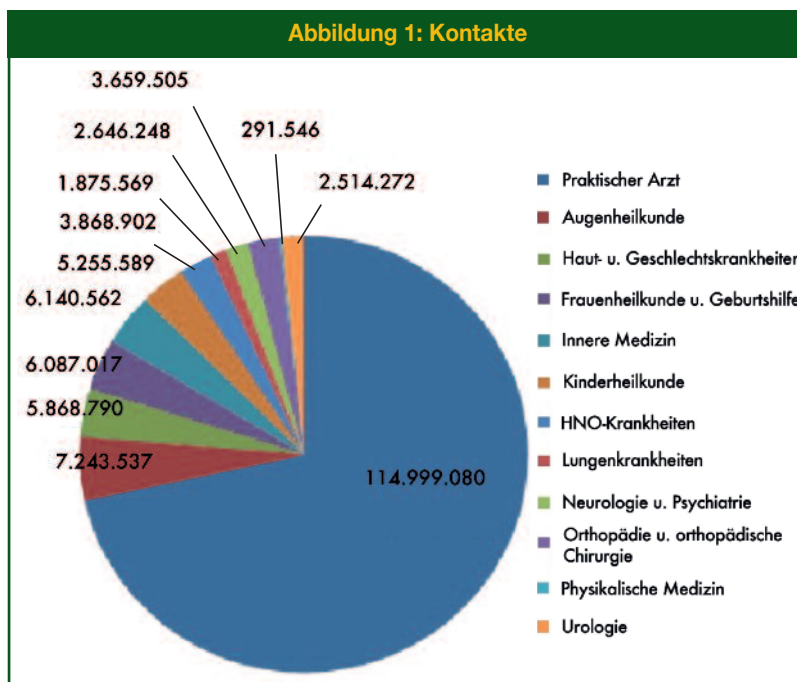
medizin erbracht. Im Projekt „Kindergesundheit“⁹ konnte gezeigt werden, dass auch dieser Teil der Bevölkerung überwiegend von Ärzten für Allgemeinmedizin versorgt wird. Damit ist dieses Fach auch der Träger der Leistungen im Sinne der PHC.

Wie bereits dargestellt ist allerdings nicht allein die Anzahl der Kontakte ausschlaggebend, sondern es ist auch zu fordern, dass diese nicht nur in einer Ordination, sondern bei Bedarf auch im direkten Lebensbereich des Patienten erbracht werden. Damit muss auch das Ausmaß der Visitentätigkeit untersucht werden. Hier ist der Zusammenhang zwischen der Leistungsabrechnung der Vertragspartner aus dem Fach Allgemeinmedizin mit den Charakteristika der angestrebten PHC-Versorgung noch überzeugender. 96,3 % aller Visiten werden von Ärzten für Allgemeinmedizin erbracht.

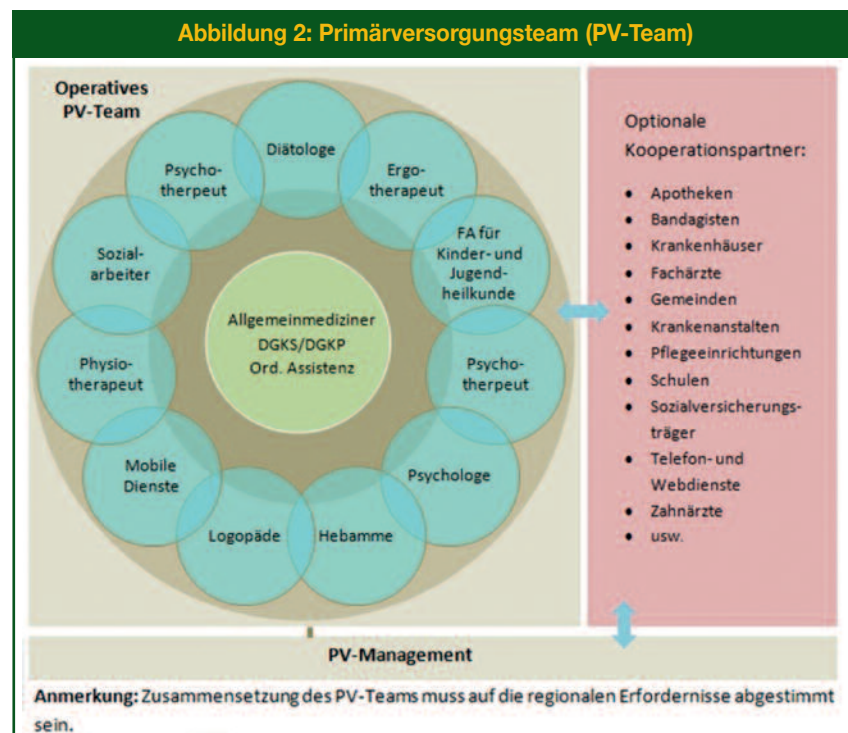
Für die zeitliche Abdeckung verrechnen die Allgemeinmediziner 99,86 % aller einschlägigen Leistungen aus der Untergruppe Bereitschaftsdienste. Betrachtet man die Einzelleistungen, welche nur zu Randzeiten (Nacht und Wochenende) abgerechnet werden können, so werden 98,6 % von 1.487.187 Leistungen von der FG 1 erbracht. Damit ist auch hier darstellbar, dass in der Ist-Darstellung nur das Fach Allgemeinmedizin von allen Fachgruppen, welche in den Abrechnungsdaten abgebildet sind, in nennenswertem Ausmaß die Charakteristika der PHC erfüllt (Abbildung 2).

Aus der Darstellung des Primärversorgungsteams (PV-Team)¹⁰ ist ersichtlich, dass derzeit Daten nur zu den Allgemeinmedizinern in der Funktion Krankenbehandlung, zu den Apotheken (die Frage Hausapotheke wurde offensichtlich nicht näher diskutiert), den Fachärzten und dem stationären Teil der Krankenanstalten vorliegen. Für die weiteren Bereiche muss die Dokumentationsform erst entwickelt werden.

Aus dieser Ist-Darstellung der derzeitigen Krankenbehandlung kann in der Folge ein Leistungsprofil abgeleitet werden. Dazu wird für das Fach Allgemeinmedizin (AM; FG 1) analysiert, welche Leistungskapitel einen wesentlichen Anteil an den abgerechneten Leistungen repräsentieren. In gleicher Weise wird diese Analyse auch auf Ebene der Einzelleistungen durchgeführt. Da die Leistungskapitel „Grundleistungen“ bereits hier untersucht wurden und die Diagnostik – Labor und Bildgebung – im vorigen Artikel Thema war, werden nach einer ersten Übersichtsdarstellung diese Kapitel exkludiert.



71 % der Kontakte werden vom Fach Allgemeinmedizin erbracht. Im Projekt „Kindergesundheit“ konnte gezeigt werden, dass auch dieser Teil der Bevölkerung überwiegend von Ärzten für Allgemeinmedizin versorgt wird. Damit ist dieses Fach auch der Träger der Leistungen im Sinne der PHC.



⁹ Einzinger et al.: Kindergesundheit; <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.564545&action=b&cacheability=PAGE&version=1391184570>

¹⁰ Primärversorgungskonzept (Kapitel 5) Entwurf – Stand 9.5.2014.

Abbildung 3: AM_Leistungsgruppen

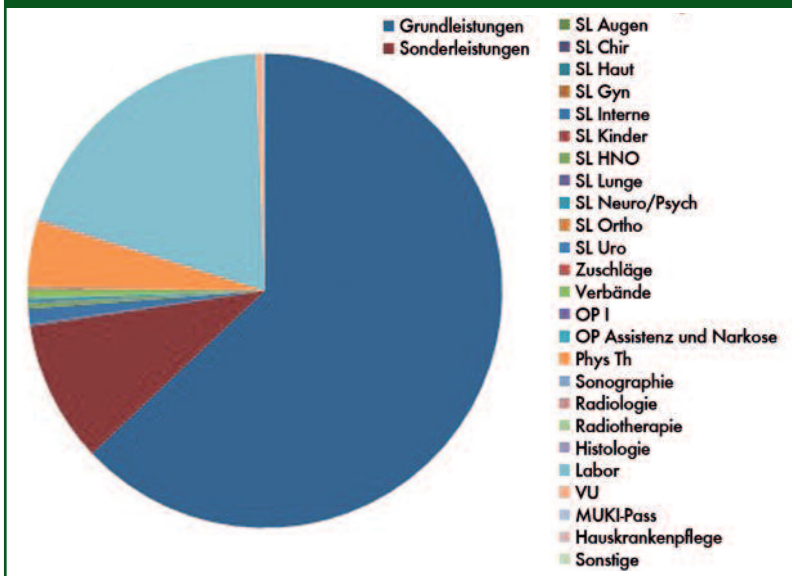
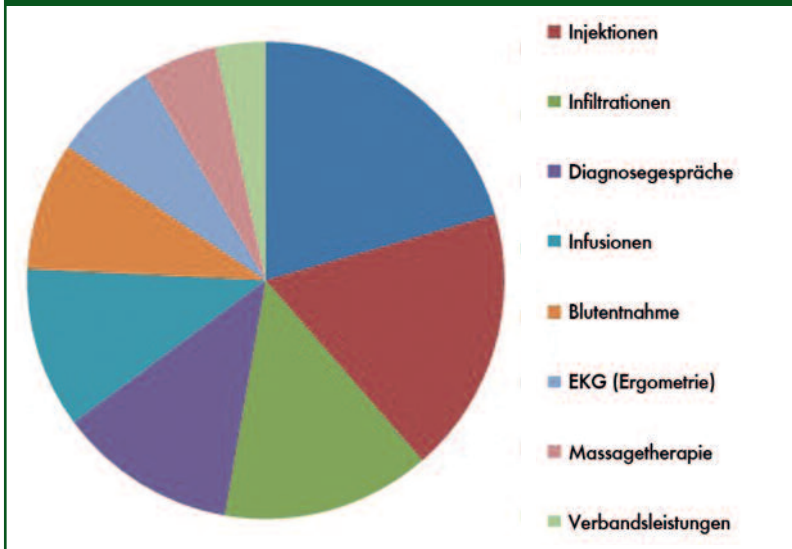


Abbildung 4: AM_Untergruppen 80 %



In der Folge wird zuerst die vollständige Gruppenübersicht dargestellt, weiters die Untergruppen und die Einzelleistungen, welche jeweils kumulativ für 80 % der abgerechneten Leistungen verantwortlich sind (Abbildung 3, 4 und Tabelle 2).

202 Millionen Einzelleistungen in allen Gruppen, 35 Millionen Einzelleistungen nach Exklusion der Diagnostik und der Grundleistungen (verbleiben 724 Meta-HONO-Leistungspositionen von insgesamt 1.270) stellen den Versorgungsbeitrag der FG 1 dar, welcher über die Leistungsdaten abgebildet werden kann. 18 Sonderleistungen von 470 sind für 80 % dieser 35 Millionen Einzelleistungen verantwortlich. In ähnlicher Weise kann dargestellt werden, wie viele der Vertragspartner eines Faches diese häufigen Leistungen erbringen. Für diese Darstellung werden die Leistungsdaten des 1. Quartals 2007 aus der GAP-DRG-Datenbank herangezogen. Dabei zeigt sich auf diesem Datenausschnitt, dass zwar einerseits die häufigen Leistungen der Allgemeinmediziner von vielen VP aus dieser Gruppe erbracht werden, eine österreichweite Darstellung allerdings wegen der Unterschiede in den regionalen Honorarordnungen und wohl auch anderen Unterschieden (Stadt/Land) auf Probleme stößt. Daher sind Schwierigkeiten bei der Übertragung der Methodik auf die Daten der Leistungsdokumentation entsprechend dem Katalog ambulanter Leistungen (KAL) zu erwarten.

Leistungsprofile

Im ersten Artikel wurden die Fachgruppen innere Medizin sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowohl für die Laborleistungen als auch für die Bildgebung untersucht. Hier wird nun neuerlich die FG 7 (innere Medizin), die FG 6 (Frauenheil-

Tabelle 2: PHC_AM_META_HONO_Pos

fg_id	meta_pos	meta_leistungstext	Summevonsum_anz	% Anteil	% kumulativ
1	020301	Im, ic, sc Injektion	4.257.662	12,1	12,1
1	020101	ärztliches Gespräch	3.274.171	9,3	21,4
1	020402	Intravenöse Infusion	2.655.941	7,6	29,0
1	020201	Blutentnahme aus der Vene	2.519.451	7,2	36,2
1	070101	EKG in Ruhe	1.873.605	5,3	41,5
1	180508	A versch. Frequenzbereiche	1.868.933	5,3	46,8
1	180601	Ultraschalltherapie	1.453.006	4,1	51,0
1	020503	Inf Bereiche des Nervensystems	1.447.725	4,1	55,1
1	020501	Subcutane Infiltration (Quaddeln)	1.442.071	4,1	59,2
1	180504	Niederfrequenztherapie	1.244.696	3,5	62,7
1	180501	Niederfrequenztherapie	1.171.044	3,3	66,1
1	180507	Hochfrequenztherapie	1.097.806	3,1	69,2
1	020502	Intramuskuläre Infiltration	825.870	2,4	71,5
1	240101	Basisuntersuchung mit Labor	792.446	2,3	73,8
1	180101	Manuelle Heilmassage	658.126	1,9	75,7
1	150514	Verbandwechsel durch den Arzt	618.963	1,8	77,4
1	180401	Trockene Wärmebehandlung	595.801	1,7	79,1
1	090206	Cerumentfernung	510.544	1,5	80,6

kunde und Geburtshilfe, kurz Gyn) -und auch die FG 8 (Kinderheilkunde) untersucht. Die Auswahl dieser Fachgruppen beruht einerseits auf der Überlegung, Kontinuität und Vergleichbarkeit zwischen den Auswertungen zu erreichen (betrifft innere Medizin und Gyn) und andererseits mit der Kinderheilkunde diejenige FG einzubeziehen, die beim operativen Primärversorgungsteam (PV Team) explizit genannt ist und früher gelegentlich mit den FGen AM und Innere Medizin „zusammengerechnet“ wurde, weil Überlappungen und gegenseitige Substitution in der Versorgungswirksamkeit angenommen wurden (Abbildung 5–7).

Allein auf Ebene der Gruppen ist die Ähnlichkeit der Verteilung der Leistungserbringung zwischen der Allgemeinmedizin und der Kinderheilkunde am größten. Die innere Medizin und die FG Gynäkologie erbringen deutlich spezialisiertere Leistungsspektren. Betrachtet man – analog der Analyse für die Allgemeinmedizin – die Fachgruppen nach Exklusion der Diagnostik und der Grundleistungen, so ergibt sich auf Ebene der Untergruppen folgendes Bild (Tabelle 3).

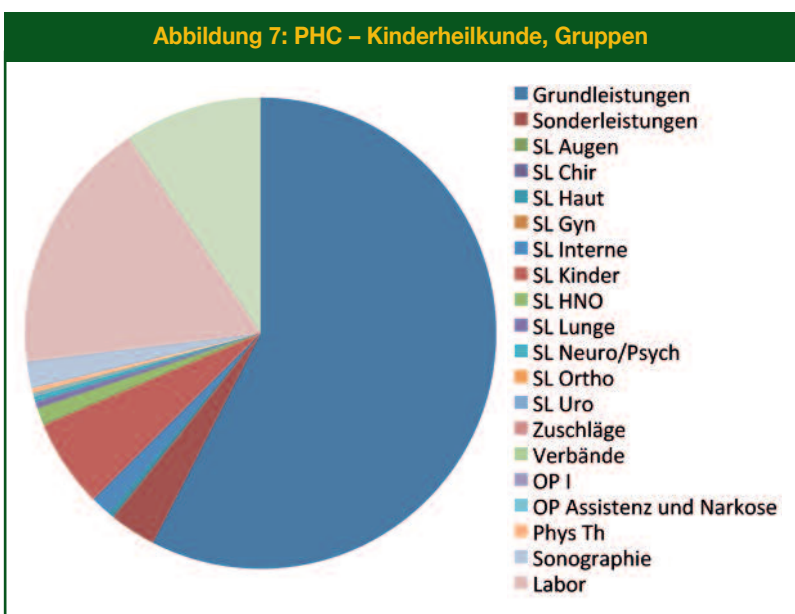
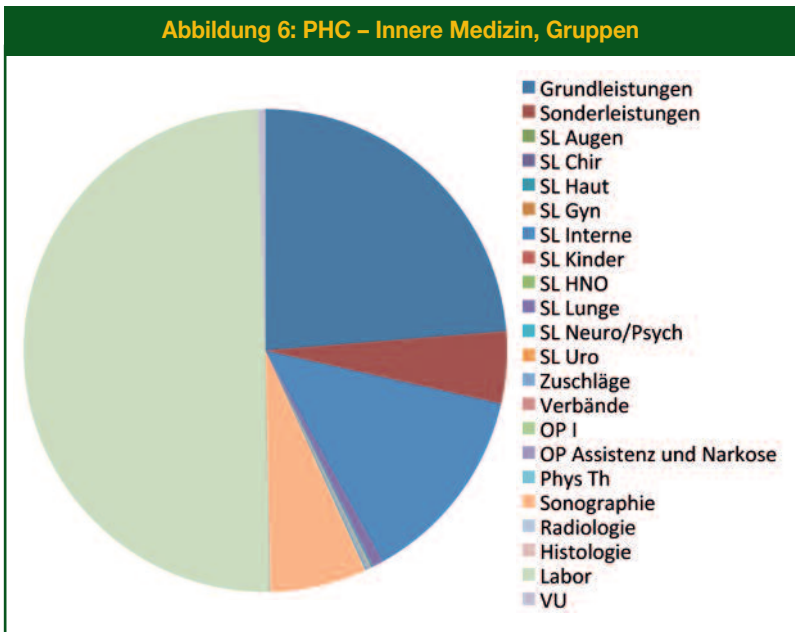
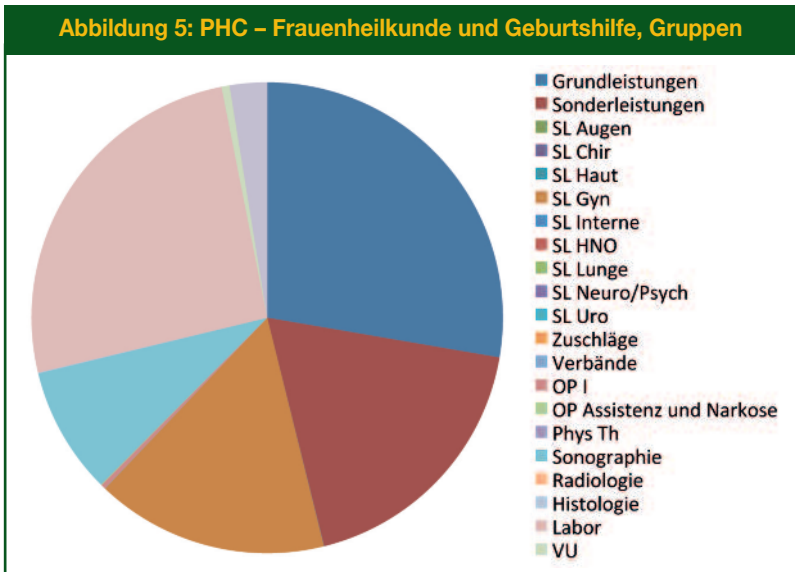
Waren für die FG 1 die Leistungen aus neun Untergruppen für 80 % des Leistungsgeschehens verantwortlich, so finden wir bei der FG 8 noch sechs Untergruppen, bei den FG 6 und 7 hingegen nur noch vier Untergruppen als Quelle für den Schwerpunkt des Leistungsgeschehens (Tabelle 4).

Diskussion

Damit ergibt sich in der Ist-Darstellung der Leistungserbringung für die Primärversorgung, dass diese Leistungen überwiegend durch das Fach 1 Allgemeinmedizin erbracht werden. Dieses verzeichnet nicht nur die meisten Patientenkontakte, sondern deckt auch die Betreuung zu Hause durch Visiten und die Bereitschaftsdienste ab. Im Gegensatz zu diesem Bild der Leistungserbringung sollen Zahlen aus den Abrechnungen des Jahres 2012 die Mittelzuteilung veranschaulichen (Tabelle 5).

Die Anzahl der jeweiligen Vertragspartner (allerdings nicht für das Jahr 2012, aus dem diese Abrechnungszahlen stammen) wurde bereits im 1. Teil (siehe Soziale Sicherheit, April 2015) berichtet. Zu beachten ist auch, dass hier nur die Verrechnungsstellen und nicht alle Krankenversicherungsträger enthalten sind. Eine gemeinsame Verwendung der Zahlen ist daher nicht zulässig. Die Darstellung ergibt allerdings ein klares Bild der unterschiedlichen Mittelzuteilung (Tabelle 6).

Als weitere mögliche Kennzahlenbereiche wurden die Bereiche „Vernetzung“ und „Behandlungsqualität“ mit Bezug auf „Ambulatory Care Sensitive Conditions“ (ACSC) erwähnt. Dazu sei auf den Ar-



Durch die Allgemeinmedizin wird ein umfassendes Leistungsangebot niederschwellig – insbesondere auch mit Hausbesuchen – sichergestellt.

Tabelle 3: PHC_UG_Vergleich

UG_ges	Kinderheilkunde	Anzahl_Leistungen	% Anteil	% kumuliert
2502	Untersuchungen des Kindes	972943	38,3	38,3
0802	Therapeutische Verrichtungen	507609	20,0	58,3
0201	Diagnosegespräche, Therapiegespräche, Schulungen	194713	7,7	66,0
0801	Untersuchungen	160420	6,3	72,3
0701	EKG (Ergometrie)	152358	6,0	78,3
0902	Therapeutische Verrichtungen	127831	5,0	83,3
UG_ges	Innere Medizin	Anzahl_Leistungen	% Anteil	% kumulativ
0701	EKG (Ergometrie)	3988755	64,4	64,4
0201	Diagnosegespräche, Therapiegespräche, Schulungen	403599	6,5	70,9
0202	Blutentnahmen	384215	6,2	77,1
1001	Untersuchungen	230254	3,7	80,8
0211	Endoskopien (diagnostisch)	210447	3,4	84,2
UG_ges	Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	Anzahl_Leistungen	% Anteil	% kumuliert
0601	Untersuchungen	3320161	36,3	36,3
0211	Endoskopien (diagnostisch)	2747905	30,1	66,4
0212	Ärztliche Verrichtungen am Magen-Darmtrakt	771520	8,4	74,8
0201	Diagnosegespräche, Therapiegespräche, Schulungen	606937	6,6	81,4

Tabelle 4: PHC_Pos_Übersicht

fg_id	Anzahl PHC_META_Pos	Anzahl Leistungen
6	249	9.143.535
7	209	6.198.833
8	219	2.543.161
1	470	35.133.366

tikel von Scheffel/Goltz¹¹ sowie auf die Arbeit von Duftschmid et al.¹² verwiesen.

Für die Fragestellung „Verteilung der Leistungsdichten zwischen verschiedenen Versorgungsebenen und deren Veränderung für die Zielsetzung „Entlastung““ kann auf Basis der derzeitigen Datengrundlage keine Darstellung vorgeschlagen werden.

Auch für die vorliegenden Ist-Darstellungen muss als Einschränkung beachtet werden, dass derzeit keine Daten über das Leistungsgeschehen der Kran-

kenhausambulanzen und die Versorgungswirksamkeit der anderen Gesundheitsberufe vorliegen. Neben dieser quantitativen Betrachtung bedarf es auch einer qualitativen Orientierung an den Erwartungen der Patienten als wesentlich Betroffene, aber auch der Leistungserbringer aus den Gesundheitsberufen selbst. Dazu liegen ebenfalls grundlegende Untersuchungen vor. Die Patientenperspektive wurde von Fischer/Schmid¹³ qualitativ erhoben. Die Sicht einer Gruppe von Gesundheitsdienstleistern wird in „Primärversorgung aus Sicht von Jungmediziner(innen)“¹⁴ untersucht. Eine weitere Darstellung der Sicht von Ärzten auf die Arbeit im österreichischen Gesundheitssystem wird z. B. auch in „Sonst sind wir weg ...“¹⁵ berichtet. Andere Gruppen von Gesundheitsdiensteanbietern bringen ihre Sichtweise

Tabelle 5: Abrechnung 2012

Ärzt-kategorie (-gruppe)	Alle Verrechnungs-stelle	Verrechnungs-stelle								
		Wien	NÖ.	Bgld.	OO.	Stmk.	Knt.	Slbg.	Tirol	Vlbg.
Insgesamt	1.807.037.334	470.154.708	313.074.885	56.161.720	274.932.594	241.267.147	110.137.782	115.332.661	145.207.292	80.768.545
Ärzte für Allgemeinmedizin	772.564.784	136.754.608	150.592.605	28.899.880	141.881.468	120.275.181	45.764.167	47.460.781	65.538.350	35.397.744
Allgemeine Fachärzte	756.160.624	220.726.456	123.333.976	22.496.722	103.744.860	95.732.754	44.216.162	49.163.578	59.523.939	37.222.177

11 Scheffel, Goltz: Vermeidbare Krankenhausaufenthalte. Soziale Sicherheit, Dezember 2014, S. 566–574.
 12 Analyse von Behandlungsnetzwerken österreichischer Gesundheitsdienstleister.
 13 Fischer, Schmid: Erwartungen an die Primärversorgung. Soziale Sicherheit, Dezember 2014, S. 552–565.
 14 <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.603049&action=b&cacheability=PAGE&version=1414058399> (zuletzt abgefragt am 10.2.2015).
 15 In: ÖAZ 3, 10.2.2015, S. 16–17).

Tabelle 6: Abrechnung 2012_2

Auszahlung im Durchschnitt pro Vertragspartner										
Ärztetategorie (-gruppe)	Alle Verrechnungstellen	Verrechnungsstelle								
		Wien	NÖ.	Bgld.	OÖ.	Stmk.	Knt.	Slbg.	Tirol	Vlbg.
Insgesamt	261.588	292.749	253.092	236.969	255.040	249.501	238.393	262.717	254.750	258.874
Ärzte für Allgemeinmedizin	197.083	175.326	196.853	202.097	215.625	198.802	175.342	200.256	206.746	229.855
Allgemeine Fachärzte	273.476	292.741	280.304	252.772	264.655	285.769	245.645	260.125	252.220	248.148

Betrag pro „Fall“										
Ärztetategorie (-gruppe)	Alle Verrechnungstellen	Verrechnungsstelle								
		Wien	NÖ.	Bgld.	OÖ.	Stmk.	Knt.	Slbg.	Tirol	Vlbg.
Insgesamt	51,81	51,22	56,06	52,10	49,81	48,34	52,48	53,34	51,00	56,87
Ärzte für Allgemeinmedizin	47,17	45,59	47,35	47,70	49,02	44,77	47,87	52,06	47,32	46,69
Allgemeine Fachärzte	64,60	67,66	63,09	55,08	59,03	61,38	61,84	68,93	69,74	77,54

Die Verteilung der finanziellen Mittel bevorzugt derzeit technisch orientierte Fachgruppen.

durch ihre Berufsvertretungen in unterschiedlicher Weise ein. Qualitative Erhebungen können neben diesen existierenden standespolitischen Positionen ein wissenschaftlich reproduzierbares Vorgehen bieten, welches von allfälligen (standes-)politischen Veränderungen zumindest teilweise entkoppelte Ergebnisse produziert.

Einen ebenfalls zu bedenkenden Einfluss auf jede Art der Leistungserbringung bzw. die Darstellung der Leistungserbringer in Routinedaten kommt einerseits den Abbildungssystemen – in den vorliegenden Untersuchungen wurden die Honorarordnungspositionen der einzelnen Krankenversicherungsträger auf die Metahonorarordnung als gemeinsame Abbildungsebene übergeleitet –, aber auch den Bezahlungssystemen und den davon ausgehenden monetären Anreizen zu. Exemplarisch soll hier dargestellt werden, dass die Anzahl der PHC-Meta-HONO-Positionen der FG 6 je nach Herkunft der Abrechnungsdatensätze zwischen 35 und 149 liegt. Im Fach Allgemeinmedizin liegen diese Werte zwischen 116 und 247. Einen Überblick gibt Tabelle 7.

Dieser Datenhintergrund ist vor allem bei regionalisierten Auswertungen zu bedenken. Teilweise werden dadurch regionale Vergleiche inhaltlich undurchführbar.

Zusammenfassung – Teil II

Die datenseitigen Bedingungen wurden bereits im Teil I thematisiert. Im Teil II, dessen Fokus auf der Primärversorgung liegt, ist als Erklärung eines möglichen Interessenkonflikts anzuführen, dass

ich als Arzt für Allgemeinmedizin eine bestimmte Sicht und bestimmte Erfahrungen mit dem Geschehen im Gesundheitssystem in diese Analyse einbringe.

Als Teilaspekt der Primärversorgung wird die Diskussion über den „Hausarzt“ zu führen sein. Die Forderung im Konzept zum „Arzt des Vertrauens“, dass diese Rolle beliebig von Ärzten aller Fachrichtungen wahrgenommen werden darf, muss schon aufgrund dieser einfachen Analyse des realen Leistungsgeschehens und der Anforderungen an diese Rolle als unsachgemäß abgelehnt werden.



© CHW - Fotolia.com

© fotodesign-jegg.de - Fotolia.com



Datenverfügbarkeit und Abbildungssysteme begrenzen die Darstellungsmöglichkeiten.

Die Fragen im Zusammenhang mit einer multiprofessionellen Versorgung können durch Analyse der bestehenden Leistungserbringung nicht analysiert werden. Hier müssen andere Grundlagen – wie z. B. Informationen zur Epidemiologie – miteinbezogen werden. Diese können in Verbindung mit qualitativen Erhebungsmethoden und Analysen aus verfügbarer und auf die österreichischen Gegebenheiten bezogener Literatur zu Modellrechnungen verbunden werden.

Die Analyse und Planung der Leistungserbringung und damit der Versorgung im Gesundheitssystem hat darüber hinaus bestimmenden Einfluss auf andere Ebenen bzw. wird beeinflusst durch Gegebenheiten in anderen Sachbereichen. Dabei technisch am Wesentlichen sind die Abbildungssysteme der Diagnose- und Leistungsdokumentation sowie das Datenmodell der zentral verfügbaren Datengrundlagen. Diese Nomenklaturen und Kodierungs-

systeme bestimmen die maximal darstellbare Detaillierung von Auswertungen. Dokumentation stellt allerdings einen nicht zu unterschätzenden Aufwand im Gesundheitssystem dar und ist daher aus dem Gebot der Sparsamkeit auf das nachweislich notwendige Ausmaß zu begrenzen. Die Leistungsdokumentation ist dabei in der Regel direkt mit den Bezahlungssystemen verbunden. Andere Verwendungen der Dokumentation – wie z. B. eine klinische Dokumentation für die Verwendung innerhalb einer Organisation oder für die Kommunikation zwischen unterschiedlichen Organisationen – stellen hingegen andere Anforderungen an die Granularität in verschiedenen Dimensionen. Die Zuordnung der Leistungserbringung zur Versorgungsebene und zu den Professionen bestimmt auch die Mittelverteilung. Sie braucht als Grundlage aber auch eine entsprechende Abbildung in den jeweiligen Ausbildungsordnungen und berufsrechtliche Regelungen. Die Möglichkeiten des Qualitätsmanagements werden ebenfalls von der Dokumentation mitbestimmt, da diese die Voraussetzungen für die Detektion von Auffälligkeiten bestimmt.

Daher soll Teil III diesen Aspekten – nämlich der Dokumentation, den Abbildungssystemen und den anderen mit der Leistungserbringung verbundenen Sachbereichen – gewidmet werden, wobei das Augenmerk vor allem auf die Mittelverteilung und die Möglichkeiten von Bezahlungssystemen gelegt wird. Dabei wird auch auf die methodische Übertragbarkeit der vorgestellten Analysen auf den derzeitigen Stand der Dokumentation geachtet. Derzeit in Diskussion befindliche Entwicklungen sollen mit Bezug auf ihre technischen und planerischen Auswirkungen untersucht werden.

Tabelle 7: Trägereinfluß

Bezeichnung	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	N	O
Praktischer Arzt	411	436	164	261	240	254	513	232	248	356	351	510	103
Anästhesiologie	23	21					23						4
Augenheilkunde	120	145	65	73	50	53	99	50	49	63	60	96	32
Chirurgie	239	303	119	139	174	80	187	93	95	100	54	196	21
Haut- u. Geschlechtskrankheiten	158	183	118	101	115	105	120	94	76	100	82	191	28
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	149	239	93	110	117	92	179	99	70	99	98	166	24
Innere Medizin	219	255	114	140	140	127	211	116	112	133	111	299	75
Kinderheilkunde	187	214	132	142	133	129	178	105	102	160	176	244	25
HNO-Krankheiten	137	168	95	96	105	111	140	78	72	115	100	131	39
Lungenkrankheiten	72	80	50	63	42	72	69	70	40	63	47	78	32
Neurologie u. Psychiatrie	85	81	12	47	61	4	88	48		61	60	66	21
Orthopädie u. orthopädische Chirurgie	219	254	100	124	90	101	182	94	94	130	133	192	28
Physikalische Medizin	39	42	37	5			22	32	16			50	2
Radiologie	76	103	172	179	43	142	190	32	120	118	157	99	121
Unfallchirurgie	165	187		84		99	40	78	9	144	30	146	16
Urologie	171	203	98	96	107	80	111	91	77	88	77	169	45
Neurochirurgie		51					10	43	21			28	2
Neurologie		65	67			69	32		35			63	9
Psychiatrie		46	52			56	21		34			48	6
Physio-Institute						37							
Laborinstitute						22							
Labor, med. chem.	266	353	268	128		136	103	77	211	138	1	251	475
Labor, EEG			212					5					
Labor, zytodiagnostisch		5						1	2				13
Pathologie		31	19			3							8
Labor, mikrobiologisch-serol.		58					87			11			20