



Reform – Planung – Ist-Zustand

1. Teil: Zielsteuerung Gesundheit

Eine komplexe Aufgabenstellung

In der Präambel zur Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit¹ wird Folgendes festgehalten: „Im Interesse der in Österreich lebenden Menschen kommen die Vertragsparteien Bund und Länder einerseits sowie die Sozialversicherung andererseits als gleichberechtigte Partner überein, ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem zur Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung einzurichten. ... Es geht um eine den Interdependenzen entsprechende ‚Governance‘ der Zuständigkeiten für die Gesundheitsversorgung, um die Entsprechung der Prinzipien Wirkungsorientierung, Verantwortlichkeit, Rechenschaftspflicht, Offenheit und Transparenz von Strukturen bzw. Prozessen und Fairness und um die Sicherstellung von sowohl qualitativ bestmöglichen Gesundheitsdienstleistungen als auch deren Finanzierung.“

Um die in dieser Vereinbarung angestrebten Veränderungen zu bewirken, wurde im Sinne der Umsetzung ein Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG)² beschlossen. Dort wurde Folgendes festgelegt:

§ 12. (1) Im Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen haben die Bundes-Zielsteuerungsverträge insbesondere folgende Festlegungen in Form von **Bandbreiten** zu enthalten:

1. Bedarfsorientierte Versorgungs- und Leistungsdichte im akutstationären und ambulanten Bereich zur Weiterentwicklung der **Versorgungsdichte** in Richtung **Leistungsdichte** für alle Versorgungsbereiche,
2. Anteil der tagesklinischen Leistungserbringung bzw. der ambulanten Leistungserbringung für festgelegte ausgewählte Leistungen,
3. Entlastung des vollstationären Bereichs in den Akut-Krankenanstalten durch medizinisch und gesamtwirtschaftlich begründete Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen bzw. in den ambulanten Bereich unter Berücksichtigung von § 5 Abs. 3 Z 1, 2 und 3,
4. Anteil der ambulanten Versorgungsstruktur mit Öffnungszeiten zu Tagesrand- und Wochenendzeiten und Anteil **interdisziplinärer Versorgungsmodelle** an der ambulanten Versorgungsstruktur,
5. **Stärkung der Primärversorgung** („Primary Health Care“) auch im **niedergelassenen Bereich**,



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

¹ BGBl. I Nr. 200/2013

² BGBl. I Nr. 81/2013

Begriffe müssen
technisch operatio-
nalisiert werden.

6. Rahmenvorgaben für etwaige betroffene Nahtstellen,
7. Rahmenvorgaben für die **Rollenverteilung, Aufgabengebiete und Versorgungsaufträge** ambulanter Versorgungsstufen,
... (2) ...
2. Kapazitätsanpassungen von extramuraler Leistungserbringung (insbesondere interdisziplinäre Versorgungsmodelle wie z. B. selbstständige Ambulatorien, Gruppenpraxen oder neu zu etablierende innovative Versorgungsformen; erweiterte Öffnungszeiten) unter Berücksichtigung der festzulegenden **regionalen Versorgungsaufträge** vor allem bei neuen Vertragsabschlüssen,
3. Errichtung von interdisziplinären Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten und Ambulanten Erstversorgungseinheiten,
4. **Planung der Spitalsambulanzen im Zusammenhang mit den niedergelassenen Fachärztinnen/Fachärzten**,
5. Anpassung der tagesklinischen und ambulanten Strukturen ausgehend von den vereinbarten **Zielleistungsvolumina** je Bereich,
6. Festlegen der **Rollenverteilung, Aufgabengebiete und Versorgungsaufträge** pro ambulanter Versorgungsstufe und **verbindliche sektorenübergreifende Angebotsplanung** über die Regionalen Strukturpläne Gesundheit,
7. **Festlegen von „best points of service“ mittels regionaler Versorgungsaufträge** differenziert nach Versorgungsebene und Einführung von integrierten Versorgungsmodellen,
8. Berücksichtigung der „**Terminwartezeit**“ und „**Versorgungswirksamkeit**“ je **Leistungserbringer** bei der regionalen Kapazitätsplanung im ambulanten Bereich im Rahmen der Festlegungen im RSG. (Hervorhebungen entsprechen nicht dem Original)

Einige der angesprochenen Veränderungen sollen in der Folge dahingehend untersucht werden, welche Methoden zur Beschreibung eines Ist-Zustandes basierend auf Routinedaten des Gesundheitssystems eingesetzt werden können.

Methodik

Die Begriffe „Versorgungsdichte“, „Leistungsdichte“, „Primärversorgung“, „Rollenverteilung“, „Aufgabengebiete“, „(regionale) Versorgungsaufträge“, „Best Point of Service (BPS)“ und „Terminwartezeit“ sind zu definieren und entsprechend dieser Definitionen ist zu untersuchen, ob und, falls ja, wie diese Begriffe operational gemessen bzw. beschrieben werden können.

- **Versorgungsdichte:** ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) je 100.000 Einwohner.
- **Leistungsdichte:** zeigt die Inanspruchnahme spezifischer Leistungen bezogen auf die (thematisch passende) Bevölkerung.
- **Primärversorgung:** „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.“³
- **Rollenverteilung:** Dazu wurde bisher keine Definition gefunden. Der Begriff wird in Zusammenhang mit Versorgungsaufträgen und Aufgabengebieten verwendet. In Diskussionen findet sich ein Bezug einerseits zur Definition von Prozessen und Abläufen und andererseits zur Beschreibung der Aufgaben von (Fach-)Disziplinen und Gesundheitsberufen.
- **Aufgabengebiete:** Diese werden – ähnlich wie die Rollenverteilung – im Kontext von **Versorgungsebenen** und **Versorgungsaufträgen** für **Gesundheitsberufe** und **Versorgungsstrukturen** verwendet. Dabei besteht eine enge Beziehung zu Ausbildungsordnungen und berufsrechtlichen Ermächtigungen. Es kann eine „allgemeine“ Beschreibung im Sinne eines „Leistungsprofils“ und auch eine Darstellung in Form der Auflistung von Einzelleistungen mit Zuordnung zu Versorgungsebenen und einer zusätzlichen Kategorisierung nach (Qualitäts-, Ausbildungs- oder Ausstattungs-)Kriterien erfolgen.
- (Regionale) **Versorgungsaufträge:** Auf Systemebene werden darin die verschiedenen Aspekte, welche unter Verwendung aller anderen Begriffe bearbeitet wurden, zusammenfassend zielorientiert dargestellt. Auf Ebene einer „Strukturkomponente“ des Gesundheitssystems wird organisationsbezogen der Leistungsbeitrag und die wachsende Rolle konkretisiert.

³ Aus: GÖG (im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit): Stärkung der Primärversorgung in Österreich, Modellentwicklung und Abstimmungsprozess, Version 1.1. Expertenpapier, basierend auf Beiträgen aus den Workshops am 22.5. und 2.7.2013, Wien, Oktober 2013.

- „Best Point of Service (BPS)“: Eine nähere Definition fehlt. Die Versorgungsaufträge werden wohl jeweils den BPS regional festlegen. Dabei sind neben den hier dargestellten Kriterien jedenfalls auch Aspekte der Qualität, der Dringlichkeit und damit der zeitlichen und geografischen Verfügbarkeit und des Finanzierungssystems bzw. der Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen.
- Terminwartezeit: Eine nähere Definition fehlt. Neben dem Begriff der Wartezeit, welcher sowohl für akute wie auch für planbare Interventionen anwendbar ist, wird durch die Verwendung des Wortes „Termin“ wahrscheinlich eine Einschränkung auf planbare Interventionen vorgenommen werden.

Als Datenquellen werden in Zukunft die Leistungsdokumentationen aus dem ambulanten Bereich⁴ verwendet werden. Dieser Datenbestand befindet sich allerdings erst im Aufbau und die Methoden für die Verwendung beginnend bei der Datenqualitätssicherung sind noch festzulegen. Bisher finden sich Angaben zur ambulanten Versorgung nur in der Planungsmatrix des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG).⁵ Diese Angaben werden aus anderen Datenquellen gewonnen.

Versorgungsdichte und Leistungsdichte werden aus den neuen Datenquellen jedenfalls darzustellen sein. Bei der Darstellung der Infrastruktur und deren Inanspruchnahme kann dabei teilweise auf international übliche Darstellungen zurückgegriffen werden. Internationale Vergleiche können z. B. aus den Datenbanken der OECD und von EUROSTAT gewonnen werden. Dies ist vor allem deshalb von Bedeutung, da diese Vergleiche zeigen, dass Österreich bei vielen dieser Indikatoren international im Spitzenfeld liegt.

Primärversorgung, Rollenverteilung und Aufgabengebiete als Grundlage für Versorgungsaufträge und die Festlegung des BPS benötigen unterschiedliche Darstellungen zur Unterstützung der Diskussion über die Gewichtung der unterschiedlichen Interessen und Sichtweisen. Diese Interessen und Sichtweisen werden auf Seiten der Leistungsanbieter und der Zahler wesentlich von den Rahmenbedingungen eines existierenden oder erwarteten Bezahlungssystems bestimmt. Die Sichtweise der Patienten hingegen richtet sich eher auf Aspekte des Zugangs und der empfundenen Qualität.

In der Folge soll exemplarisch mittels Daten aus der GAP-DRG-Datenbank⁶ dargestellt werden, welche Möglichkeiten, Grenzen und offenen Fragen die



© auremar - Fotolia.com

Verwendung von Abrechnungsdaten für die Aufgaben der Zielsteuerung aufwirft. Zu diesem Zweck wurden zwei Datenpakete aus den ärztlichen Abrechnungsdaten 2006 und 2007 extrahiert. Einerseits werden dazu die Meta-HONO-Positionen pro Fachgruppe gezählt bzw. der Wert im Feld „Anzahl“ summiert. Andererseits wird für die Quartale I und II 2007 zusätzlich zu den vorherigen Informationen die Anzahl der abrechnenden Vertragspartner gezählt. Zur Auswertung werden aus aktuellem Anlass zuerst Fragen im Zusammenhang mit zwei Diagnostikbereichen – „Labor“⁷ und „Bildgebung“ – und in der Folge auch die Themen „Primärversorgung“ und „BPS“ behandelt. Dabei müssen auch die Aspekte der Dokumentation (insbesondere deren Umfang und Granularität), des Bezahlungssystems und der Rollenverteilung im Sinne der Beschreibung der Aufgaben von (Fach-)Disziplinen, Gesundheitsberufen und Organisationsformen berücksichtigt werden.

(Technische) Diagnostik – Labor und Bildgebung

Die Entwicklung der Medizin zu mehr Spezialisierung und Technisierung ist an unterschiedlichen Phänomenen erkennbar. Eines davon ist die Zunahme der Bedeutung technischer Diagnostik. In diesem Bereich profitiert die Medizin von den Fortschritten in verschiedenen Disziplinen der Naturwissenschaften, der Automatisierung und der Informationstechnologie. Damit verbunden ist auf der Kostenseite der Leistungserbringung ein entsprechender Investitionsbedarf in die Geräteinfrastruktur.

Verschiedene Sichtweisen können für die Bestimmung des „Best Point of Service“ (BPS) angewendet werden.

4 Dokumentation im ambulanten Bereich, BGBl. II Nr. 305/2013.

5 http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Oesterreichischer_Strukturplan_Gesundheit_OeSG_2012 (abgefragt 6.1.2015).

6 Soziale Sicherheit Oktober 2011; Gesundheitssystemforschung – erster Teil; Dr. Gottfried Endel, <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10007.695963&action=2&viewmode=content>

7 Siehe dazu den Artikel „Das Geschäft mit Laborchecks“ in der Zeitschrift „Format“ vom 18.12.2014, S. 222–227.

Die Indikationsstellung zu einer bestimmten diagnostischen Leistung wird aufgrund eines konkreten Gesundheitsproblems vorgenommen. Die diagnostische Leistung wird gelegentlich vom Zuweiser selbst, oft aber von einem anderen, spezialisierten Leistungserbringer erbracht.

tur erforderlich. Allerdings ist die Entwicklung des Preis-Leistungs-Verhältnisses dieser Infrastruktur zu bedenken, welche in der Regel zu einer Verbilligung oder zu einer Qualitätssteigerung der Leistungserbringung führt. Diese Verbilligung und Qualitätssteigerung beruht zum Teil auf Frequenzsteigerungen durch (Standort-)Konzentration oder Beschleunigung der Durchführung (Automatisierung, kürzere Aufnahmezeiten ...). Die Qualitätssteigerung kann allerdings in vielen Fällen den Nachweis eines zusätzlichen Patientennutzens nicht erbringen. Zu bedenken ist auch, dass in der technischen Diagnostik der „Technikanteil“ gut beschreibbar und analysierbar ist, der Patientennutzen aber wesentlich von der untersucher- bzw. verwen­derseitigen Interpretation des Messwertes/Bildes zu einem Befund und damit einer Diagnose und den davon abgeleiteten Maßnahmen abhängt. Der Anteil der Diagnostik am Gesamtaufwand der Krankenbehandlung hat damit im Zeitverlauf zugenommen. Ob mit der Zunahme des Aufwands auch immer eine entsprechende Zunahme des Patientennutzens einhergeht?

Gemeinsamkeiten der Diagnostik

Die Indikationsstellung zu einer bestimmten diagnostischen Leistung wird aufgrund eines konkreten Gesundheitsproblems vorgenommen. Die diagnostische Leistung wird gelegentlich vom Zuweiser selbst, oft aber von einem anderen, spezialisierten Leistungserbringer erbracht. Dabei muss für Leistungen der Bildgebung der Patient am Leistungsort anwesend sein – daher ist oft eine Terminvereinbarung erforderlich –, für Laboruntersuchungen hingegen reicht in der Regel die Übermittlung des Probematerials. Als Organisationsform findet man daher (in den Abrechnungsdaten der Sozialversicherung) ärztliche Vertragspartner in Form von Einzelordinationen oder Gruppenpraxen und Krankenanstalten in der Form von „Instituten“. Die beschriebenen Möglichkeiten der Verbilligung und Qualitätssteigerung treffen allerdings auf die unterschiedlichen Organisationsformen in unterschiedlichem Ausmaß zu. Werden über die Ist-Darstellung hinaus im Sinne der Reform Veränderungen geplant, so wirken sich diese ebenfalls spezifisch auf die jeweilige Organisationsform aus. Umso bedeutsamer ist die Analyse der derzeitigen Arbeitsteilung im Sinne von Rollenverteilung und Aufgabengebieten. Neben dem aktuellen Anlass bietet die Diagnostik

durch die zusätzliche Spezialisierung in eigenen Fachrichtungen auch die Möglichkeit der intensiven Diskussion der unterschiedlichen Interessen und Sichtweisen. Auch innerhalb jedes Bereichs können Vor- und Nachteile einer unterschiedlichen Organisation der Leistungserbringung – oft sogar abhängig von konkreten Krankheitsbildern – dargestellt werden.

Grundstruktur der Leistungserbringer und der Inanspruchnahme

Die Grundstruktur der Leistungserbringer-Infrastruktur und der Überblick über die in Anspruch genommenen Leistungen sind auf Basis der Abrechnungsdaten der Krankenversicherungsträger als Basis für alle folgenden Detailanalysen zu betrachten. Deshalb werden diese Grundlagen zwecks Übersicht nicht auf die Diagnostikbereiche beschränkt.

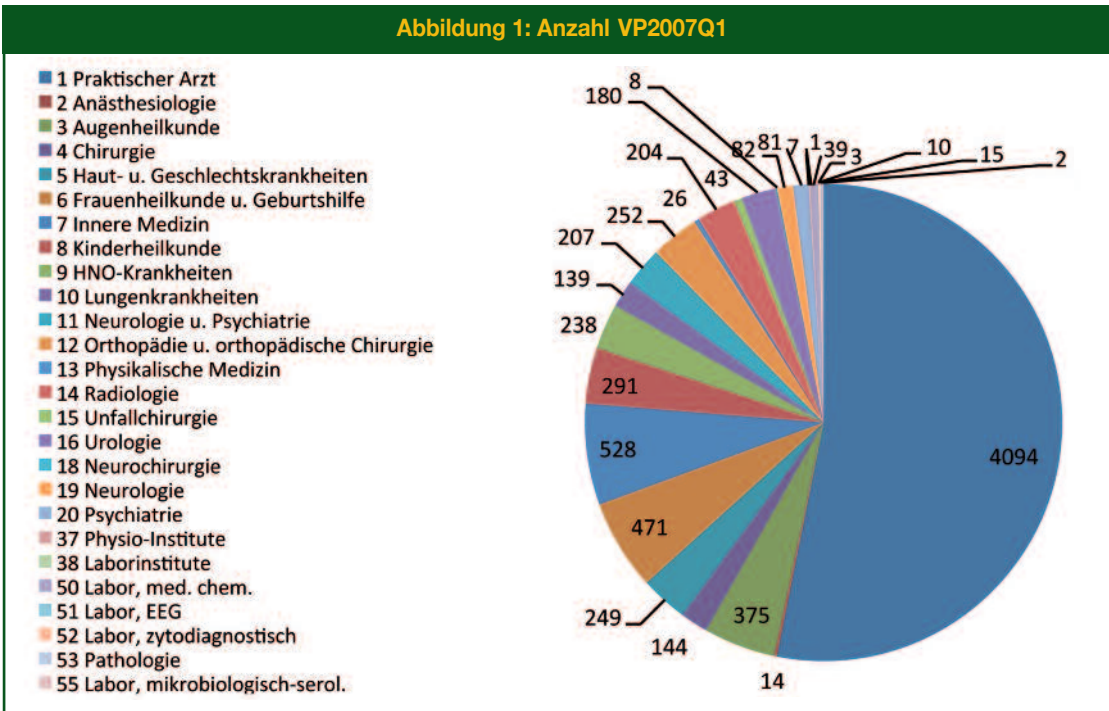
Struktur Leistungserbringer

Zur Darstellung der Anzahl der ärztlichen Vertragspartner wird aus den Abrechnungsdaten des ersten Quartals 2007 eine Abfrage durchgeführt. Daraus ergibt sich für diesen Zeitpunkt (vereinfacht aufgrund der Datenverfügbarkeit) folgende österreichweite Versorgungsinfrastruktur mit Vertragspartnern (Abbildung 1).

Diese Darstellung entspricht in den Größenordnungen der Darstellung im ÖSG. Die Werte im ÖSG zeigen allerdings nicht die Anzahl der abrechnenden Vertragspartner, sondern die Anzahl der „niedergelassenen Vertragsärztinnen/-ärzte, gewichtet nach e-card-(Erst-)Konsultationen (ÄAVE)“. Auch die Liste der dargestellten Fachgruppen ist unterschiedlich: Im ÖSG sind auch 2.660,4 ÄAVE aus dem Fach Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde enthalten. Dafür sind gerade die in dieser ersten Untersuchung interessierenden Fächer Labor und Radiologie (sowie physikalische Medizin und Rehabilitation) nicht (mehr) enthalten. Der Vergleich unterschiedlicher Zeiten erscheint zulässig, da die Vertragspartnerverhältnisse zeitlich stabil sind. Betrachtet man die Zahlen und bedenkt, dass im ÖSG eine Gewichtung nach der Erstkonsultationsanzahl erfolgt, so ist die Zählung der abrechnenden Vertragspartner entsprechend der dargestellten Logik ohne Gewichtung als plausibel zu bezeichnen (Tabelle 1).

Die Bedeutung der einzelnen Kategorien der Leis-

„Mehr“ Untersuchungen oder Leistungserbringer sind nicht automatisch „besser“.



Versorgungsdichte im niedergelassenen Bereich.

tungserbringer kann zumindest teilweise anhand der Anzahl der von ihnen abgerechneten Leistungen beurteilt werden. Die folgende Grafik zeigt daher die Leistungsanzahl pro Fachgruppe für die Jahre 2006 und 2007 (Abbildung 2). Damit ergibt sich der Übergang zur Darstellung der Inanspruchnahme von Leistungen.

Grundstruktur Leistungsanspruchnahme

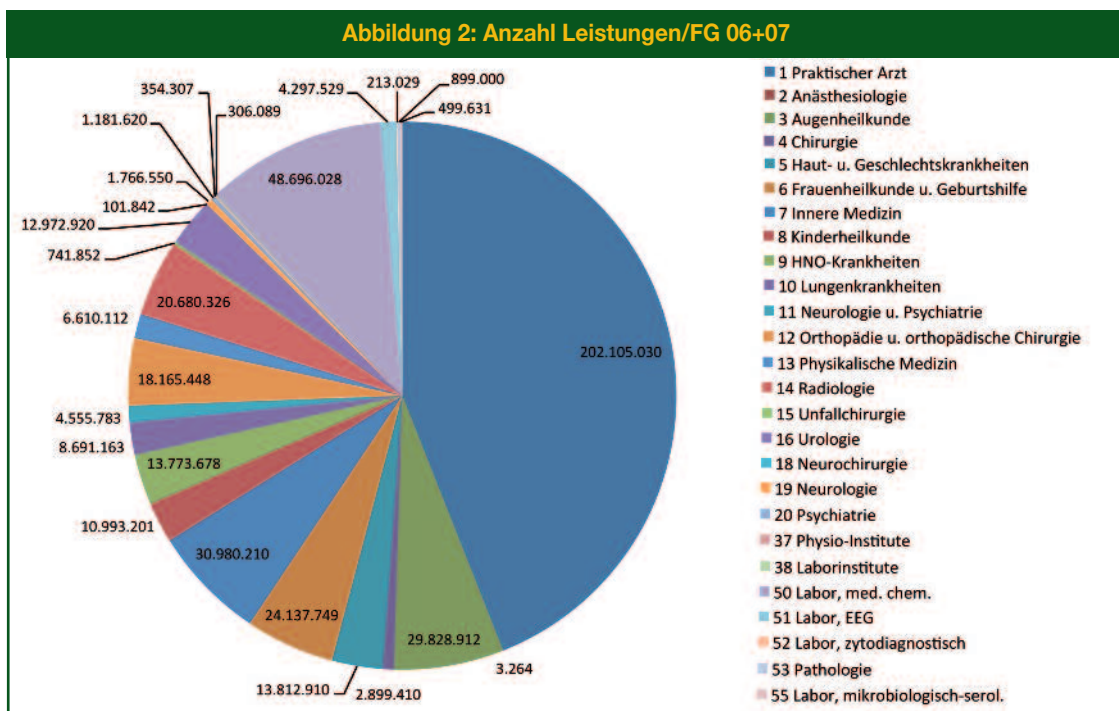
In den Abrechnungsdaten der Jahre 2006 und 2007

wird als gemeinsame Leistungsnummernkatalog die Meta-Honorarordnung (Meta-HONO) der Sozialversicherung verwendet. Diese Nomenklatur wurde Mitte der 90er Jahre entwickelt, um die unterschiedlich benannten Leistungen aus den Honorarordnungen der einzelnen Krankenversicherungsträger vergleichbar zusammenzuführen. In der Diagnose- und Leistungsdokumentation (DLD) der Zielsteuerung-Gesundheit wird der Katalog ambulanter Leistungen (KAL) verwendet werden. Die Meta-Honorarord-

Tabelle 1: ÖSG

Versorgungssituation 2010	Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)	Anzahl VP2007Q1	fg_id	Bezeichnung
AM	3982,3	4094	1	Praktischer Arzt
KI	286,8	291	8	Kinderheilkunde
KCH ⁴	-			
KJP ⁵	-			
CH ⁴	117,8	144	4	Chirurgie
NC	n. v.	8	18	Neurochirurgie
IM	434,2	528	7	Innere Medizin
GGH	418,6	471	6	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
NEU	115,2		19	Neurologie
PSY ⁵	134,6		20	Psychiatrie
DER	235,7	249	5	Haut- und Geschlechtskrankheiten
AU	354,8	375	3	Augenheilkunde
HNO	230,8	238	9	HNO-Krankheiten
URO	165,1	180	16	Urologie
PCH ⁴	-			
PUL	142,3	139	10	Lungenkrankheiten
OR	240,9	252	12	Orthopädie und orthopädische Chirurgie
UC	19,5	43	15	Unfallchirurgie
ZMK ⁶	2660,4			
RAD	n. v.		14	Radiologie
NUK	n. v.			
PMR	n. v.		13	Physikalische Medizin
LAB	n. v.			
PAT	n. v.			
insgesamt ⁷	9538,9		53	Pathologie
ohne ZMK	6878,5		55	Labor, mikrobiologisch-serol.

Versorgungsdichte
verschiedener Fächer
mit verschiedenen
Leistungskategorien.



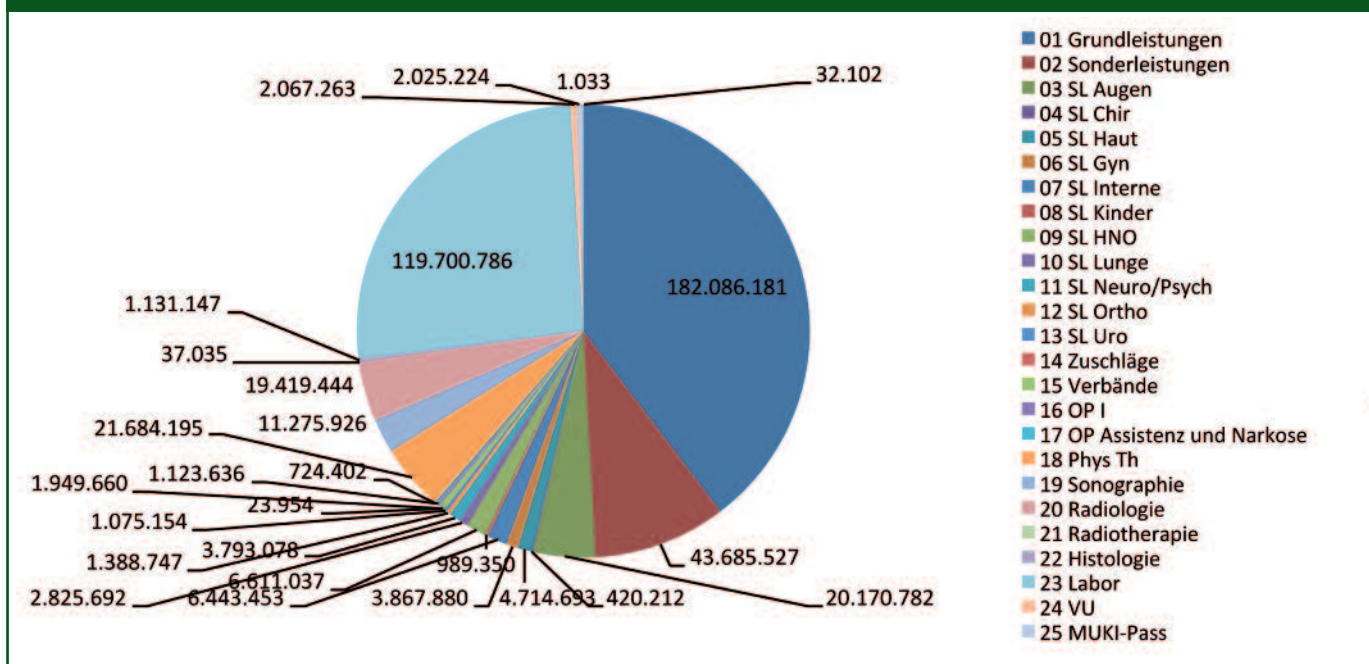
nung ist auf den KAL abbildbar. Daher sind die hier entwickelten Methoden grundsätzlich auch auf die neue DLD anwendbar.

In der Meta-HONO werden die Leistungen gruppenweise zusammengefasst. Die Bedeutung der einzelnen Gruppen kann ebenfalls zumindest teilweise anhand der jeweiligen Leistungsanzahl beurteilt werden (Abbildung 3).

Aus dieser Gruppenübersicht ist erkennbar, dass mengenmäßig die Grundleistungen und die allgemeinen Sonderleistungen fast die Hälfte der abgerechneten Leistungen ausmachen. 26 % der Leis-

tungen entfallen auf den Laborbereich, 6,7 % auf Bildgebung (Radiologie und Sonographie). Physikalische Therapien mit 4,7 % und Sonderleistungen aus dem Bereich der Augenheilkunde mit 4,4 % sind weitere frequenzstarke Leistungsbereiche. Auf alle anderen Leistungsgruppen entfallen in Summe nur 8,7 % der Leistungen. Damit ist auch verständlich, warum die technische Diagnostik vorrangig einer näheren Untersuchung unterzogen wird. Veränderungen in diesen Bereichen hätten die deutlichsten Auswirkungen und sind deshalb aus der Sicht der Zielsteuerung von be-

Abbildung 3: Leistungsgruppen/Summe



sonderem Interesse. Nicht vergessen werden darf, dass neben der Betrachtung auf Basis der Routinedaten auch andere Methoden zur Beurteilung von Leistungen verfügbar sind, welche ebenfalls wertvolle Informationen zur Beurteilung beitragen können. So sei z. B. auf die Aufarbeitung der Evidenzbasierung der Leistungen der physikalischen Therapie unter dem Arbeitstitel „Überarbeitung Musterkatalog physikalische Therapien“ verwiesen.

Leistungsgruppe Laborleistungen

Wie bereits erwähnt wurde die Bedeutung von Laborleistungen zuletzt auch in den Printmedien diskutiert⁸. Auch seitens des Hauptverbandes wurde der Bereich der Laborleistungen im Jahr 2009 bereits einmal analysiert⁹ und publiziert. Exemplarisch wurde damals für die Untergruppe der „Blutbild-Leistungen“ die unterschiedliche Honorierung analysiert (Abbildung 4).

Teilweise werden diese Unterschiede in der faktischen Honorierung durch die Frequenzen erklärt. Wie bereits dargestellt sind Verbilligung und Qualitätssteigerung in größeren Strukturen eher erreichbar. Daher stellt sich die Frage, wie derzeit die Leistungserbringung auf die Vertragspartner verteilt ist. Dies ist auch für Rollen- und Aufgabenverteilungen von Bedeutung. Eine Festlegung eines BPS hat jedenfalls weitreichende Auswirkungen und für die verschiedenen Interessenlagen und Sichtweisen völlig konträre Folgen (Abbildung 5).



© Darren Baker - Fotolia.com

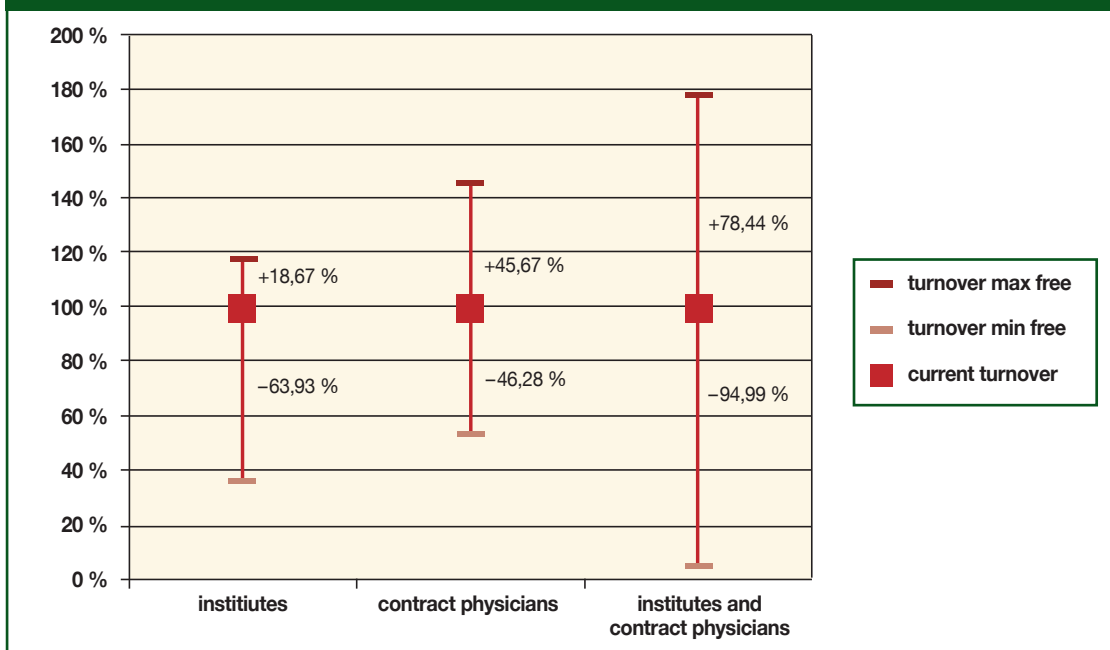
Von direkt klinisch tätigen Vertragspartnern werden 2006 und 2007 Laborleistungen vor allem von Ärzten für Allgemeinmedizin – hier besteht eine Querverbindung zur Frage der Stärkung der Primärversorgung –, von Fachärzten für innere Medizin, Vertragspartnern aus dem Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe und aus dem Fach Urologie selbst abgerechnet. Die Vertragspartner dieser vier Fachgebiete rechnen 55 % der Leistungen ab. Auf „nicht klinisch“ tätige Vertragspartner entfallen 44 % der Frequenzen.

Bevor nähere Analysen oder Fragestellungen auf der Ebene einzelner Leistungen untersucht werden, soll noch die Leistungsstruktur nach thematischen Untergruppen dargestellt werden (Abbildung 6).

Erkennbar wird hier das Überwiegen der chemi-

Laborleistungen gehören zu den häufigsten Leistungen.

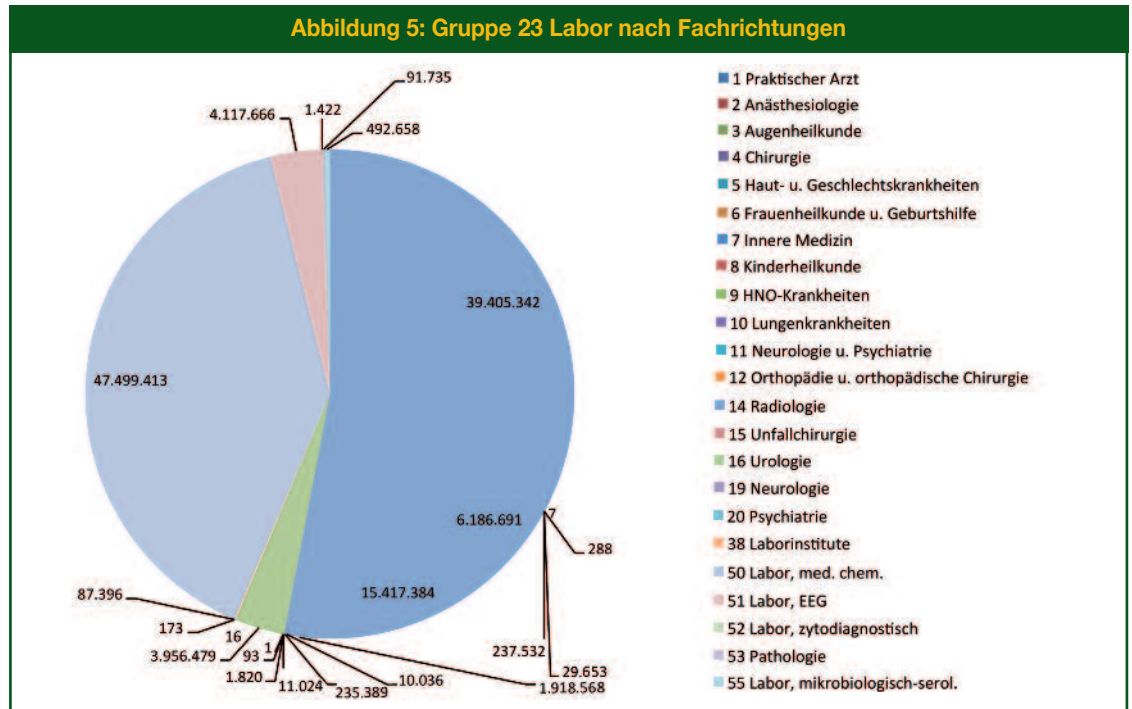
Abbildung 4: Haemograms



⁸ Siehe *Format* vom 18.12.2014, S. 222–226.

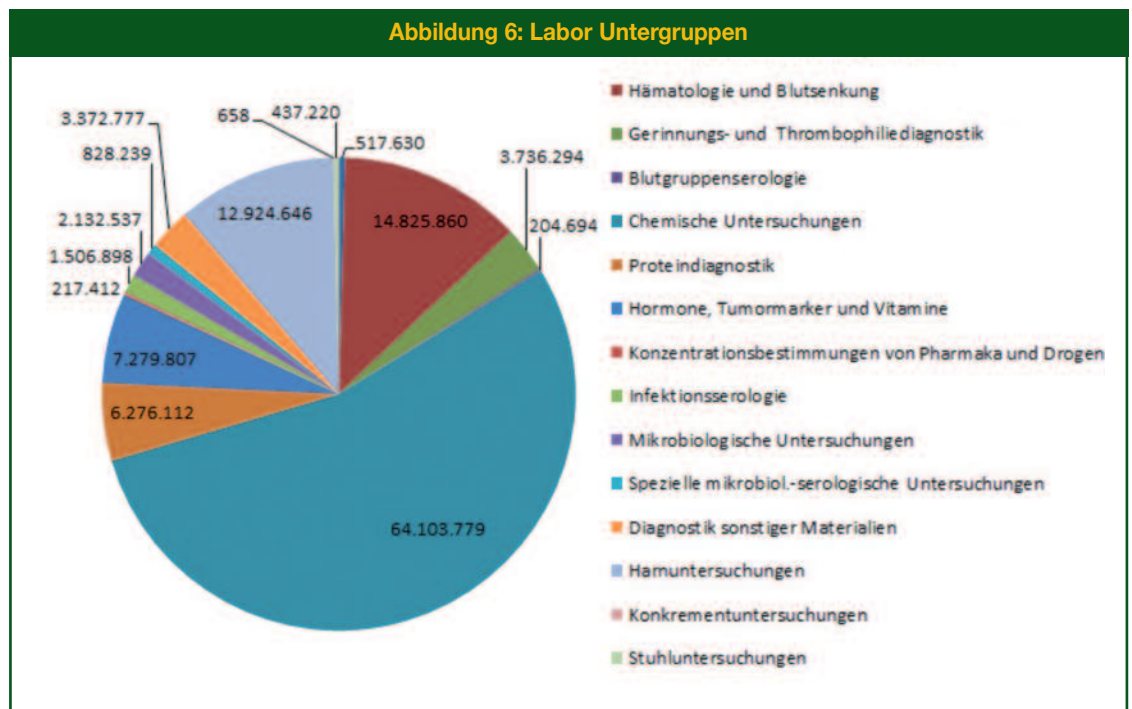
⁹ <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.564567&action=b&cacheability=PAGE&version=1391184571>

Versorgungswirksamkeit
verschiedener Fachrichtun-
gen für Laborleistungen.



schen Untersuchungen, welche technisch im Sinne einer Automatisierung am besten entwickelt sind und deren Produktionskosten sich daher gegenüber dem Zeitpunkt der Aufnahme in Honorarordnungen deutlich reduziert haben. Ähnlich war die Entwicklung im Bereich der Hämatologie und auch bei den Harnuntersuchungen – da bei Letzteren häufig eine „Sofortdiagnostik“ erfolgt, ist hier die Entwicklung allerdings nur bedingt vergleichbar. Daraus ergibt sich für eine erste Diskussion ohne detailliertere Analysen folgendes Thema: Welcher Anteil an „Sofortdiagnostik“ lässt sich nicht „zen-

tralisieren“? Unbestritten kann in Notfällen und bei manchen akuten Krankheitsbildern nicht abgewartet werden, bis die Probe eingesendet ist und das Ergebnis der Laboruntersuchung vorliegt, weshalb in solchen Fällen Soforttests erforderlich sind – die oft mit höheren Kosten verbunden sind, da Einzeltests zur Anwendung kommen. Je nach Beantwortung dieser Frage entsteht ein entsprechendes Verlagerungspotential. Im schon erwähnten Artikel der Zeitschrift „Format“ wird argumentiert, dass die Entwicklung hin zur Zentralisierung der Leistungserbringung, die teilweise bereits erfolgt sei, sich –



vor allem aus Gründen der Ökonomie – auch zukünftig fortsetzen werde¹⁰.

Der Hinweis auf teilweise beträchtliche Preisunterschiede auch im Sektor der privat verkauften Leistungen zeigt allerdings, dass die Bildung eines Anbieter-Oligopols ökonomisch keineswegs immer vorteilhaft für den Einkäufer ist. Auch Aspekte der regionalen Versorgungssicherheit werden dabei nicht thematisiert. Insgesamt werden in diesem Ar-

tikel das positive Selbstbild einer Branche und die (wirtschaftlichen) Wunschvorstellungen einiger „Gewinner“ der bisherigen Entwicklung unkritisch wiedergegeben.

Fachgruppenanalyse

Erfolgte die Analyse bisher aus Sicht der Leistungen, soll nun aus der Sicht von Fachgruppen der Leistungserbringer gearbeitet werden. Dazu werden

Tabelle 2

Allgemeinmedizin	Anzahl Leistungen	% Anteil	% kumulativ
Blutzucker quantitativ	4063108	10,3	10,3
Gamma-GT	2584377	6,6	16,9
Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)	2451107	6,2	23,1
GPT (ALAT)	2428457	6,2	29,3
GOT (ASAT)	2197505	5,6	34,8
Komplettes Blutbild: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten, Leukozyten und Thrombozyten, automatisierte direkte fünfteilige Differentialzählung, Hämatokrit- und Hämoglobinbestimmung, Errechnung der sich aus der Zählung und Messung	2145709	5,4	40,3
Harnsäure quantitativ	1948198	4,9	45,2
Kreatinin quantitativ	1840020	4,7	49,9
Streifentest im Harn (unabhängig der Anzahl der Testfelder)	1770647	4,5	54,4
Gesamtcholesterin	1638153	4,2	58,5
Triglyzeride (Neutralfett)	1416165	3,6	62,1
Thromboplastinzeit oder Prothrombinzeit (TPZ, PTZ, Quick, Normo- oder Thrombotest) inkl. Angabe der INR	1336926	3,4	65,5
Alkalische Phosphatase	1317656	3,3	68,9
Thrombozyten-Zählung	1220569	3,1	72,0
HDL-Cholesterin inklusive eventueller LDL-Cholesterin-Berechnung	1086400	2,8	74,7
Gesamtbilirubin	857582	2,2	76,9
Substrate im Harn quantitativ unter Angabe des zu untersuchenden Bestandteiles (z. B. Harnstoff, Kreatinin, Harnsäure)	848870	2,2	79,1
Harnstoff oder Reststickstoff oder BUN quantitativ	647699	1,6	80,7
Innere Medizin	Anzahl Leistungen	% Anteil	% kumulativ
Gamma-GT	988706	6,4	6,4
GPT (ALAT)	963581	6,2	12,7
Blutzucker quantitativ	899178	5,8	18,5
Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)	806753	5,2	23,7
Kreatinin quantitativ	786817	5,1	28,8
GOT (ASAT)	741651	4,8	33,6
Komplettes Blutbild: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten, Leukozyten und Thrombozyten, automatisierte direkte fünfteilige Differentialzählung, Hämatokrit- und Hämoglobinbestimmung, Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebenden Para	734209	4,8	38,4
Harnsäure quantitativ	723448	4,7	43,1
Triglyzeride (Neutralfett)	660495	4,3	47,4
Thrombozyten-Zählung	653852	4,2	51,6
Alkalische Phosphatase	643834	4,2	55,8
Gesamtcholesterin	615697	4,0	59,8
HDL-Cholesterin inklusive eventueller LDL-Cholesterin-Berechnung	541914	3,5	63,3
Kalium	438580	2,8	66,2
Substrate im Harn quantitativ unter Angabe des zu untersuchenden Bestandteiles (z. B. Harnstoff, Kreatinin, Harnsäure)	437704	2,8	69,0
Thromboplastinzeit oder Prothrombinzeit (TPZ, PTZ, Quick, Normo- oder Thrombotest) inkl. Angabe der INR	385068	2,5	71,5
Harnstoff oder Reststickstoff oder BUN quantitativ	371529	2,4	73,9
Gesamtbilirubin	357984	2,3	76,2
Streifentest im Harn (unabhängig der Anzahl der Testfelder)	356983	2,3	78,5
GLDH	266552	1,7	80,3
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Anzahl Leistungen	% Anteil	% kumulativ
Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane inklusive notwendiger Färbungen, Suchziel: Mikroorganismen	1632053	26,4	26,4
Streifentest im Harn (unabhängig der Anzahl der Testfelder)	962414	15,6	41,9
Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Nativpräparat unter Angabe des Materials	709841	11,5	53,4
Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane nativ auf Mikroorganismen (z. B. Trichomonaden, Pilze)	688939	11,1	64,5
Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Färbepreparat unter Angabe des Materials und der Färbung (Gram usw., außer Färbungen auf Mycobakterien), je	669356	10,8	75,4
Bakteriologischer Abstrich, je Abnahmestelle	410450	6,6	82,0

¹⁰ Siehe *Format* a.a.O., S. 174.



© Robert Kneschke - Fotolia.com

Der „Best Point of Service“ ist aus der Sicht der Leistungsanbieter, der Patienten und der Zahler an anderer Stelle zu finden.

die Laborleistungen von drei Fachgruppen untersucht, nämlich der Allgemeinmedizin, der inneren Medizin und der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Diese Auswahl stellt die Verbindung zu den weiteren Analysen der Bildgebung und der Primärversorgung sicher. Diese drei Fachgruppen haben 51 % der Laborfrequenzen abgerechnet.

Es wird untersucht, welche Fachgruppe bei welchen Leistungen wesentlich zur Leistungsdichte beiträgt. Dabei werden die Leistungspositionen dargestellt, welche für 80 % der Laborfrequenzen der Fachgruppe in den Jahren 2006 und 2007 verantwortlich sind. Damit werden 40 % der gesamten Leistungsfrequenzen in die Untersuchung einbezogen (Tabelle 2).

Von der Fachgruppe Allgemeinmedizin finden sich über 39 Millionen abgerechnete Laborleistungen. Die Fachgruppe innere Medizin weist 15 Millionen und die Fachgruppe Frauenheilkunde und Geburtshilfe sechs Millionen als Frequenz aus. Jeweils 80 % der Leistungen kommen aus der Abrechnung von 18, 20 und sechs unterschiedlichen Einzelleistungen. Wie sich zeigt, sind die Leistungsprofile der Fachgruppen Allgemeinmedizin und innere Medizin sehr ähnlich. Die Fachgruppe Frauenheilkunde und Geburtshilfe erbringt bis auf den Streifenfest im Harn – wie zu erwarten – überwiegend gänzlich andere Leistungen.

Für eine noch weitergehende Analyse kann untersucht werden, wie viele der Vertragspartner einer Fachgruppe jeweils diese Leistungen abgerechnet haben. Exemplarisch soll für die Allgemeinmedizin die Blutzuckerbestimmung untersucht werden. Dabei wird aus technischen Gründen nur die Anzahl der Vertragspartner der „§2-Kassen“ gezählt und mit der Gesamtzahl (welche auch Verträge enthält, die nur von den Sondersicherungsträgern betreut werden) verglichen. 3.867 Vertragspartner von 4.094 insgesamt oder 95 % haben Blutzuckerbestimmungen abgerechnet. Nimmt man die ÄAVE

aus dem ÖSG 2010, so steigt dieser Anteil auf über 97 % der Vertragspartner. Bei der Untersuchung der Primärversorgung kann dann der Anteil der Laborleistungen am gesamten Leistungsspektrum untersucht werden.

Diskussion Laborleistungen

Zweifelloos gehören Laborleistungen heute zu einer zeitgemäßen Medizin. Eine sehr optimistische und positive Betrachtung fand sich zuletzt in dem zitierten Artikel im „Format“. Bei der Betrachtung des Ist-Zustandes des österreichischen Gesundheitssystems sind Laborleistungen mit 26 % der Leistungsfrequenzen aus meiner Sicht überrepräsentiert. Diese „Techniklastigkeit“ der derzeitigen Abrechnungsdaten resultiert unter anderem einerseits aus der beachtlichen technisch-wissenschaftlichen Entwicklung des Fachbereichs und andererseits aus den historisch gewachsenen Tarif- und Anbieterstrukturen. In Diskussionen wird wiederkehrend darauf verwiesen, dass über die Laborleistungen eine Quersubventionierung anderer – unterbezahlter oder in den Tarifstrukturen unterrepräsentierter – Leistungsbereiche erfolgt. Dieser Sichtweise steht der Anspruch der Zahler auf Wirtschaftlichkeit und Qualität entgegen, wobei nicht nur die Qualität der Laborleistungen, sondern die der gesamten Leistungserbringung gemeint ist, weil unnötige oder falsch indizierte Untersuchungen neben dem wirtschaftlichen auch ein medizinisches Schadenspotential haben. Aus der Sicht der Patienten sollen alle zweckmäßigen und notwendigen Untersuchungen möglichst ohne zusätzliche Termine und Wege erfolgen, qualitativ hochwertig und – im Sinne der Versorgungssicherheit – regional leicht zugänglich sein.

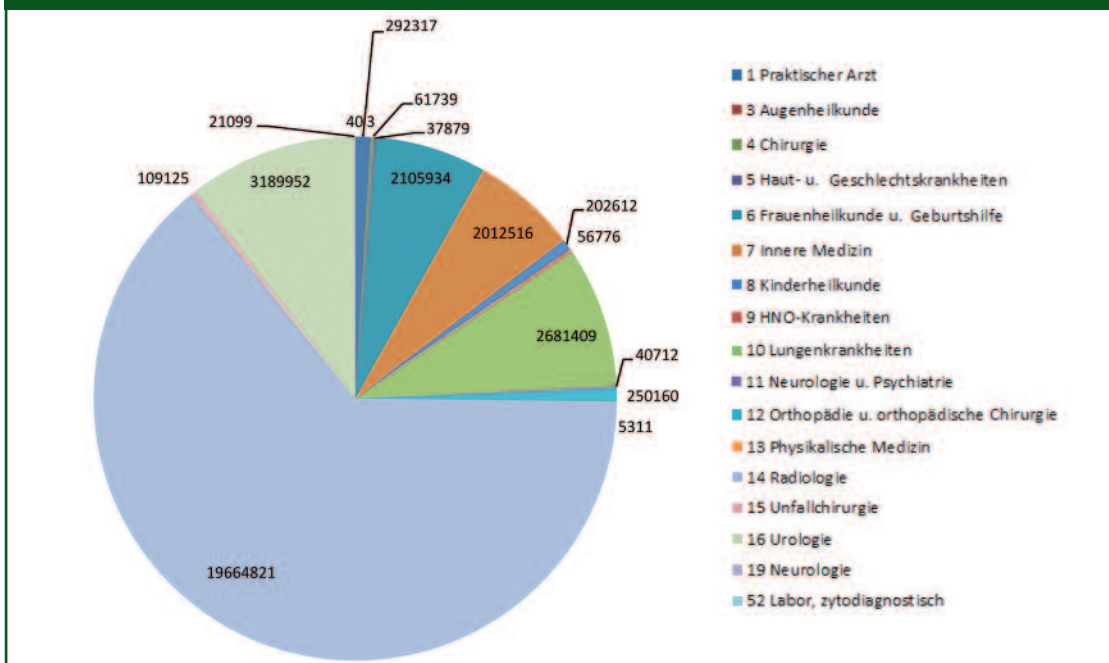
Die Rollenverteilung, die fach- und ebenenspezifischen Versorgungsaufträge sowie die Aufgabengebiete sollen es dann ermöglichen, den BPS zu identifizieren.

Leistungsgruppe Bildgebung

Mit vergleichbarer Methodik soll nun der Bereich der Bildgebung untersucht werden. Er besteht aus den Gruppen Sonographie und Radiologie.

64 % der Leistungen werden von Vertragspartnern des Fachgebietes Radiologie erbracht. Wesentliche Beiträge zu den Frequenzen stammen weiters von den Fachgruppen Urologie, Lungenkrankheiten, Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie innere Medizin. Trennt man die beiden in der Bildgebung zusammengefassten Leistungsgruppen, so zeigt sich, dass eine Diskussion über Leistungsverlagerungen im Feld Radiologie nur gegenüber dem Fach Lungenkrankheiten erfolgen kann. Die radiologische Bildgebung ist für die anderen hier untersuchten Fachgruppen (Zahn-, Mund- und Kiefer-

Abbildung 7: Bildung Gesamt



Für die Priorisierung von Handlungsfeldern ist eine Drill-down Analyse erforderlich.

heilkunde wurde ja bereits von Anfang an nicht aufgenommen) offensichtlich von keiner Bedeutung, soweit es die eigenständige Leistungserbringung betrifft (Abbildung 7).

83 % der radiologischen Leistungen werden von Radiologen erbracht und nur knapp 14 % von Vertragspartnern aus dem Fachgebiet Lungenkrankheiten. Anders bei Leistungen aus dem Gebiet der Sonographie: Hier ist die Fachgruppe Radiologie mit 30 % nur knapp vor der Fachgruppe Urologie mit 28 % zu finden. Als weitere wesentliche Leistungserbringer scheinen die Fachgebiete Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit fast 19 % und das Fach innere Medizin mit fast 18 % auf. Über ein

Prozent der Leistungen werden noch von den Fächern Kinderheilkunde und Orthopädie erbracht. Diese sehr unterschiedliche Ausgestaltung resultiert zumindest zum Teil auch aus sehr unterschiedlichen regionalen Organisations- und Honorierungssystemen (Abbildung 8 und 9).

Wie im Sinne eines Drill-down zur Priorisierung von Handlungsfeldern geboten, wird in der Folge der Leistungsbereich Sonographie nach dem Beitrag der Untergruppen analysiert (Abbildung 10). Der klassische Ultraschall des Bauches und der Small Parts dominiert das Leistungsgeschehen. Einen weiteren wesentlichen Beitrag liefert die Herzdiagnostik.

Abbildung 8: Radiologie

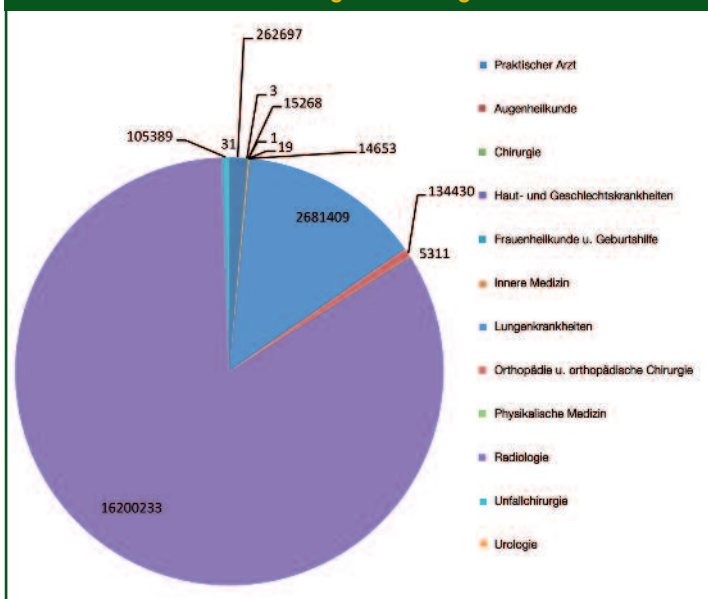
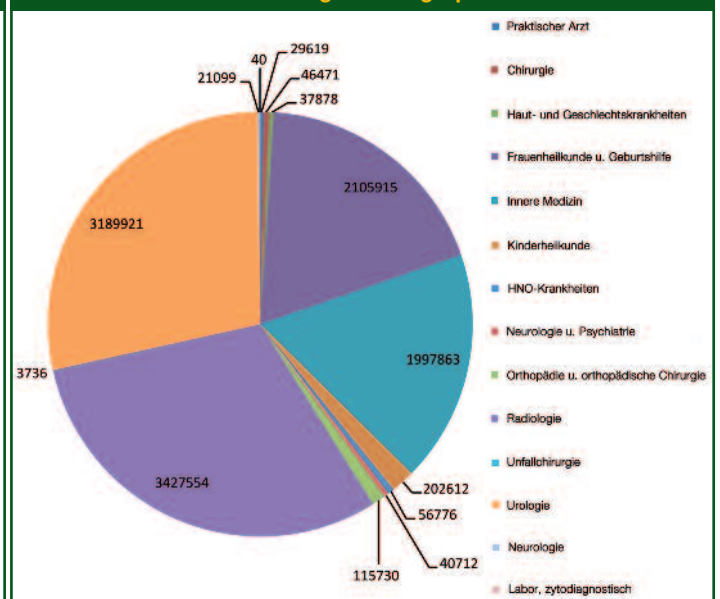
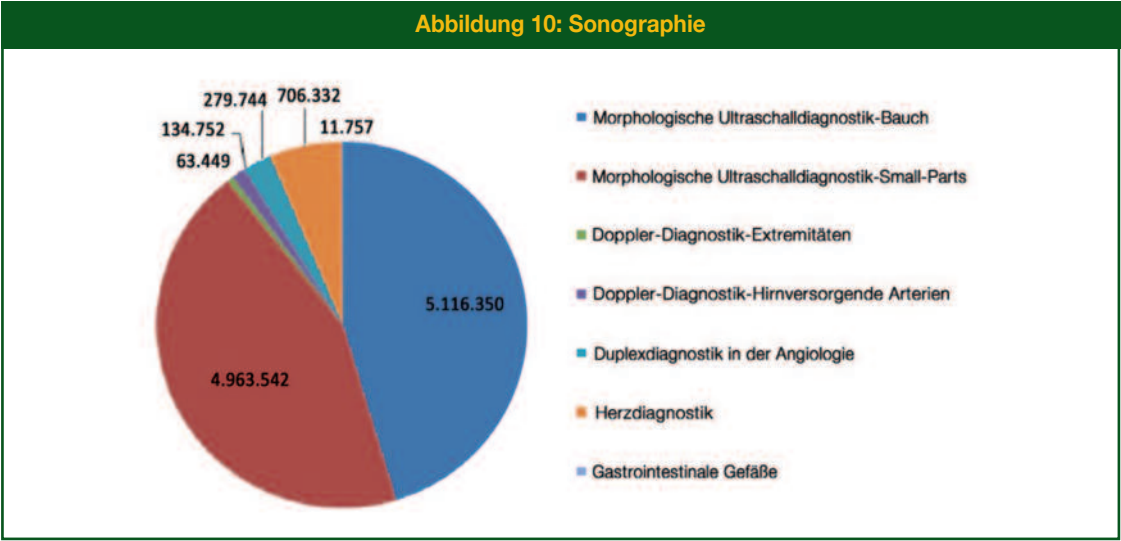


Abbildung 9: Sonographie



Die Abbildung der Leistungsanspruchnahme hängt von den Abrechnungssystemen ab.



Fachgruppenanalyse

Zwecks Vergleichbarkeit mit dem Laborbereich sollen hier die Fachgruppen innere Medizin und Frauenheilkunde und Geburtshilfe untersucht werden. Methodisch wird wie beim Laborbereich vorgegangen (Tabelle 3).

Wie zu erwarten werden im Fach der inneren Medizin Untersuchungen unterschiedlicher Organsysteme durchgeführt. In der Frauenheilkunde und Geburtshilfe konzentrieren sich die Frequenzen auf drei (nimmt man die viertgerichte Position dazu, erreicht man einen kumulativen Prozentanteil von 99 %!) Einzelleistungen. Trotzdem rechnen nur 54 % der Vertragspartner aus dem Fach innere Medizin die Leistung „Echokardiographie mit zweidimensionaler Darstellung inklusive TM-Registrierung“ ab. Hingegen findet man im Fach Frauenheilkunde und Geburtshilfe Abrechnungen

von 83 % der Vertragspartner aus dem §2-Kassen-Bereich für die Position „geburtshilflicher Ultraschall bei besonderer medizinischer Indikation“. Dabei ist anzumerken, dass von zwei §2-Kassen überhaupt keine Abrechnungen zu dieser Position vorliegen.

Diskussion Bildgebung

Mehr noch als für die Laborleistungen muss für den Bereich Bildgebung beachtet werden, dass die Abrechnungsdaten der ärztlichen Vertragspartner nur einen (wenn auch ambulant den wesentlichen) Ausschnitt des Leistungsgeschehens in Österreich abbilden. Die Darstellung ist auch durch die Gegebenheiten des Abrechnungssystems bestimmt. Insgesamt zeigt sich, dass die Bildgebung mittels Röntgentechnik im Wesentlichen auf zwei Fachdisziplinen konzentriert ist. Dabei ist die radiologische

Tabelle 3

Innere Medizin	Summevonsum Anz.	% Anteil	% kumulativ
Sonographie des Oberbauches (jedenfalls der Leber, Gallenblase, Gallenwege, Milz und des Pankreas)	389.829	19,5	19,5
Echokardiographie mit zweidimensionaler Darstellung inklusive TM-Registrierung (inkl. Befunderstellung und Befunddokumentation=Print und Messdaten)	388.033	19,4	38,9
Doppelsonographie der Herzklappen inkl. eventuell erforderlicher Vitiumdiagnostik mit gepulstem und/oder CW-Doppler inkl. eventuell erforderl. Color-Doppler Imaging (inkl. Befunderstellung und Befunddokumentation=Print und Messdaten)	314.006	15,7	54,7
Sonographie der Nieren, Nebennieren und des Restroperitoneums (einschl. der Bauchaorta)	253.112	12,7	67,3
Sonographie der Schilddrüse und erforderlichenfalls der Nebenschilddrüse	188.327	9,4	76,7
Sonographie des Unterbauches (Harnblase einschließlich Restharnbestimmung, Prostata, Uterus, Adnexe, Appendix, Raumforderung)	145.503	7,3	84,0
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Summevonsum Anz.	% Anteil	% kumulativ
Sonographie des Unterbauches gemäß Pos. 190107 einschließlich endovaginale Sonographie	923.612	43,9	43,9
Sonographie des Unterbauches (Harnblase einschließlich Restharnbestimmung, Prostata, Uterus, Adnexe, Appendix, Raumforderung)	534.125	25,4	69,2
Geburtshilflicher Ultraschall bei besonderer mediz. Indikation (nur verrechenbar bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis Schwangerenbecken-Leibesfrucht, Verdacht auf atypische pränatale Kindeslage)	374.947	17,8	87,0

Leistungserbringung durch das Fach Lungenkrankheiten der Vorgangsweise bei der Sonographie in anderen Fächern vergleichbar: Der Untersucher stellt die Indikation zur Untersuchung fest und führt diese – meist noch beim selben Kontakt – auch selbst durch. Für den Patienten entsteht damit die gewünschte „One-Stop-Shop“-Situation mit einer Minimierung von Zeitaufwand und zurückzulegenden Wegen. Für die Untersucher ergibt sich die Möglichkeit einer rationalen und raschen Behandlung sowie die Möglichkeit, die Geräteauslastung entsprechend zu gestalten (abhängig von Honorarordnungsbestimmungen wie Limitierungen und Degression). Für die Zahler ist durch die Honorarordnungsbestimmungen die Balance zwischen Frequenzausweitung mit fraglicher Notwendigkeit und Einsparung von zusätzlichen Kontakten mit anderen Vertragspartnern zu finden. Auch in diesem technischen Leistungsbereich ist der Fortschritt vor allem durch den Einsatz von Informationstechnologie zu bedenken. In der Radiologie hat die Umstellung von konventionellen Filmen auf wiederverwendbare Speicherfolien oder – noch besser – fest eingebaute Festkörperdetektoren die Ablauforganisation deutlich verändert. Auch besteht die Möglichkeit der örtlich dislozierten Befundung, womit weitere Möglichkeiten einer Rationalisierung offenstehen.

In der Sonographie hat der technische Fortschritt zu leichteren/kleineren Geräten mit besserer Auflösung und Bildbearbeitung geführt. Der Vorgang der Untersuchung und Befundung ist dort allerdings nach wie vor an den fachlich kompetenten Untersucher gebunden. International sind zwar Modelle einer Entkopplung dieser Tätigkeiten bekannt, diese haben allerdings in Österreich – soweit bekannt – bisher noch keine wesentliche Verbreitung gefunden. Damit bleibt bei der Sonographie weiterhin der Kostenteil der „Personalkosten“ des Untersuchers bestimmend. Für die Bildgebung ist auch die Diskussion über Vor- und Nachteile von Zentralisierungen und Spezialisierungen sowie deren Einfluss auf Kosten und Qualität noch nicht so weit fortgeschritten wie im Laborbereich. Dies hat sich zuletzt in den Diskussionen vor Einführung des Mammographie-Screenings gezeigt. Qualifizierungsnachweise, Qualitätssicherung durch Doppelbefundung, Qualitätsverbesserung durch Ergebnismeldung wurden, da sie bisher wenig verbreitet waren, sehr emotional diskutiert.

Diese Aspekte sind allerdings bei einer Diskussion über einen BPS zu bedenken. Der Patientenvorteil eines „One-Stop-Shops“ ist gegen die Qualitätsfrage niedriger Frequenzen abzuwägen. Dazu kommt auch noch die wirtschaftliche Seite niedriger organisationsbezogener Frequenzen, welche mangels Degression oder Deckelung zu relativ hohen realen Tarifen führen können.

Zusammenfassung

Die komplexe Aufgabenstellung der Gesundheitssystemreform im Sinne der „Zielsteuerung-Gesundheit“ verlangt eine Optimierung und einen Ausgleich zwischen verschiedensten Zielsetzungen, die zum Teil in Widerspruch zueinander stehen. Insbesondere die Bestimmung eines „Best Point of Service“ erscheint als methodische Herausforderung. In einem ersten Schritt wurde nun versucht aufzuzeigen, wie die vorhandenen Abrechnungsdaten zur Ist-Analyse und damit auch zur Priorisierung von Themen eingesetzt werden können. Dabei wurde versucht, die Daten in einer Struktur sowie in einer Art und Weise zu verwenden, welche auf die zukünftig vorhandenen Daten aus der Leistungsdokumentation des ambulanten Bereichs übertragbar ist.

Unstrittig ist, dass die hier verwendeten Daten nicht nur bestimmte Bereiche (Krankenhausambulanzen, Institute ...) nicht abdecken, sondern, dass auch jede Ist-Darstellung von den Entwicklungen der Vergangenheit geprägt ist, deren Fehler eine Reform ja gerade beheben soll. Man kann daher nicht erwarten, dass eine Fortschreibung der Vergangenheit, bei der nur eine Anpassung an Veränderungen der Bevölkerungsstruktur erfolgt, zu sinnvollen Planungsergebnissen führt. Der Status quo als Ausgangspunkt erlaubt es aber, verschiedene Szenarien mit unterschiedlichen Prioritäten oder Annahmen über Wirkungszusammenhänge im Sinne von Modellen zu berechnen und damit eine bessere Informationsbasis für Entscheidungsträger beim risikoträchtigen Verlassen der ausgetretenen Wege zu schaffen.

Die Bearbeitung von zwei „Zuweisungsfächern“ zeigt im verwendeten Datenausschnitt, dass es sich keineswegs um rein „fremdbestimmte“ Bereiche der Leistungserbringung handelt, sondern dass verschiedene andere Fachgruppen und auch die Patienten in wesentlichem Ausmaß von Veränderungen betroffen wären. Dieser Vergleich zeigt auch, dass die Diskussion innerhalb der Fachbereiche aufgrund der bisherigen Entwicklung unterschiedlich weit fortgeschritten ist. Nach meinem bisherigen Kenntnisstand ist in den (personenzentrierten) klinischen Fächern diese Diskussion über Organisationsänderungen noch weniger entwickelt als in den „technischen“ Fächern, die schon historisch multiprofessionell und interdisziplinär zu arbeiten gewohnt waren. Außerdem ist die Erbringung „technischer“ Leistungen einfacher zu überschauen als die Leistungserbringung im klinischen Bereich.

In einem demnächst erscheinenden zweiten Teil ist eine Analyse des Bereichs „Primärversorgung“ und eines weiteren klinischen Fachs geplant, auf deren Basis ein Konzept für die Bewertung von Entscheidungen zum BPS und zu Aufgabengebieten formuliert werden soll.

Widersprüchliche Zielsetzungen verlangen für die Planung von Veränderungen Analysen und Modellierungen der Zusammenhänge.