

# Reorganisation der ambulanten Fachversorgung als zentrale Maßnahme in der Zielsteuerung–Gesundheit

Einführung in die ambulante fachärztliche Versorgungslandschaft in Österreich und ihr Veränderungsbedarf

Petra Paretta

Karin Eglau

Vienna Healthcare Lectures 4.–6.9.2017

# Agenda

	Zum Nachlesen	
» Ambulante Versorgungsstrukturen in Ö und ihre Rechtsgrundlagen	Folien	3 – 12
» Im Vorfeld der Gesundheitsreform	Folien	13 – 16
» Zielsteuerung–Gesundheit:	Folien	17 – 22
» <b>Arbeiten der FG Innovation zur ambulanten Fachversorgung zur „MPV“-Entwicklung</b>	Folien	23 – 30
» ÖSG 2017: Rahmenplan unter neuen Rahmenbedingungen	Folien	31 – 38
» Steirischer Gesundheitsplan 2035	Folien	39 – 41
» Patientenerwartungen an fachärztliche Versorgung	Folien	42 – 43
» <b>Ambulante Sekundärversorgung neu gedacht</b>	Folien	44 – 45
» Exkurs: LKF–ambulant: Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich	Folien	46 – 48

# Ambulante Versorgungsstrukturen in Österreich

---

Ambulante Versorgung in **zwei Sektoren**:

» extramural

– ÄrztInnen (Allgemeinmedizin und FachärztInnen)

» In Ordinationsstätten (gem. Ärzte-G)

» als niedergelassene (Einzel-)Ärztinnen/Ärzte, ggf. in Praxisgemeinschaft

» in Gruppenpraxen

» angestellt in Selbständigen Ambulatorien (gem. § 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG)

– Andere Gesundheitsberufe: MTDs, Psychotherapeuten, Psychologen, Diplom. Pflegepersonen (gem. jeweilige Berufsgesetze)

» freiberuflich in Einzelpraxen, Praxisgemeinschaft(en)

» angestellt bei ÄrztInnen, Gruppenpraxen, in selbständigen Ambulatorien

» intramural:

– Anstaltsambulatorien gem. § 26 KAKuG = Spitalsambulanzen

„mural“: bezieht sich auf bettenführende KA!

# Kompetenzlage für ambulante Versorgung in Österreich

---

## Sozialversicherungsrecht (ASVG):

### Grundsätze der Krankenbehandlung als Versicherungsleistung

- » ...
- » Krankenbehandlung in Art und Umfang, als Sachleistung für Versicherte ohne zeitliche Begrenzung (aber immer mit ärztlicher „Beteiligung“)
- » Kreis der Behandler (Ärzte/Ärztinnen und gleichgestellte Leistungserbringer)  
keine Vorgabe der primären Zuständigkeit von Ärzte/Ärztinnen für AM
- » Wahlfreiheit der Behandler (≠Versorgungsstufe)  
Vertragsärzte/-ärztinnen/Vertrags-Gruppenpraxen, Wahlärzte/-ärztinnen/  
Wahl-Gruppenpraxen, eigene Einrichtungen der SV oder Vertragseinrichtungen
- » Anstaltspflege wenn keine Hauskrankenpflege möglich bzw. für ärztliche  
Behandlung häusliche Pflege nicht ausreichend
- » Beziehungen SV-Träger zu **Vertragspartnern** über **privatrechtliche Verträge**  
(Regeln dafür in Gesamtvertrag mit ÄK bzw. WK, für KA via Art. 15a B-VG  
Vereinbarung über Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens  
bzw. KAKuG)
- » ...

# Kompetenzlage für ambulante Versorgung in Österreich

---

**Bundesverfassung: Art. 12 in Bezug auf Heil- und Pflegeanstalten**  
**Grundsatzgesetz Bund + Länder Ausführungsgesetze und Vollziehung**

**Krankenanstaltenrecht (KAKuG) regelt u.a. Grundsätze der Versorgung**

- » KA-Versorgung der Bevölkerung: § 18 Sicherstellung Anstaltspflege ist Kompetenz der Länder, § 10a Planungsvorgaben, § 3 ff Bewilligungen, etc. ...
- » Zweck und Ausgestaltung von KA: Art und innere Struktur, Strukturvorgaben
- » Anstaltspflege von anstaltsbedürftigen Personen in Krankenanstalten (§22)
- » Ambulante Behandlung in
  - » **selbständigen Ambulatorien** (§ 2) inkl. „angemessener Zahl von Betten, für kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen“
  - » **Anstaltsambulatorien** – vulgo Spitalsambulanz (§26)
- » Leistungsabteilung für stationäre und ambulante Leistungen

# Kompetenzlage für ambulante Versorgung in Österreich

---

§ 26 KAKuG: **Anstaltsambulatorien = Spitalsambulanzen** (intramural)

in öffentlichen KA gem. § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 (Allgemeine- und Sonderkrankenanstalten) sind Personen, die einer **Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen** ambulant zu untersuchen oder behandeln, wenn notwendig für:

- » Erste ärztliche Hilfe und Folgebehandlung
- » Behandlung nach KA-Pflege, sofern im Patienteninteresse Fortsetzung in selber KA erforderlich
- » U+B, sofern außerhalb KA in angemessener Weise nicht verfügbar
- » Befunderhebung vor stationärer Aufnahme (mit einer Zuweisung)  
oder
- » Durchführung von Organ-/Blutspenden, klinische Prüfungen, Fortpflanzungsmedizin

Plus: KA haben Recht (nicht Pflicht!) **Vorsorgeuntersuchungen** durchzuführen

# Finanzierung der Krankenanstalten in Österreich

## Art. 15a-Vereinbarungen (Staatsvertrag zwischen Bund und allen Ländern)

über die **Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens**: Festlegung der versorgungstechnischen und finanziellen Zuständigkeiten in der Gesundheitsversorgung (Zusammenwirken der Institutionen: SV/KA/LGF) als Teil des FAG

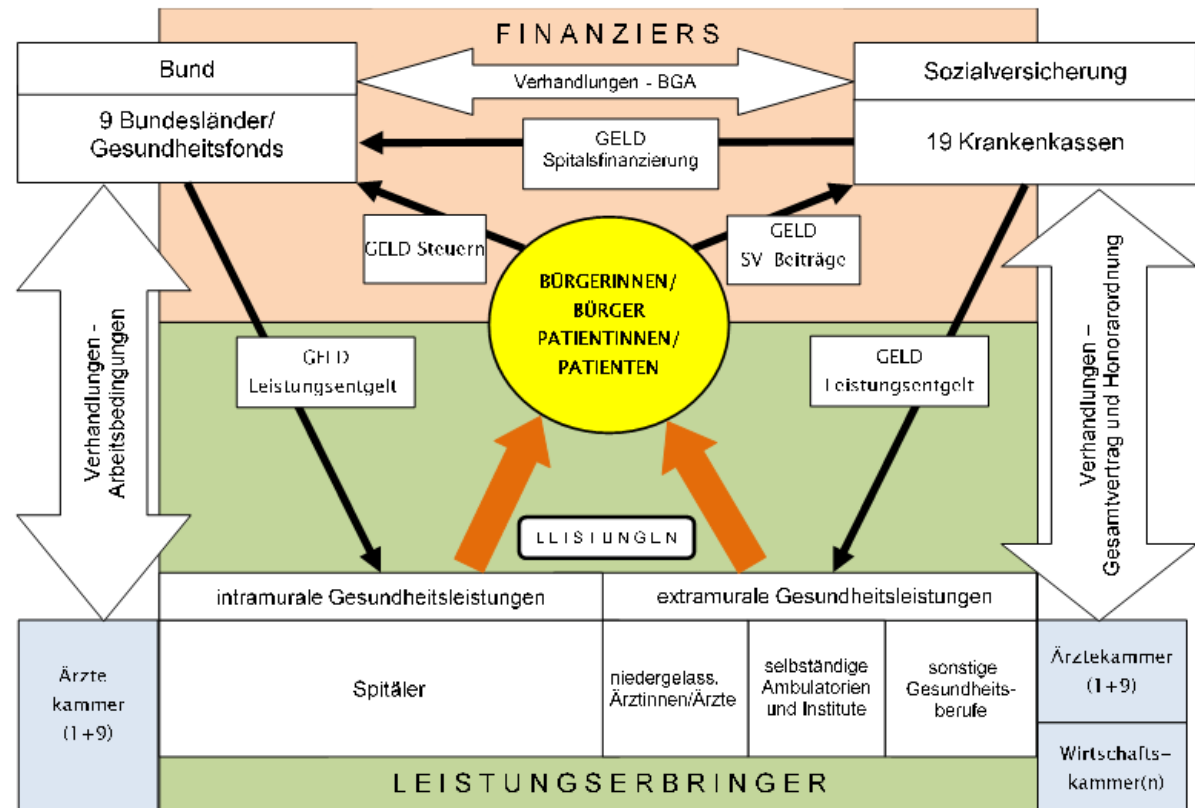
### 2008–2013 (–2016):

Art. 9: sektoren-  
übergreifende  
Finanzierung  
des amb. Bereichs

### 2017–2020/2021:

Art. 13 Abs. 2:  
spitalamb. LKF und  
extramurale  
Honorierung (v.a. PV)

weiterentwickeln und  
harmonisieren →  
Erfüllung VA unterstützt  
und Aufbau multiprof./  
interdisziplin. Versorgungsformen forciert



## Wirkung des LKF-Systems – Evaluierung LKF 1997 – 2007

---

Auszug zu Frage 4: Einfluss des LKF-Systems auf konkrete Entwicklungen im KA-Bereich, das wirtschaftliche Verhalten (effizienter Einsatz vorhandener Ressourcen), Verschiebung von Leistungen zwischen stationärer, tagesklinischer bzw. ambulanter Versorgung, ..... innerhalb und zwischen den Sektoren sowie auf Quantität und Qualität der Versorgung.

Durch das LKF-Modell werden **generell Anreize zur Fallzahlensteigerung** bei gleichzeitiger **Kostenminimierung je Fall** (*i.S. von Aufenthalt*) gesetzt. Dies zeigt sich in der **Zunahme der Krankenhausaufenthalte je Patient**. Zwischen den Bundesländern bestehen dennoch signifikant unterschiedliche Entwicklungen der Krankenhausaufenthalte je Patient und der abgerechneten Punkte je Patient.

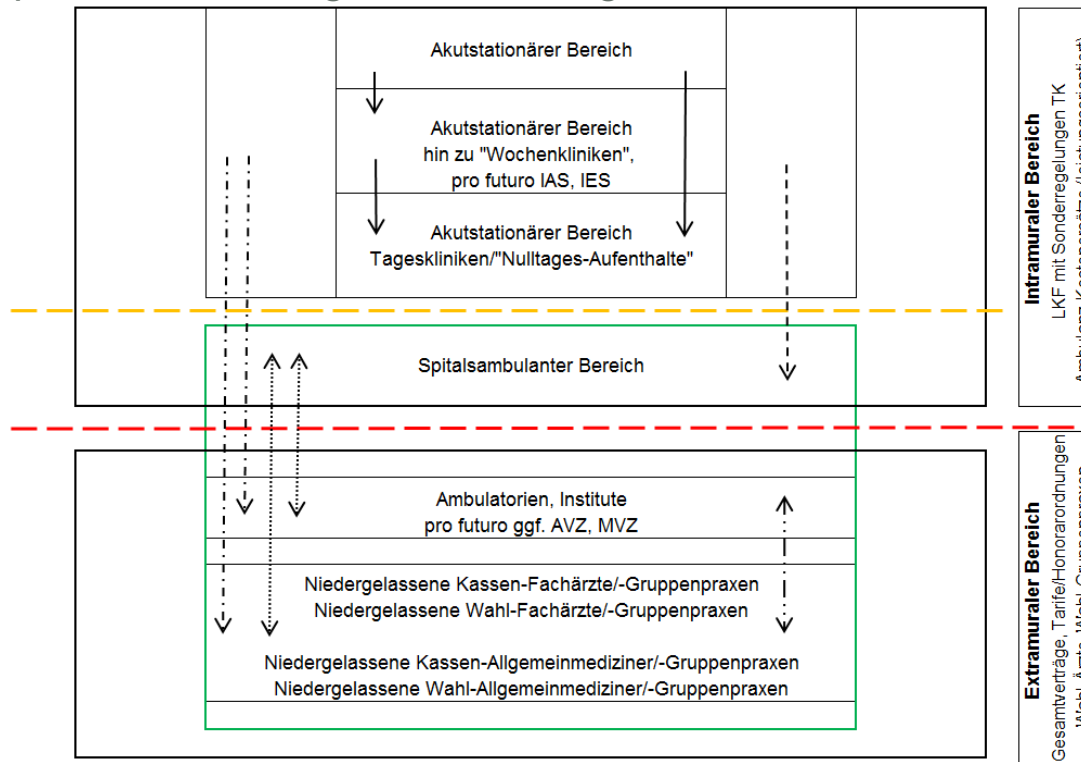
Eine Erklärung ist die **Entwicklung der spitalsambulanten Fälle** (*i.S. von Besuchen/Tag*). Eine genaue Abschätzung inwieweit im **intramuralen Bereich spitalsambulante Fälle oder Nulltagesaufenthalte bzw. vollstationäre Fälle erbracht werden, die auch ambulant im extramuralen Bereich hätten durchgeführt werden können**, wurde aufgrund der Datenlage nicht vorgenommen.

Für die **Beurteilung des Ressourceneinsatzes** sind letztlich nicht die Höhe der stationären Kosten, sondern die **Versorgungskosten über alle Versorgungsbereiche hinweg entscheidend**. Die Bundesländer **nutzen in unterschiedlichem Umfang die Behandlungsmöglichkeiten der modernen Medizin in der Spitalsambulanz**, was sich unmittelbar in der Kostenentwicklung der Krankenanstalten niederschlägt.



# Steuerung Patientenströme ambulant vor stationär

## Perspektiven Leistungsverschiebungen zwischen Teilbereichen des Gesundheitswesens



Legende:

- gesamter ambulanter Bereich im Sinne von Artikel 9 der 15a-Vereinbarung 2008-2013
- Übergang akutstationärer Bereich / spitalsambulanter Bereich (Finanzierung v.a. Landesfonds)
- Übergang intramurales Bereich (Finanzierung v.a. Landesfonds) / extramurales Bereich (Finanzierung v.a. SV)
- Leistungsverschiebung durch organisatorische Maßnahmen innerhalb der Akut-KA realisierbar
- Leistungsverschiebung stationär/spitalsambulant i.S. von Art. 27 (1) Z. 6 15a-Vereinbarung (ggf. Anpassung der gesetzlichen Grundlagen und Honorierungssysteme)
- Leistungsverschiebung stationär/extramurales i.S. von Art. 27 (1) Z. 6 15a-Vereinbarung (derzeit über Kooperationsbereich i.S. von Art. 31 15a-Vereinbarung geregelt)
- Leistungsverschiebung spitalsambulant/extramurales i.S. von Art. 27 (1) Z. 6 15a-Vereinbarung (derzeit über Kooperationsbereich i.S. von Art. 31 15a-Vereinbarung geregelt)
- Leistungsverschiebung innerhalb des extramurales Bereichs (sozialversicherungsrechtliche Grundlagen zu beachten)

# anstaltsbedürftig = Aufnahme in Anstaltspflege?

ausreichend definiert oder Graubereich?

Kategorien von Patienten in KA gemäß § 22 KAKuG:

anstaltsbedürftig  
gem. § 22 Abs. 3 KAKuG i.V.m. § 26 KAKuG  
auch für ambulante Behandlung!?

Aufnahme in Anstaltspflege gem. § 22 Abs. 2  
-> „aufnahmebedürftig“  
(keine eigene  
Begriffsbestimmung!)

unabweisbare  
Kranke

=> anstaltsbedürftig = stationär gemäß § 22 Abs. 3 aufgrund  
Bezug auf Abs. 2 („Aufnahme von Pfleglingen“)?

# Ambulante Behandlung oder Aufnahme in Anstaltspflege?

..... ausreichend definiert oder Graubereich? .....

**KAKuG** (§ 22): Feststellung **geistiger oder körperlicher Zustand**, der „stationäre“ Aufnahme erfordert aufgrund **ärztlicher Untersuchung** durch den seitens der **Anstaltsleitung (ÄD, PD, VD)** hierzu bestimmten **Anstaltsarzt**.  
+ für öffentl. KA: wenn Leistungsansprüche aus der KV bestehen sind Personen als Pfleglinge aufzunehmen

**ASVG (§144)**: Anstaltspflege wenn **Hauskrankenpflege nicht möglich** bzw. für ärztliche **Behandlung häusliche Pflege nicht ausreichend** ist.

**Ö: KEINE Orientierungskriterien** (Checkliste) für Arzt/Ärztin, wann ein solcher Bedarf an einer stationären Aufnahme jedenfalls gegeben ist (weder gesetzlich noch abrechnungsrelevante Richtlinien durch Finanzierungsträger)

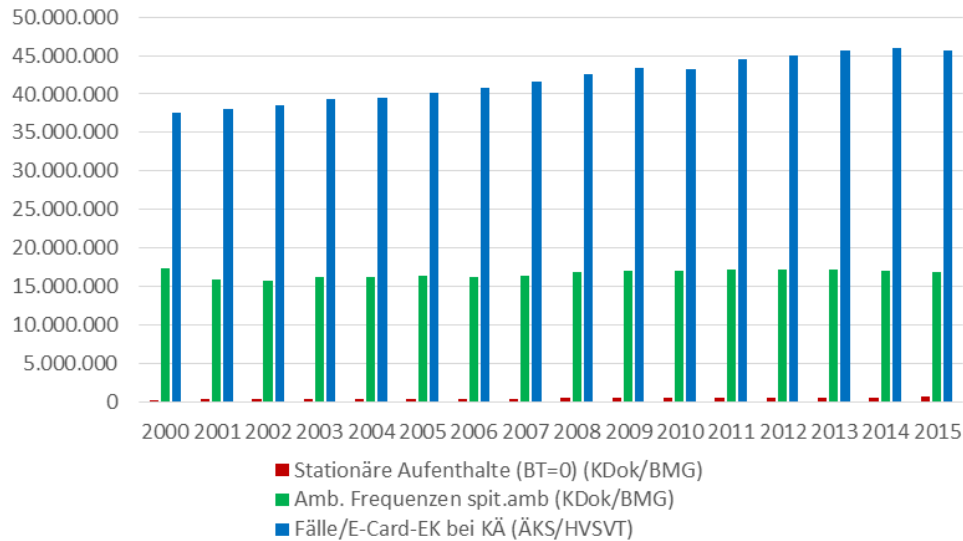
**D: G-AEP-Kriterien** (German appropriate evaluation protocol)\*

Gemeinsamer Katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der DKG an **Kriterien** = **Grundlage für Prüfverfahren, wann stationäre Aufnahme** in ein Krankenhaus erforderlich ist:

- » keine abschließende Positivliste,
- » bei Abweichung im Einzelfall durch Arzt/Ärztin zu begründen und dokumentieren

# Monitoring – Orientierungshilfe für Systemgestaltung

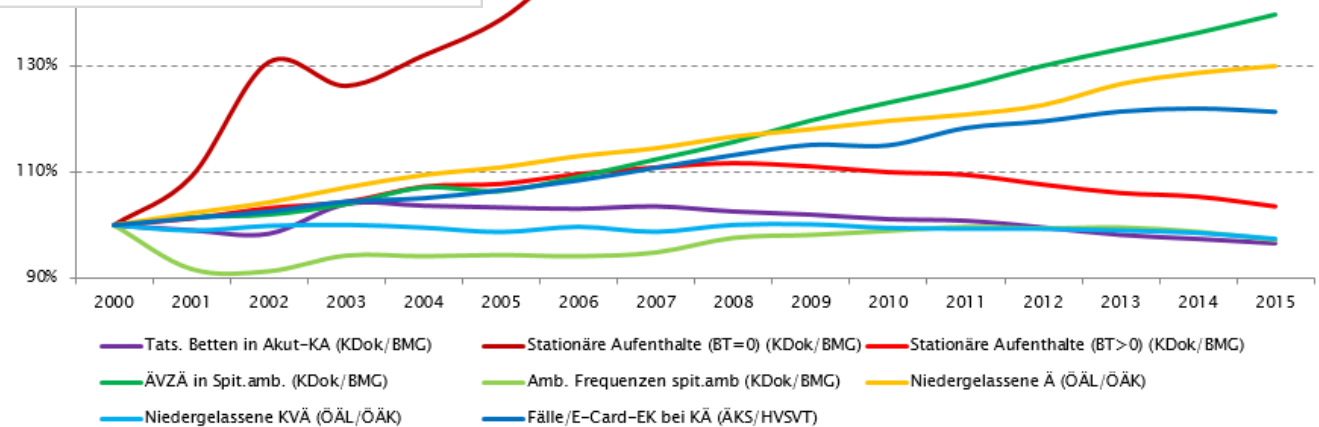
Alle Fachrichtungen - Ö  
 "Fälle" ambulant + tagesklinisch



Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Alle Fachrichtungen  
 Österreich

2015: 230%!!!



Quelle: GÖG-eigene Darstellung

## Im Vorfeld der Gesundheitsreform ZS–G: **Problembefund**

---

- div. Art.15a–B–VG Vereinbarungen über **Organisation und Finanzierung** (seit 1997 i.V.m. LKF–Finanzierung) => kaum Verbesserungen in der (ambulanten) Patientenversorgung erzielt.
- » **Steigende Krankenhaushäufigkeit** auf ohnedies höchstem Niveau
  - » bei vergleichsweise **sehr hoher Ärztedichte**
  - » **Fehlende Patientensteuerung**/–lenkung (Wahlfreiheit von Arzt bzw. Einrichtung) –> teure Parallelstrukturen/Mehrfachleistung durch doctor–hopping/z.T. lange Wartezeiten/später Behandlungserfolg
  - » **Orientierungslosigkeit** der PatientInnen im System
  - » **Unterdurchschnittliche Gesundheitskompetenz** der Bevölkerung
  - » Steigende **Gesundheitsausgaben: Ö im internationalen Spitzenfeld**
  - » Mit vergleichsweise **unterdurchschnittlichem Outcome** Lebenserwartung in gesunden Lebensjahren
  - » Trotzdem: **hohe Zufriedenheit der Bevölkerung** mit Gesundheitssystem –> **erschwert Veränderung/Erneuerung**

## Im Vorfeld der Gesundheitsreform ZS-G definierte Herausforderungen für gesundheitspolitische Maßnahmen\*

---

- » **Hohe Versorgungsdichte** und **Inanspruchnahme** bei gleichzeitig
- » **ungenügenden Verfügbarkeiten** und **Zugänglichkeiten** -> **verbessern**
- » **patienten- und prozessorientierten Versorgungsketten** verbessern
- » **Organisations- und Kommunikationsdefizite** beheben
- » **Gesundheitskompetenz** der Bevölkerung stärken
- » systematisches und standardisiertes **Qualitätsmanagement** in allen Bereichen und Einrichtungen des Gesundheitswesens implementieren
- » Anpassung der **Aus- und Fortbildung** der Gesundheitsberufe an die aktuellen Herausforderungen
- » **Finanzierungs- und Honorierungssysteme** müssen aus Patientensicht einer qualitativen und aus Systemsicht einer gesamtwirtschaftlichen Betrachtungsweise unterliegen (inkl. faire Abgeltung für Anbieter)
- » Outcomeorientierte **Gesundheitsziele** tlw. mit Epidemiologie-Bezug für alle Politikfelder als Handlungsanleitungen definieren und vereinbaren
- » **Versorgungsforschung** ausbauen

## Im Vorfeld der Gesundheitsreform ZS-G definierte Anforderungen an die Gesundheitsversorgung

---

Gesundheitsversorgung aus Sicht der **Bevölkerung**

- » **Prävention vor Kuration und Gesundheitsförderung breit etablieren**

Gesundheitsversorgung aus Sicht der **PatientInnen** im Krankheitsfall:

- » **Optimale Zugänglichkeit** (räumlich und zeitlich) zu JEDER notwendigen Leistung ohne unzumutbare Zuzahlungen/Eigenleistungen
- » **Zeitnahe und umfassende Erstbehandlung** und ggf. hürdenlose und lückenlose Weiterbehandlung
- » **Informationen** über richtige Anlaufstellen im Krankheitsfall und weitere Weg durchs System (geringstmöglicher Aufwand, höchstmöglicher Nutzen)
- » **bestmögliche Behandlungsqualität und -kontinuität**, unabhängig wo die Leistung erbracht wird (intra- oder extramural, stationär oder ambulant)
- » **Langfristige Finanzierbarkeit** der umfassenden Gesundheitsversorgung **ohne Rationierungen**

## Versorgungsrelevante Eckpunkte für die Zielsteuerung–Gesundheit zur Agenda: Versorgung effizienter gestalten

---

Reduktion von Systemschwächen	→	Etablierung von neuen Versorgungskonzepten
<b>Anbieterorientierung</b>	→	<b>Patientenzentrierung</b>
» Spitalslastigkeit	→	Ambulantisierung
» Ärztelastigkeit	→	Multiprofessionalität
» Versorgungswirksamkeit	→	Versorgungsaufträge (BPOS)
<b>Fragmentierung</b> der		
» Angebote	→	<b>Bündelung</b> Ressourcen und <b>Versorgungsketten</b> schließen
» Zuständigkeiten	→	<u>Gemeinsame</u> Entscheidungen der Systempartner
<b>„Lost in system“</b>	→	<b>„Cared by system“</b>
⇒ Nachhaltiger Behandlungserfolg durch <b>Teamleistung</b> („One-Stop-Shop“)		
⇒ <b>Koordination</b> einzelner Versorgungselemente („Kümmerer“)		
⇒ <b>Qualitätsmanagement</b> als Standard-Aufgabe		



# Zielsteuerung–Gesundheit

## Agenda: Versorgung effizienter gestalten

---

Ad stationären Bereich (teure Ressource) in Akut–KA entlasten:

- » in **Ersatz zu stationärer Behandlung**
  - Forcierung **Tagesklinik**
  - **Ambulantisierung** vieler KA–Leistungen:  
LKF–ambulant (siehe Exkurs: LKF–ambulant)
- » in **Ersatz zur Frequentierung von KA in „Banalfällen“**
  - **Entwicklung Primärversorgungsmodell für Ö**
    - \* nach internationalem Vorbild „PHC“:
    - \* multiprofessionell/interdisziplinär
    - \* mit breiten Kompetenzen für Akutfälle,  
Chronikerversorgung, Gesundheitsförderung & Prävention
    - \* verbesserter zeitlicher Zugänglichkeit
    - \* Lotsenfunktion durchs System
  - **Erweiterung Erstbehandlungseinheit in KA** auf bis zu 24h im ambulanten Bereich

# Zielsteuerung–Gesundheit

## Agenda: Versorgung effizienter gestalten

---

Es gibt es nicht nur im Bereich der Primärversorgung Optimierungsbedarf, sondern auch im Bereich der **ambulanten spezialisierten Versorgung** (= ambulante Fachversorgung) und zwar in Richtung **neuer kooperativer Versorgungsstrukturen**, die folgenden Ansprüchen gerecht werden:

- » verstärkte **Patientenorientierung**
- » attraktivere **Arbeitsbedingungen** für Leistungserbringer
- » höhere **Effektivität** sowie damit auch verbunden
- » gesteigerte **Effizienz durch Optimierung** der Versorgungsprozesse und -strukturen

=>

**Konzeptentwicklung für neue ambulante interdisziplinäre und/oder multiprofessionelle Versorgungsformen**

# Rechtliche Verankerung

## Verbesserung der ambulanten (Fach-)Versorgung

---

- A) Vereinbarungen gem. Art. 15a BV-G Zielsteuerung-Gesundheit
- » 2013–2016 (Art.5, Abs.2, Z2) und 2017–2021 (Art.6, Abs.2, Z1):
    - » **Akut-KA durch Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen bzw. ambulanten Bereich entlasten**
    - » **Leistungsangebote im ambulanten Bereich bedarfsgerecht weiterentwickeln und aufeinander abstimmen** (Spitalsambulanzen, Ambulatorien, ngl. Bereich)
    - » **Leistungsverlagerungen in Richtung effizienterer Strukturalternativen auf Basis objektiven Kosten- und Nutzenbewertungen und Auslastungen inkl. **Abbau ineffizienter Strukturen****
    - » **Parallelstrukturen – v. a. ambulante Facharztversorgung im niedergelassenen und spitalsambulanten Bereich – abbauen**
  - » 2013–2016 (Art.5, Abs.3, Z1):
    - » **Best point of Service (BPoS) durch Versorgungsaufträge festlegen, die richtigen Anlauf-/Weiterbehandlungsstellen transparent machen**

# Rechtliche Verankerung Verbesserung der ambulanten (Fach-)Versorgung

## B) Vereinbarung gem. Art. 15a BV-G Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (2016 – 2020)

- » Art.5 Abs. 7 Z 2: Kapazitätsplanung für die ambulante Fachversorgung im RSG auf Grundlage
  - » definierter Betriebsformen von Spitalsambulanzen und
  - » **Versorgungstypen** im ambulanten Bereich sowie
  - » **Versorgungsaufträgen** ...
  
- » Art.6: Planung multiprofessioneller ambulanter Versorgungsangebote
  - Abs. 4: Versorgungsstrukturen für die multiprofessionelle/interdisziplinäre ambulante Fachversorgung werden in Form von **Zentren, Netzwerken im extramuralen Bereich und im spitalsambulanten Bereich** geplant und umgesetzt
  - Abs. 5: Bedarfsfeststellung und regionale Planung von Kapazitäten erfolgt auf Basis von ÖSG-Vorgaben unter Beachtung der jeweils regionalen Versorgungssituation
    - » Kriterien für die **Standortplanung**
    - » Kriterien für die **Analyse** der bestehenden regionalen Versorgungssituation
    - » Anforderungen an die **multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre ambulante Fachversorgung**

# Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013–2016

<b>6</b>	<b>Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen</b>									
<b>6.2.</b>	<b>Strategisches Ziel</b>	Versorgungsdichte in allen Versorgungsstufen bedarfsorientiert anpassen, insbesondere durch die Reduktion der Krankenhaushäufigkeit sowie der Verweildauer und dem Abbau bzw. der Verhinderung von Parallelstrukturen								
<b>6.2.1.</b>	<b>Operatives Ziel</b>	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								
	<b>Maßnahme(n)</b>	<table border="1"> <tr> <td>Maßnahme 1</td> <td>Entwicklung von pauschalen Honorierungsmodellen für interdisziplinäre Gruppenpraxen bis Ende 2013 (gemäß ASVG §§ 342a, 652)</td> </tr> <tr> <td>Maßnahme 2</td> <td>Schaffung von <u>konzeptiven</u> und operativen Grundlagen und allfälliger erforderlicher Rahmenregelungen für die Etablierung von multiprofessionell und/oder interdisziplinär organisierten Versorgungsformen im ambulanten Bereich inklusive neuer Abrechnungsmodelle bis Ende 2014</td> </tr> <tr> <td>Maßnahme 3</td> <td>Anpassung rechtlicher Voraussetzungen bis Ende 2014</td> </tr> <tr> <td>Maßnahme 4</td> <td>Unterstützung durch die Bundesebene bei der Etablierung von multiprofessionell und/oder interdisziplinär organisierten ambulanten Versorgungsformen (z.B. Anreize festlegen, Vorbereitung für eine mögliche Evaluierung)</td> </tr> </table>	Maßnahme 1	Entwicklung von pauschalen Honorierungsmodellen für interdisziplinäre Gruppenpraxen bis Ende 2013 (gemäß ASVG §§ 342a, 652)	Maßnahme 2	Schaffung von <u>konzeptiven</u> und operativen Grundlagen und allfälliger erforderlicher Rahmenregelungen für die Etablierung von multiprofessionell und/oder interdisziplinär organisierten Versorgungsformen im ambulanten Bereich inklusive neuer Abrechnungsmodelle bis Ende 2014	Maßnahme 3	Anpassung rechtlicher Voraussetzungen bis Ende 2014	Maßnahme 4	Unterstützung durch die Bundesebene bei der Etablierung von multiprofessionell und/oder interdisziplinär organisierten ambulanten Versorgungsformen (z.B. Anreize festlegen, Vorbereitung für eine mögliche Evaluierung)
Maßnahme 1	Entwicklung von pauschalen Honorierungsmodellen für interdisziplinäre Gruppenpraxen bis Ende 2013 (gemäß ASVG §§ 342a, 652)									
Maßnahme 2	Schaffung von <u>konzeptiven</u> und operativen Grundlagen und allfälliger erforderlicher Rahmenregelungen für die Etablierung von multiprofessionell und/oder interdisziplinär organisierten Versorgungsformen im ambulanten Bereich inklusive neuer Abrechnungsmodelle bis Ende 2014									
Maßnahme 3	Anpassung rechtlicher Voraussetzungen bis Ende 2014									
Maßnahme 4	Unterstützung durch die Bundesebene bei der Etablierung von multiprofessionell und/oder interdisziplinär organisierten ambulanten Versorgungsformen (z.B. Anreize festlegen, Vorbereitung für eine mögliche Evaluierung)									
	<b>Messgröße(n)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Anzahl der auf Landesebene umgesetzten multiprofessionellen und/oder interdisziplinären ambulanten Versorgungsformen</li> <li>2) Anteil der in diesen Versorgungsformen versorgten Patienten an allen Patienten im ambulanten Bereich</li> <li>3) Rechtliche Anpassungen sind erfolgt</li> </ol>								
	<b>Zielwert(e)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) mindestens 2 pro Bundesland</li> <li>2) Ist im Zusammenhang mit dem Konzept bis Ende 2014 festzulegen</li> <li>3) 1</li> </ol>								

# Zielsteuerungsvertrag 2017–2021

Strategisches Ziel 1 Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes

Operatives Ziel 1.2	Bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung
Messgrößen und Zielwerte	(3) Anzahl multiprofessioneller und/oder interdisziplinärer Versorgungsformen im ambulanten Fachbereich mit Versorgungsauftrag <i>Zielvorgabe: ↑</i>  <i>Zusätzlich noch zu entwickelnde Messgröße zur Versorgungswirksamkeit von multiprofessionellen und/oder interdisziplinären ambulanten Versorgungsformen</i>

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Finalisierung des Konzepts zu Versorgungsstrukturen für die multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre ambulante Fachversorgung	Dezember 2017
	2: Prüfung und Schaffen von erforderlichen organisatorischen und rechtlichen Voraussetzungen für die Umsetzung der Versorgungsaufträge	Dezember 2018
	3: Strukturierte Unterstützung bei der Information zur ambulanten Fachversorgung und bei der Gründung von multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten (z.B. Services zur Gründung, finanzielle Förderungsmöglichkeiten, Rahmenbedingungen) im Sinne des Art. 31 Abs. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG OF	laufend
Landesebene	1: Analyse und gemeinsame regionale Planung der ambulanten Fachversorgung auf Basis von Versorgungsaufträgen, soweit Grundlagen im ÖSG verankert, im Rahmen der RSG-Erstellung und anschließende Umsetzung (inkl. projektbezogener Vereinbarung der Finanzierung von multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten gemäß Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG OF Art. 31)	Dezember 2018
	2: Gezielter Aufbau/Ergänzung von noch fehlenden HOS/PAL Einrichtungen/Kapazitäten im ambulanten Bereich inkl. Kinder-Palliativversorgung auf Basis der Analyseergebnisse und Empfehlungen zur Finanzierung zusätzlicher Strukturen (siehe auch op. Ziel 1)	Dezember 2021

# Arbeiten im Rahmen der FG Innovation – Grundlage

---

## Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013–2016

### Operatives Ziel 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

#### Maßnahme 2:

Schaffung von **konzeptiven und operativen Grundlagen** und allfälliger erforderlicher Rahmenregelungen für die **Etablierung von multiprofessionell und/oder interdisziplinär organisierten Versorgungsformen im ambulanten Bereich** inklusive neuer Abrechnungsmodelle bis Ende 2014

# Arbeiten in der FG Innovation – Konzeption „MPV“

---

## Zielsetzungen und Anforderungen (in Anlehnung an PV-Konzept)

### 1. Verbesserungen für Patientinnen/Patienten

- » Reduktion/zeitliche Verkürzung von der **Patientenwege**
- » Bessere **zeitliche Verfügbarkeit** (auch an Randzeiten für Berufstätige)
- » **Umfassendere Leistungserbringung**
- » **Höhere Qualität** bei der Versorgung **komplexer Krankheitsbilder**
- » **Attraktivierung des Leistungsangebots** in der ambulanten Fachversorgung und transparente Information
- » **Kontinuität der Betreuung** insbesondere auch für chronisch Erkrankte, für Kinder und Jugendliche sowie für die ältere Bevölkerung (z.B. GYN, PSY)
- » Stärkung der Integration von **gesundheitsförderlichen und krankheitsvorbeugenden Maßnahmen**
- » Unterstützung bei der **Orientierung** der Patientinnen und Patienten **im Gesundheitsversorgungssystem** und im damit verbundenen Sozialbereich (z.B. PSY, Schmerz, Kinder,...)



# Arbeiten in der FG Innovation – Konzeption „MPV“

---

## Zielsetzungen und Anforderungen (in Anlehnung an PV-Konzept)

### 2. Verbesserungen für AnbieterInnen :

- » Attraktive **Arbeitszeiten** für ÄrztInnen (work-life-balance)
- » Arbeiten im **Team**
- » Verbesserte Möglichkeiten für **Fort und Weiterbildung**
- » **Ausbildung** (Lehrpraxen)
- » Elektronische Patientenakte als **gemeinsame Informationsbasis**

### 3. SV/Länder:

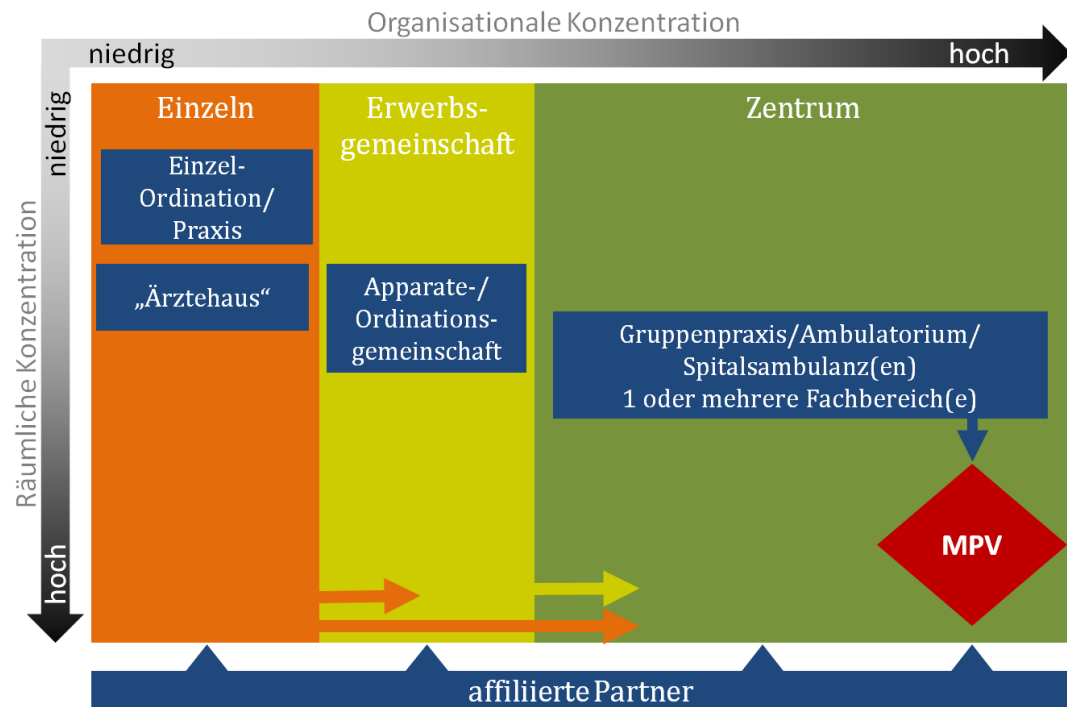
- » Substitutive, nicht additive Versorgung: bestehende Strukturen effizienter nutzen, **Redundanzen vermeiden**
- » **Vermeidung der KH Lastigkeit** der Versorgung
- » Verbesserung der Fachversorgung in ländlichen Gebieten
- » Sicherung der Qualität in der Fachversorgung
- » **(Neu-)Gestaltung der Honorierungsmodelle** um Anreize zu setzen
- » Schaffung von **Transparenz über die Versorgung** und die Wirkung von Behandlungen und Gesundheitsmaßnahmen (Versorgungsforschung) durch entsprechende Dokumentation

# Perspektiven einer „MPV“-Entwicklung

Entwicklungsprozesse unterstützen in den Dimensionen

- » Räumliche Konzentration
- » Organisationale Integration
- » Vernetzung (insbesondere durch Affilierung mit Versorgungspartnern) -> Kommunikation/ Information/ Zusammenarbeit

Bestehende ambulante Organisationsformen und deren Entwicklungsmöglichkeiten in eine MPV



# Perspektiven einer „MPV“-Entwicklung

---

Multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre Versorgungsformen (MPV) übernehmen in der ambulanten Fachversorgung für **spezielle Zielgruppen eine besondere Versorgungsfunktion**

## Definition von Zielgruppen

Menschen mit ähnlichem Versorgungsbedarf bzw. Bedürfnissen aufgrund von

- » Bestimmten Krankheitsbildern wie z. B.
  - » Schmerz,
  - » psychische Erkrankungen,
  - » chron. Erkrankungen,
  - » auch mit Komorbiditäten (multimorbid Erkrankte)
- » Alter (Kinder, alte Menschen),
- » Geschlecht (Frauen/Männer),
- » kulturellem Hintergrund,
- » Behinderungen,
- » u.ä.

sofern nicht durch PV versorgt und keine Spezialambulanz bzw. kein stationäres Back-up für Komplikationsmanagement erforderlich

# Aufgaben von „MPV“ konkret festlegen

---

Festlegung der Aufgaben im Rahmen von jeweils individuellen, zielgruppenorientierten **Versorgungsaufträgen**

## Kriterien für Festlegung von Versorgungsaufträgen

- Immer im **Kontext mit Festlegungen der VA** für die gesamte ambulante Fachversorgung in einer **Region**
- Berücksichtigung von Empfehlungen von **Fachgesellschaften**
- Orientierung an **internationalen Versorgungsmodellen**
- Einhaltung des Prinzips:  
**enge patientenbezogene Zusammenarbeit mit PV** für Patienten, die einer speziellen Abklärung bedürfen (ggf. auch in Kooperation)

**Organisationsdefizite in der Versorgungskette beheben**

# Arbeiten im Rahmen der FG Innovation – Workshop (29.2.2016) – Ergebnisse

---

„Zusammenwirken im (spezialisierten) ambulanten Bereich – insbesondere Rolle und Organisation der Ambulanzen“

- » **Gemeinsame Planung** des gesamten ambulanten Bereichs im Sinne des BPoS.
- » **Ambulanzen sind kein subsidiäres Versorgungsangebot** zum niedergelassenen Bereich.
- » **Ambulanzen und der niedergelassene Bereich sollen definierten Versorgungsauftrag** haben, der auf Basis der ÖSG Regelungen auf regionaler Ebene (RSG und LKAP-VO) nach den Kriterien des BPoS festzulegen ist.
- » Wenn es durch die gemeinsame Planung zu **Leistungsverschiebungen** zwischen intra- und extramuralen Bereich dadurch kommt, dann sind diese – wie oben diskutiert und festgehalten – **finanziell auszugleichen**.

Kenntnisnahme durch AG GS am 18.11.2016

# Zielsteuerungsvertrag 2017–2021

---

Strategisches Ziel 1:

**Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes**

Operatives Ziel 1.2

Bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung

Maßnahme 1:

Finalisierung des Konzepts zu Versorgungsstrukturen für die multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre ambulante Fachversorgung

**Berücksichtigung neuer Rahmenbedingungen!!**

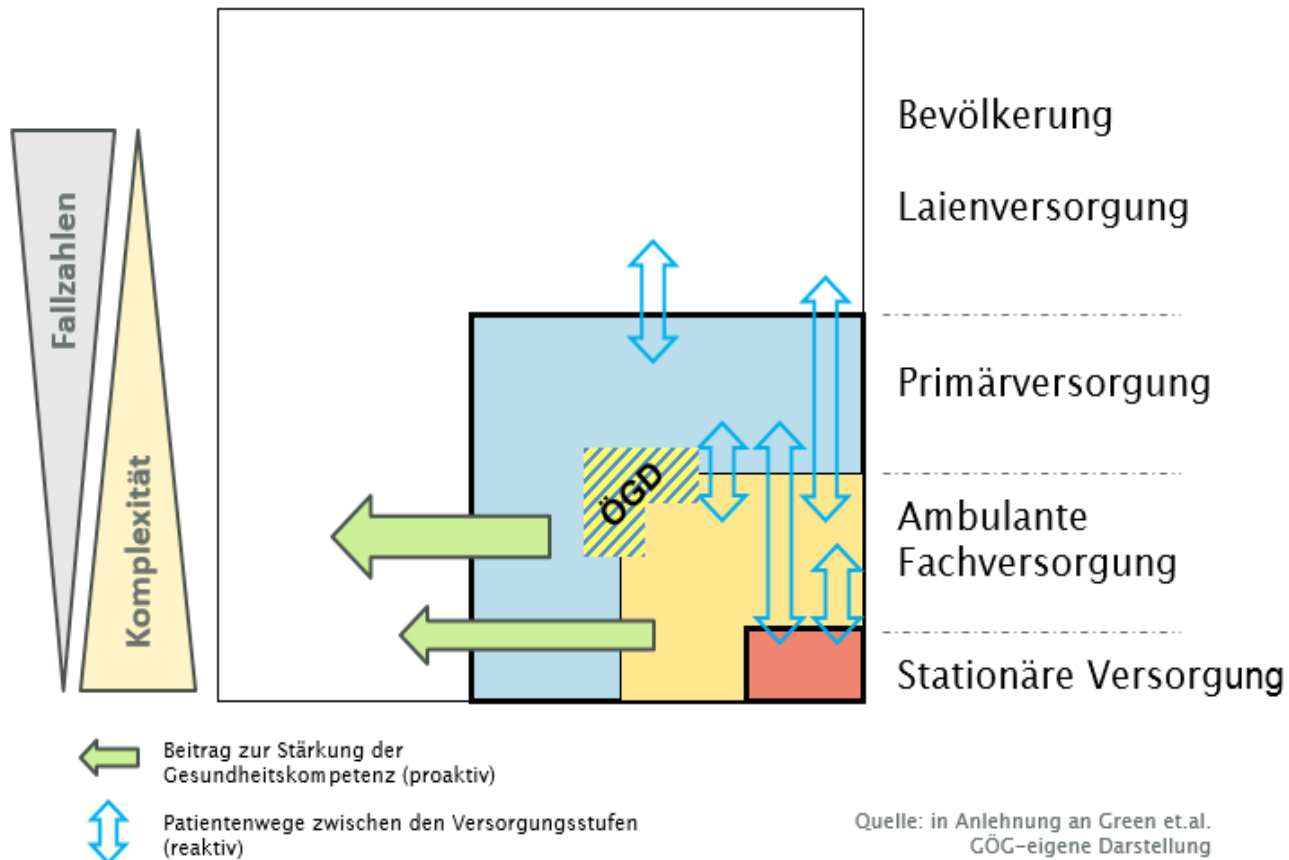
# Österreichischer Strukturplan Gesundheit – ÖSG 2017

Rahmenplan für Gesundheitsversorgung in Ö unter neuen Rahmenbedingungen: Umsetzung der Agenda der Zielsteuerung–Gesundheit



# Österreichischer Strukturplan Gesundheit – ÖSG 2017

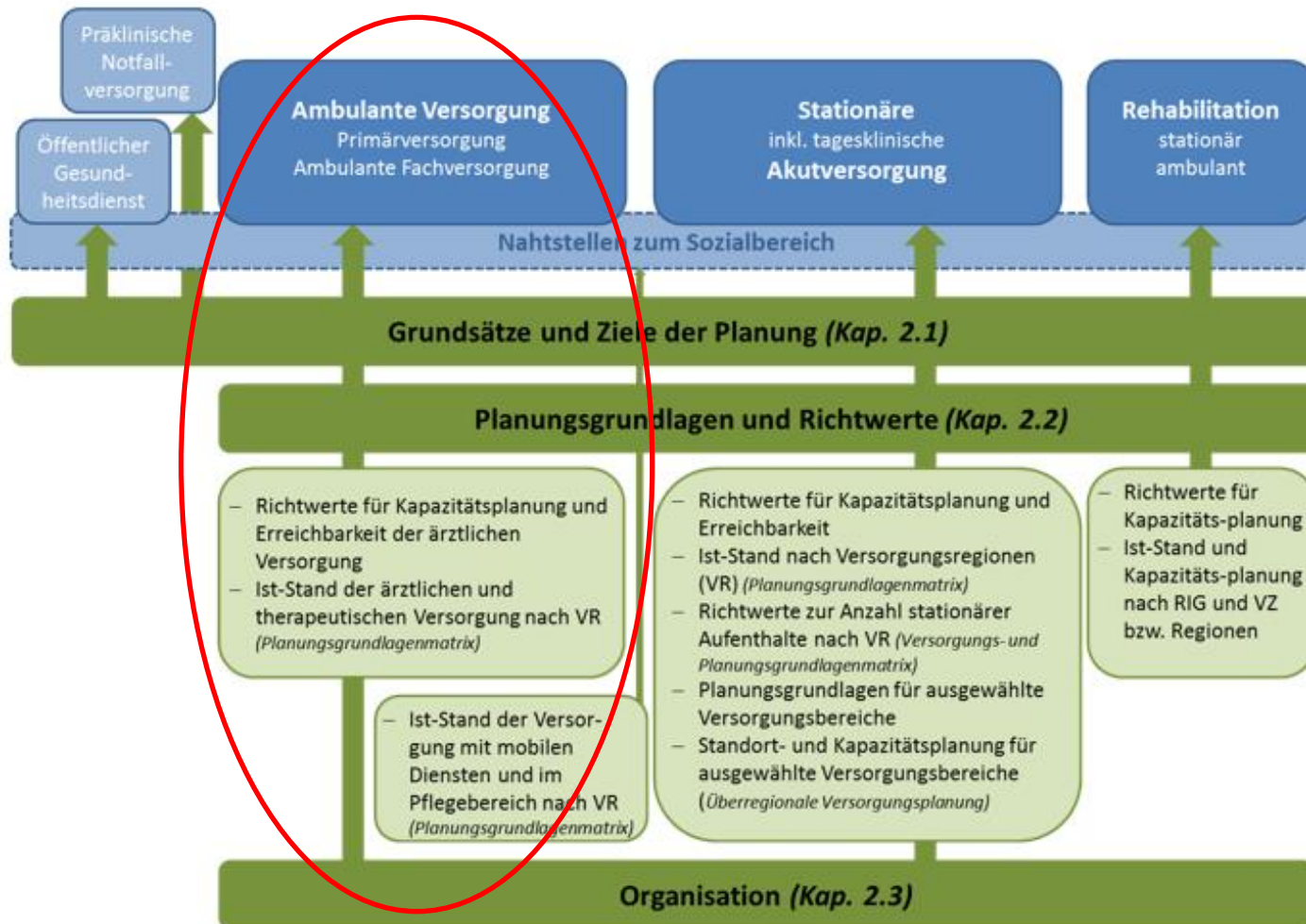
## Versorgungsstufenmodell





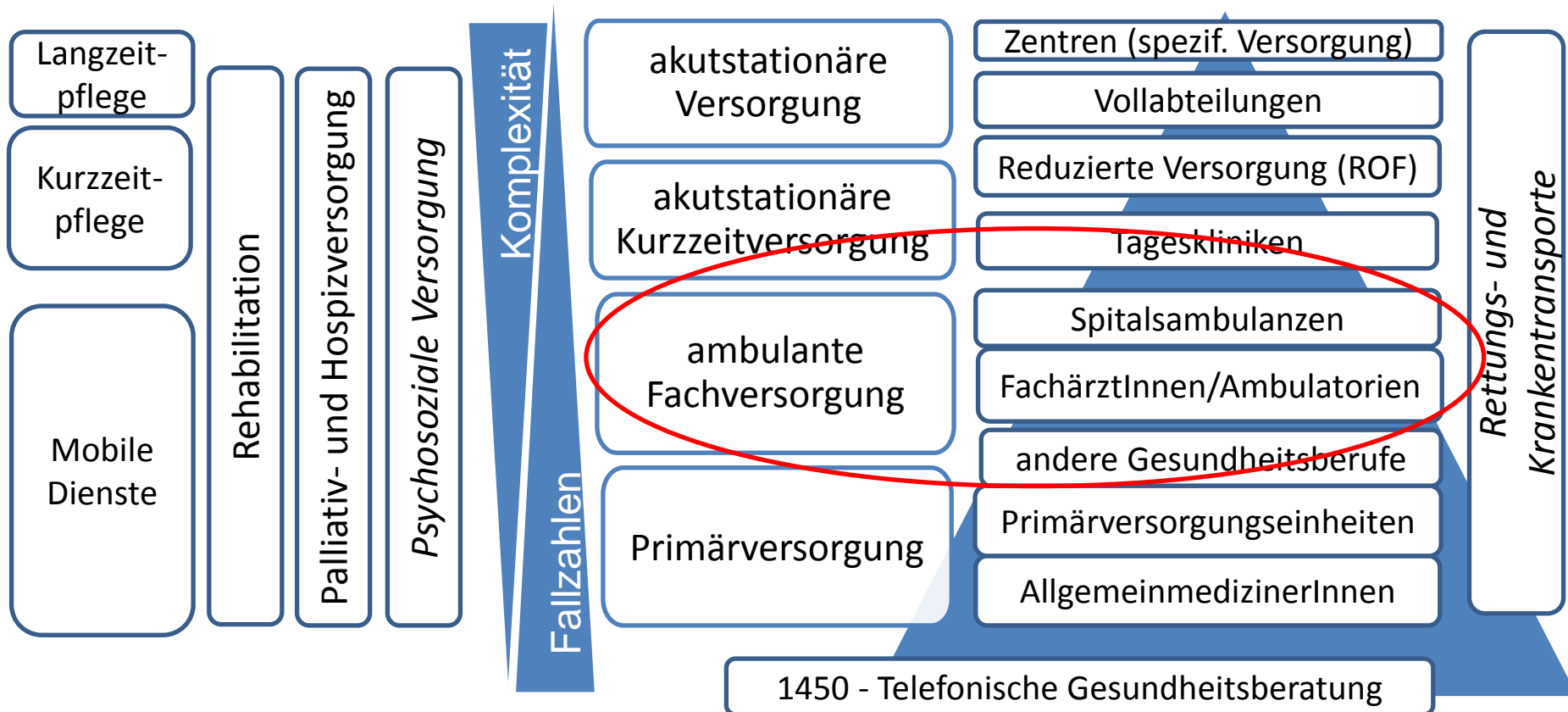
# ÖSG 2017 – PLANUNG

## ÖSG KAPITEL 2 – ÜBERSICHT



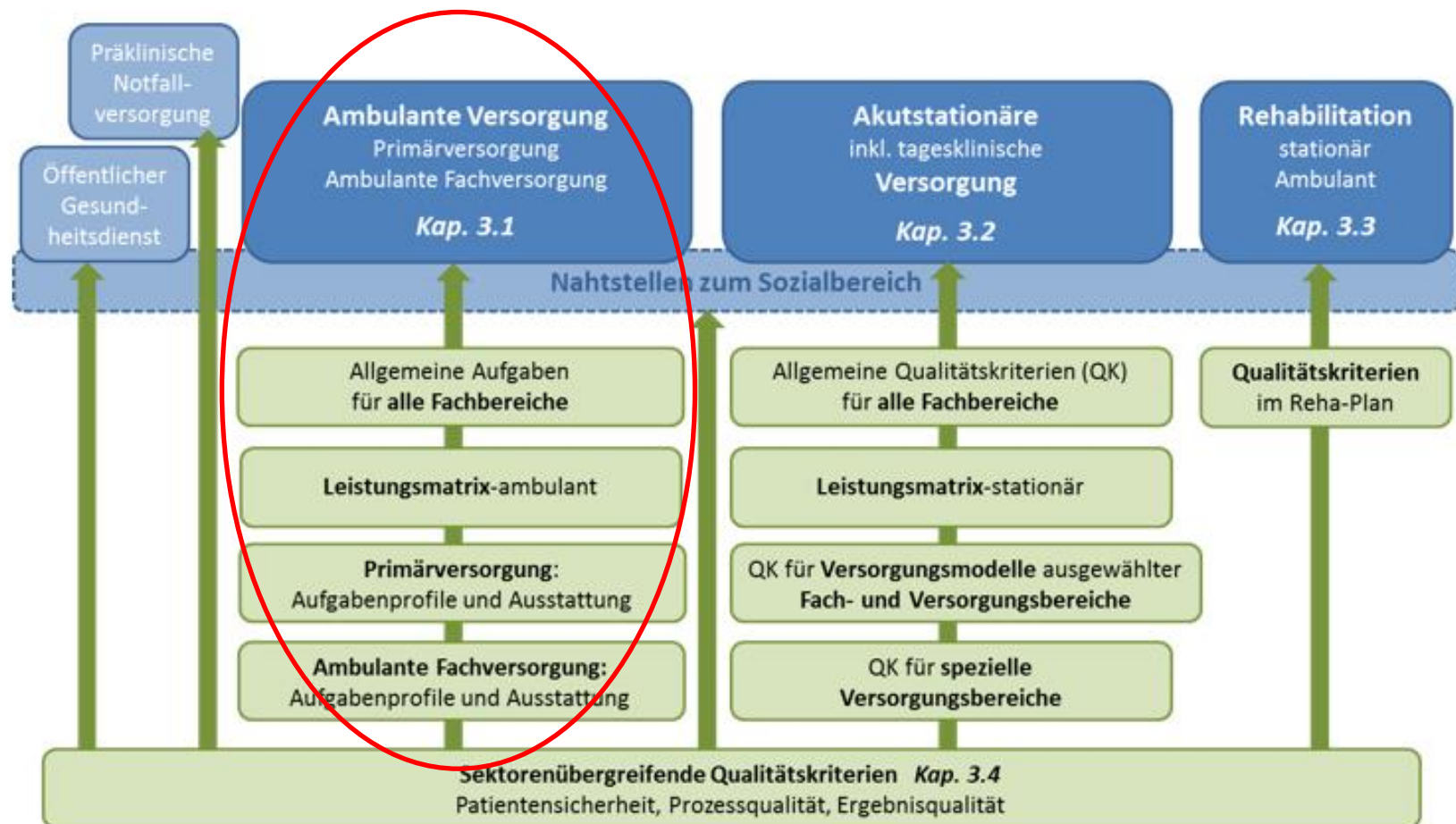
# ÖSG 2017 – PLANUNG

## Rahmenplan für abgestufte, qualitätsgesicherte und integrierte Gesundheitsversorgung



# ÖSG 2017 – QUALITÄTSKRITERIEN

## ÖSG KAPITEL 3 – ÜBERSICHT



# ÖSG 2017 – mehr Patientenorientierung

---

- » **Fachbereiche** orientieren sich an der Systematik und den Inhalten der **Sonderfächer** gemäß ÄAO, **schließen** aber sämtliche **relevante Gesundheitsberufe mit ein**, die in diesem Fachbereich bzw. ausgehend von diesem Fachbereich mit der Übernahme von Aufgaben bzw. Leistungen im Rahmen der jeweiligen Berufsgesetze einen **wesentlichen Behandlungsbeitrag** leisten.
  
- » Für die **umfassende Versorgung der PatientInnen** wird ein **multiprofessioneller und interdisziplinärer Behandlungsansatz** in allen **Versorgungsstufen** und **Fachbereichen** gewählt.  
Die dazu erforderliche – ggf. auch einrichtungsübergreifende – **strukturierte interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit** verschiedener **Gesundheitsberufe** zeichnet sich aus durch **regelmäßigen wechselseitigen Austausch von patienten- und/oder prozess-bezogenen Informationen** (Festlegung von standardisierten Abläufen) und **schließt im Bedarfsfall auch gemeinsame Planung von Versorgungsprozessen** sowie deren Evaluierung mit ein.

# ÖSG 2017 – Abbildung QK für ambulanten Bereich

---

- » **Aufgabenprofile** und **Leistungsmatrix-ambulant** bilden die verbindliche **fachliche Basis für Versorgungsaufträge**, die auf **regionaler Ebene** (insbesondere Regionale Strukturpläne Gesundheit, Krankenanstaltenpläne, Gesamtverträge und Einzelverträge) unter Berücksichtigung auch der ökonomischen Faktoren und der regionalen Versorgungssituation (Best Point of Service) für alle Leistungsanbieter festzulegen sind. Konkret ist **über Versorgungsaufträge** je nach **regionalem Bedarf** zu definieren, von welchen Fachbereichen an welchen Standorten in welchen Organisationsformen (Spitalsambulanz, Ambulatorium, Gruppenpraxis, Einzelpraxis oder zukünftig Primärversorgungseinheit) **welche Leistung zu erbringen ist**.
- » Aufgabenprofile und die Zuordnung von Leistungen in der LM-amb wurden vorerst für die **Primärversorgung und 9 Fachbereiche** erstellt. Weitere Fachbereiche werden laufend erarbeitet und in den nächsten Revisionen des ÖSG sukzessive ergänzt.
- » Zusätzlich: Je Fachbereich bzw. für PV erforderliche **Infrastruktur-Ausstattung für zugeordnete Basisaufgaben/-leistungen**

# Ausblick: Weiterentwicklung „MPV“ / Aufnahme in ÖSG

## MPV als eigene Kategorie im Portfolio der ambulanten Versorgungsformen

=> Honorar-/Vertragsgestaltung (z.B. in Anlehnung zu PVE)

=> Abbildung in RSG als eigene Struktur und/oder via Versorgungsauftrag

Im Vorfeld **Klärung Mehrwert** neuer ambulanter multiprofessioneller und/oder interdisziplinärer Versorgungsformen

## -> Abgrenzung „MPV“ zu bisherigen Versorgungsstrukturen gemäß ÖSG

### a) Anwendungsgebiet

\* generelle Neuorganisation im fachärztlichen ambulanten Bereich oder

\* Kristallisationspunkt spezieller Expertise mit Fokus im ambulanten Bereich

### b) Prägende Determinante(n)

\* bestimmte Zielgruppe(n) mit besonderen Bedürfnissen (Erkrankungsbild, Alter, Geschlecht, kulturelle Hintergründe, Behinderungen, etc.) und/oder

\* Art der Zusammenarbeit im Rahmen multifaktorieller Diagnostik- und Behandlungspfade/-programme) und/oder

\* Organisationsanforderungen (zeitliche und inhaltliche Zugänglichkeit)

### c) eigene (neue) Organisationsform im ambulanten Bereich erforderlich?

**=> ÖSG-Revision: ggf. Spezialzentren im ambulanten Bereich oder spezielle Versorgungsbereiche mit sektorenübergreifender Verschränkung**

# Steirischer Gesundheitsplan 2035

---

Leitbild als Grundlage für **Dialog mit der Bevölkerung** zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in der Steiermark

Grundsätze der Gesundheitsversorgung:

- » Niederschwelligkeit und Gleichwertigkeit des Zugangs
- » Gleichwertigkeit der Versorgung
- » Langfristige Sicherung des Systems
- » Sicherstellung der Qualität medizinisch–pflegerischer Leistungen
- » Vernetzung der AkteurInnen und integrierte Versorgung
- » Selbstbestimmtheit und Teilhabe der PatientInnen
- » Abgestufte Notfallversorgung

# Steirischer Gesundheitsplan 2035

---

## Versorgungsstufen:

- » Der telefonische Erstkontakt
- » Die Primärversorgung (1.Versorgungsstufe)
  - » PVE
  - » Einzelordinationen

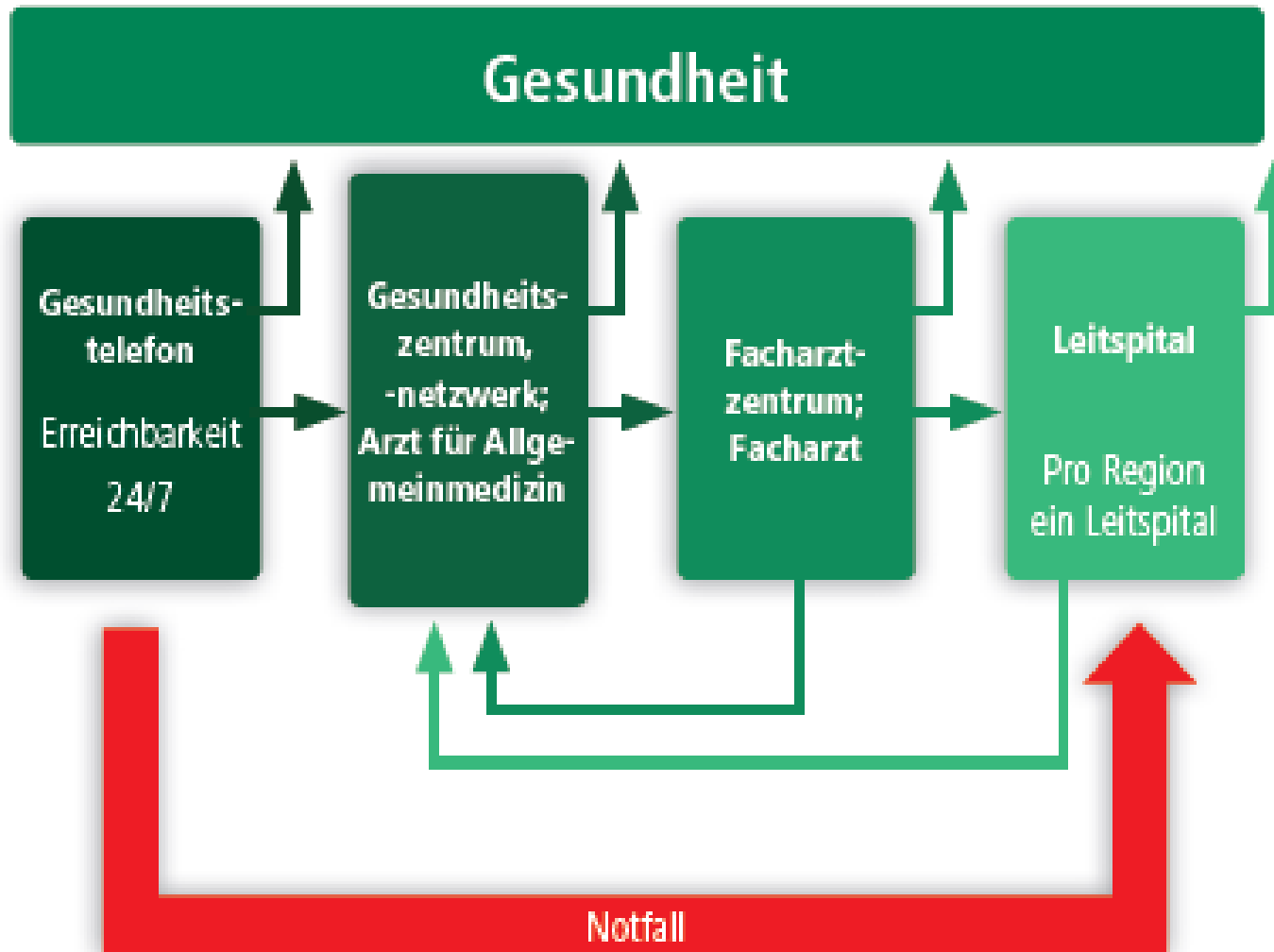
→ Dabei sind unabhängig von der Organisationsform die Funktionen und Aufgaben der Primärversorgung in vergleichbarer Qualität wahrzunehmen
- » Die ambulante fachärztliche Versorgung (2.Versorgungsstufe)

3 Organisationsformen:

  - » fachärztliche Einzelordinationen
  - » **Facharztzentren, die auch mit eigenen Funktionsbetten zur Überwachung ausgestattet sein können**
  - » Facharztzentren mit technischer Vollausstattung und Betten für längere Pflege und Überwachung (Krankenhaus)



# Steirischer Gesundheitsplan 2035



# Patientenerwartungen an die fachärztliche Versorgung\*

---

Episodische Interviews mit 30 Personen aus Innsbruck und dem Burgenland.

- » Unterschiede zwischen
  - » FA mit regelmäßigem Kontakt (GGH, URO, IM, ZMK) → enge Beziehung, kaum FA-Wechsel und
  - » FA mit sporadischem Kontakt (HNO, ORT) → Wechsel unproblematisch
- » FA werden häufig ohne Überweisung aufgesucht
- » Unterschiede zwischen Altersgruppen bzgl. Erwartungen
  - » 18–34a: Fachkompetenz
  - » 35–64a: Aufmerksamkeit (zuhören, eingehen,..)
  - » 65+a: Zeit nehmen, Sympathie
- » Verbesserung von Information, Transparenz (auch hinsichtlich Wartezeiten) und Datenschutz
- » WahlärztInnen (werden auch ohne Zusatzversicherung aufgesucht):
  - » Kürzere Wartezeiten
  - » Weniger Zeitdruck
  - » Engere Beziehung

\* Kolland F et al.: PatientInnenerwartungen an die fachärztliche Versorgung. Institut für Soziologie, Universität Wien, Februar 2017. publiziert: Newsletter Evidenzbasierte Wirtschaftliche Gesundheitsversorgung (EWG), Juni 2017

# Patientenerwartungen an die fachärztliche Versorgung

---

Abb. 2: Bedürfnispyramide der Befragten in Bezug auf die fachärztliche Versorgung



Quelle: Kolland F et al.: PatientInnenerwartungen an die fachärztliche Versorgung, Wien 2017

# Ambulante Sekundärversorgung neu gedacht

---

## Persönliche Präferenz für „MPV“-Gestaltung

„MPVs“ nur für **Spezialbereiche** für bestimmte Zielgruppen mit besonderen Bedürfnissen in der Versorgung (Schmerz, Demenz, Wundmanagement, ..)

» interdisziplinär: mit **zumindest 2 Fachrichtungen, die zu bestimmten Erkrankungsbildern in enger und häufiger Zusammenarbeit** im patientenspezifischen Versorgungsprozess stehen und wenn für Erkrankungsbild erforderlich: idealtypisch in enger Zusammenarbeit (räumlicher Nähe) mit Labormedizin bzw. Radiologie als Basisdiagnostik

und/oder

- » multiprofessionell: **hohem Versorgungsanteil von (nicht-ärztlichen) Gesundheits- und Sozialberufen** im patientenbezogenen Versorgungsprozess
- » mit **verbindlicher Anbindung an /oder als Teil eines geeigneten Krankenhauses**, das für eine ggf. erforderliche stationäre Episode als (Expertise-)Partner zur Verfügung steht
- » mit einem **programmähnlichen Behandlungskonzept** für die Patienten und
- » mit der Verpflichtung die **Organisation des spezifischen Versorgungsprozesses** zu übernehmen (inkl. Kommunikation mit Versorgungspartnern, wenn erforderlich auch in den Sozialbereich hinein) und
- » **gute, identitätsstiftende Bezeichnung** dieser neuen Angebotskategorie finden!
- » für **Regelversorgung** innerhalb von Fachbereichen sind die **Versorgungsstrukturen wie bisher ausreichend!**

# Ambulante Sekundärversorgung neu gedacht

---

## Vienna Healthcare Lectures 2017:

Diskussion der aktuellen Herausforderungen und Ideensammlung für Weiterentwicklung der vermehrt ambulanten Versorgung

Lernen von anderen: internationale Beispiele/Erfahrungsberichte

- » NL: „Primary Care Plus“
- » GB: „integrated working between primary und secondary care“
- » E: „Entwicklungen in Catalonien“
- » DK: „TeleCare Nord“
- » D: „krankenhausersetzende ambulante Versorgungsstrukturen“  
„Algesiologikum – Zentrum für Schmerzmedizin“

Übernahme von positiven Erfahrungen aus anderen Beispielen und **Transformation** in das **österreichische Gesundheitswesen**

Vermeidung von Fehlentwicklungen und Flops für das österreichische Gesundheitswesen

## Exkurs: LKF-ambulant – Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich

---

LKF-Abgeltung für spitalsambulante Leistungen soll Fehlaufnahmen in den stationären Bereich vermeiden

- » **Mischsystem aus Pauschalen für Leistungen/Leistungsgruppen und Pauschalen für Kontakte**
- » **Strukturkomponente** zur Berücksichtigung von Vorhaltekapazitäten und Versorgungsaufträgen
- » Bewertungsrelation in Punkten: für Pauschalen 50% der ambulanten Endkosten, für Strukturkomponente die restlichen 50% der Kosten.
- » Festlegung von Leistungen mit verpflichtender **Diagnosendokumentation**
  
- » Übergangsphase bis 31.12.2018
- » Ab 1.1.2019 verpflichtend umzusetzen

## Exkurs: LKF-ambulant – Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich

---

Kriterien für die Zuordnung:

- » **ausgewählte Leistungsbereiche** aus dem LKF-Modell, die häufig bei Null-Tagesaufenthalten erbracht wurden:
  - » Chemotherapie
  - » Strahlentherapie
  - » Dialyse
  - » Endoskopie
- » Spezielle ambulant erbringbare Leistungen (Kostenintensität/Häufigkeit)
- » Basispauschalen (ohne dokumentierte Leistung)
- » **Sämtliche Leistungen aus dem Tagesklinikcatalog**
- » Ambulante Tagesbehandlung anstelle Aufnahme in den **halbstationären Bereich** (AG/R, PSY, PSO, KJP)

## Exkurs: LKF–ambulant – Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich

---

### Bezeichnungssystematik

- » AMG (AMGxx.xx) für Gruppen von medizinischen Einzelleistungen aus dem LKF–Modell, die analog zu den MEL–Gruppen im LKF–Modell pro Leistungseinheit bepunktet werden (z.B. Chemo– und Strahlentherapie).
- » APG (APGxx.xx) für Gruppen von Leistungen, die analog zu den Leistungsgruppen (LGR) in HDG–Fallpauschalen unabhängig von der Leistungsanzahl bepunktet werden.
- » Leistungspunkte (LP)
- » Kontaktpunkte (KP)



# Quellen

---

## Rechtliche Grundlagen

Bundesverfassung (B-VG)

Sozialversicherungsrecht (ASVG)

Krankenanstalten- und Kuranstalten-Gesetz (KAKuG)

Art. 15a B-VG-Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit (2013)

Bundes-Zielsteuerungsvertrag (2013)

Art. 15a B-VG-Vereinbarung über Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (2016)

Art. 15a B-VG-Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit (2016)

Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene (2017)

## Konzeptive Grundlagen und operative Instrumente

BMGF: Primärversorgungskonzept 2014: „Das Team rund um den Hausarzt“

BMGF: Österreichischer Strukturplan Gesundheit – ÖSG 2017

BMGF: LKF-Modell ambulant 2017

BMGF: Bericht Versorgungsprozesse und -strukturen 2012 (nicht veröffentlicht)

Deutsche Krankenhausgesellschaft: G-AEP-Kriterien, 2004

Steirischer Gesundheitsfonds: Steirischer Gesundheitsplan 2035

## Studie

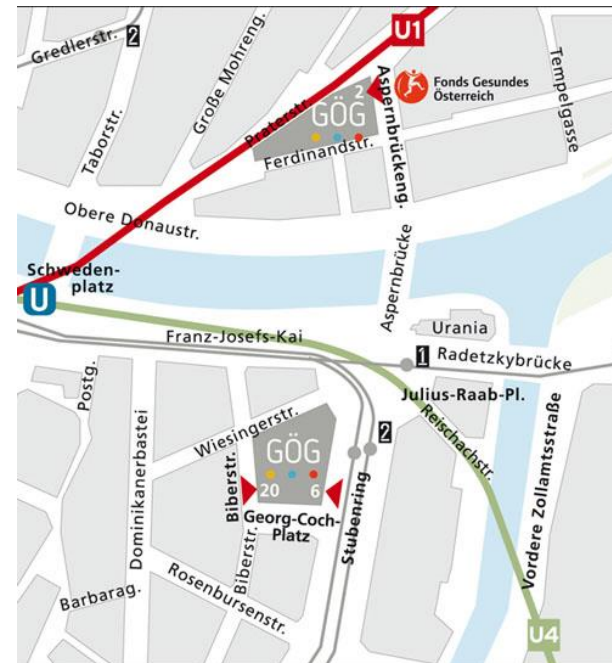
Kolland F et al.: PatientInnenenerwartungen an die fachärztliche Versorgung. Institut für Soziologie, Universität Wien, Februar 2017; publiziert: Newsletter Evidenzbasierte Wirtschaftliche Gesundheitsversorgung (EWG), Juni 2017

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

## Kontakt

Petra Paretta  
Planung und Systementwicklung

Stubenring 6  
1010 Vienna, Austria  
T: +43 1 515 61- 303  
F: +43 1 513 84 72  
E: [petra.paretta@goeg.at](mailto:petra.paretta@goeg.at)  
[www.goeg.at](http://www.goeg.at)



---

## Geschäftsbereiche der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)



**ÖBIG**  
Österreichisches  
Bundesinstitut für  
Gesundheitswesen



**BIQG**  
Bundesinstitut  
für Qualität im  
Gesundheitswesen

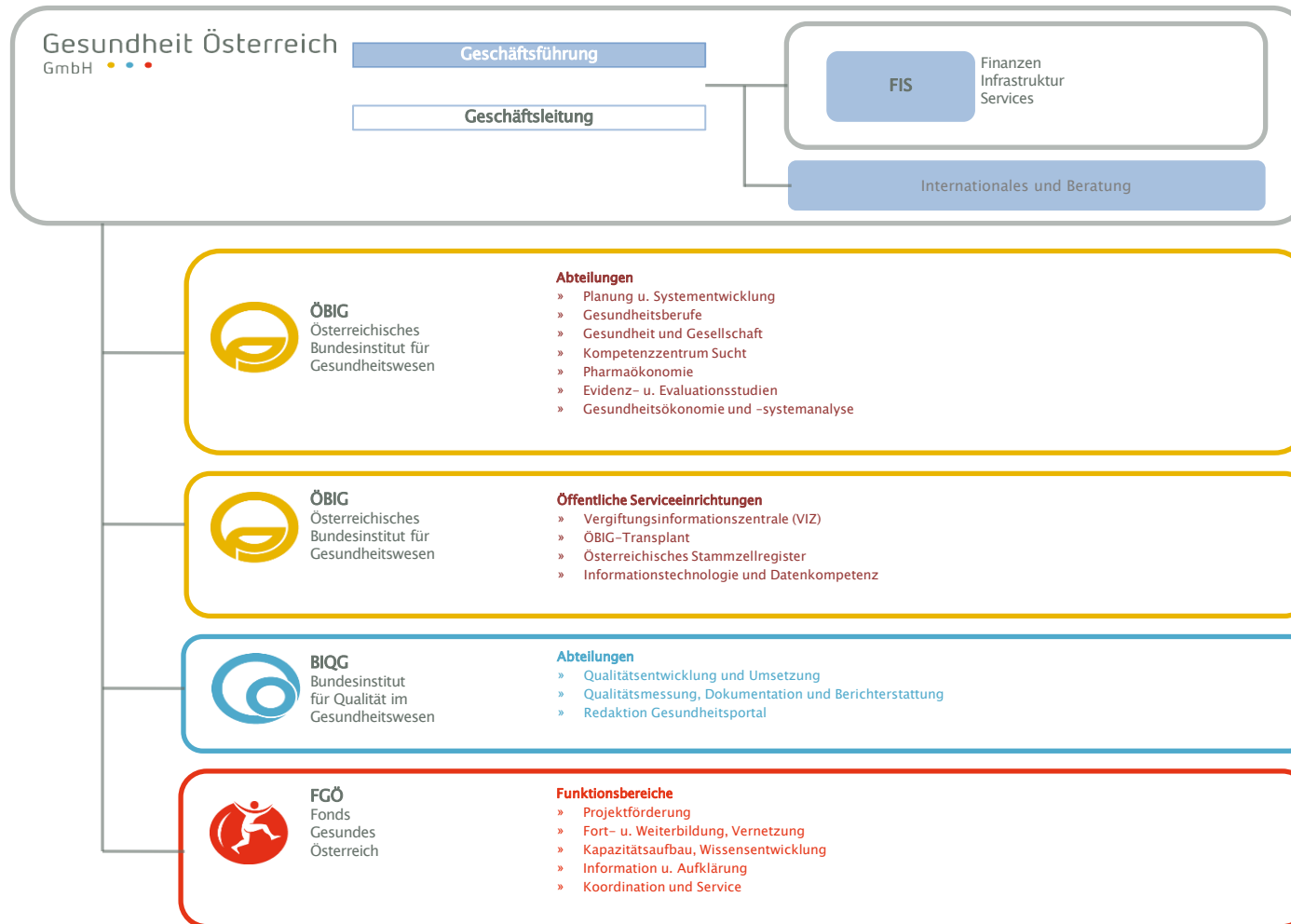


**FGÖ**  
Fonds  
Gesundes  
Österreich

Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH

Gesundheit Österreich Beratungs GmbH

## Unternehmensorganigramm GÖG Österreichisches Public-Health-Institut



### Tochtergesellschaften

Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (non profit)  
Gesundheit Österreich Beratungs GmbH (for profit)