



Gesundheitsreform – Ihre Folgen für die Spitäler am Beispiel der ambulanten Versorgung

Univ.-Prof. Dr.med. Wolfgang Buchberger, M.Sc.
Medizinischer Direktor, TILAK GmbH

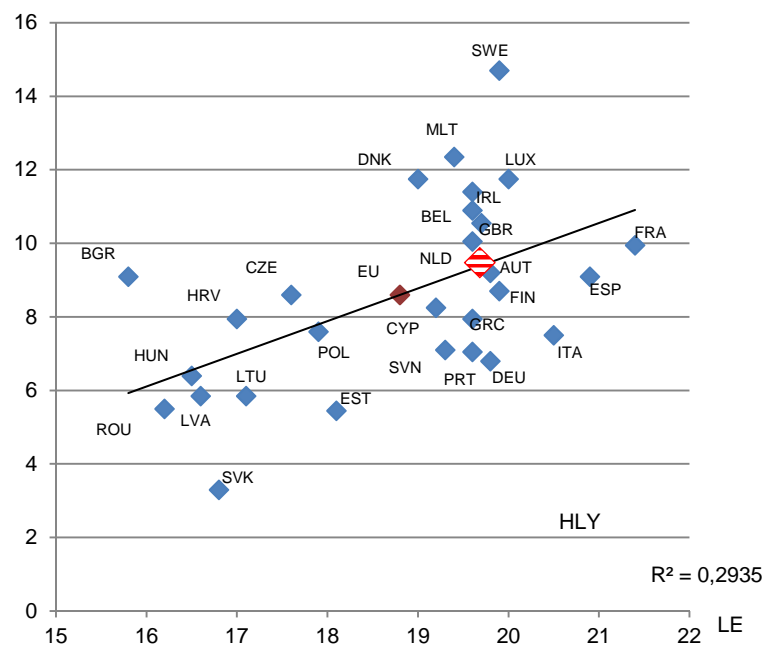


Themen

- Gesundheitsreform: Stimmt die strategische Ausrichtung und wie erfolgversprechend ist die operative Umsetzung?
- Was sind die Auswirkungen für die Krankenanstalten?
- Strukturen, Ressourcen und Optimierungsbedarf in der ambulanten Versorgung
- Was ist der „Best Point of Service“?
- Vom Krankenhaus zum Gesundheitsdienstleister

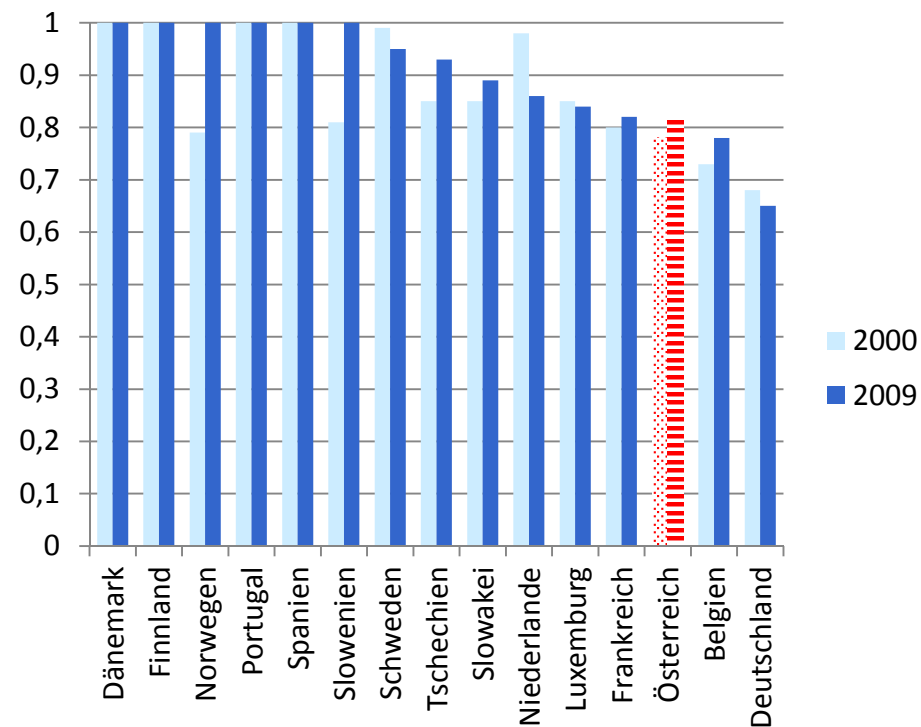
Effizienz des österreichischen Gesundheitssystems

Relationship between life expectancy (LE) and healthy life years (HLY) at 65, 2012



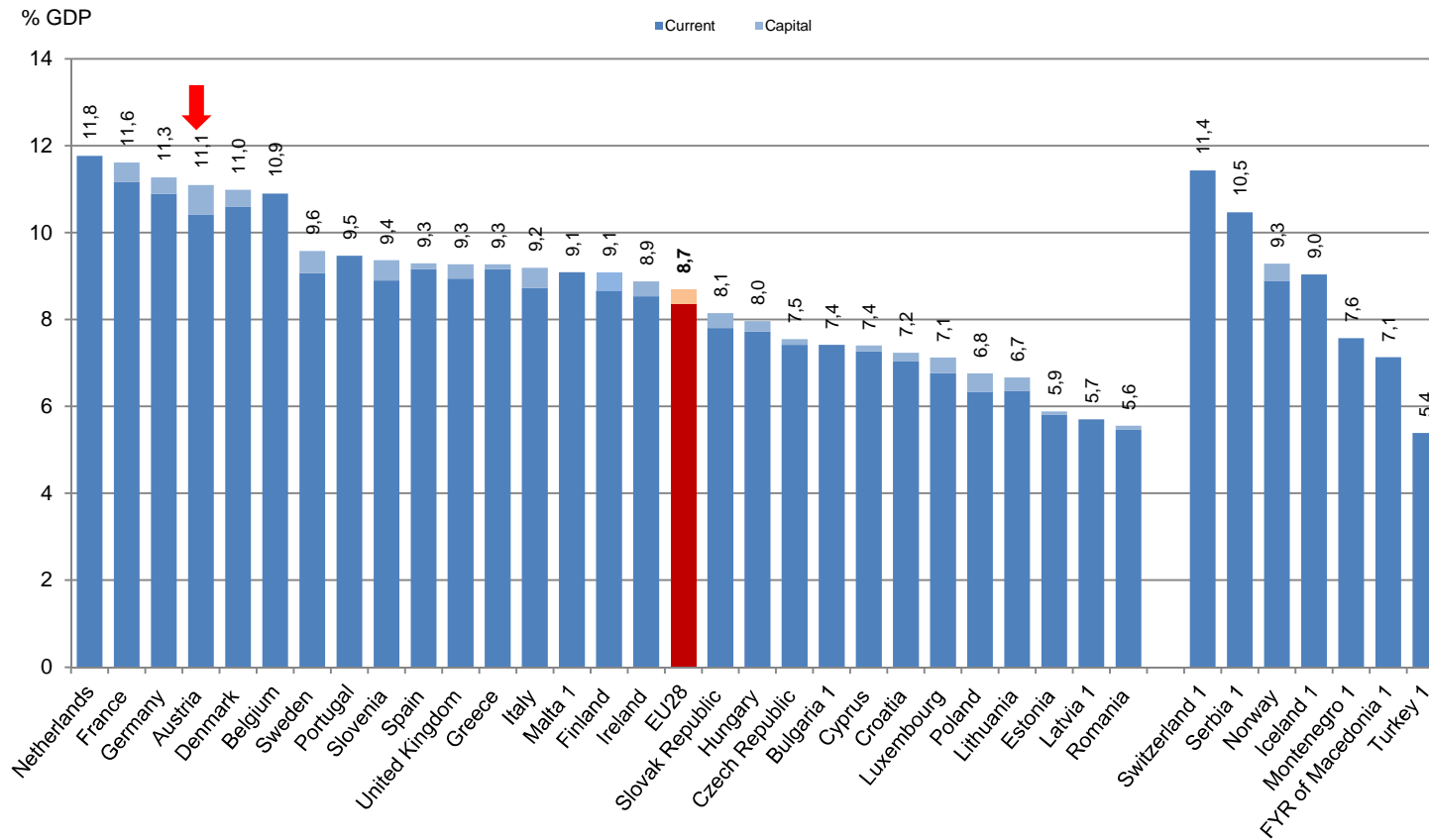
Source: Eurostat Statistics Database

Effizienzvergleich europäischer Gesundheitssysteme (DEA 2000 und 2009)



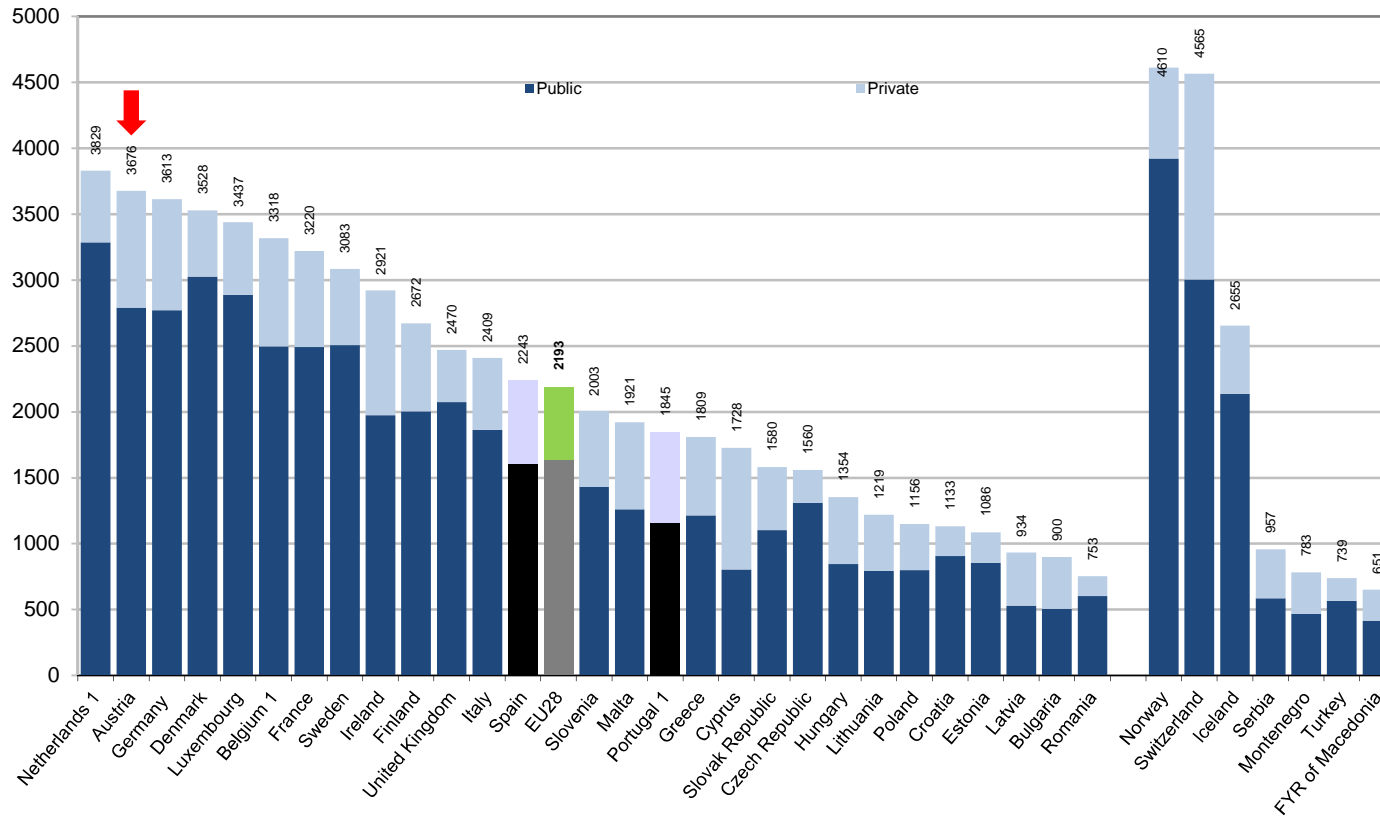
Quelle: IHS; Czipionka et al. (2012)

Health expenditure as a share of GDP, 2012 (or nearest year)

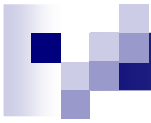


Source: OECD Health Statistics 2014

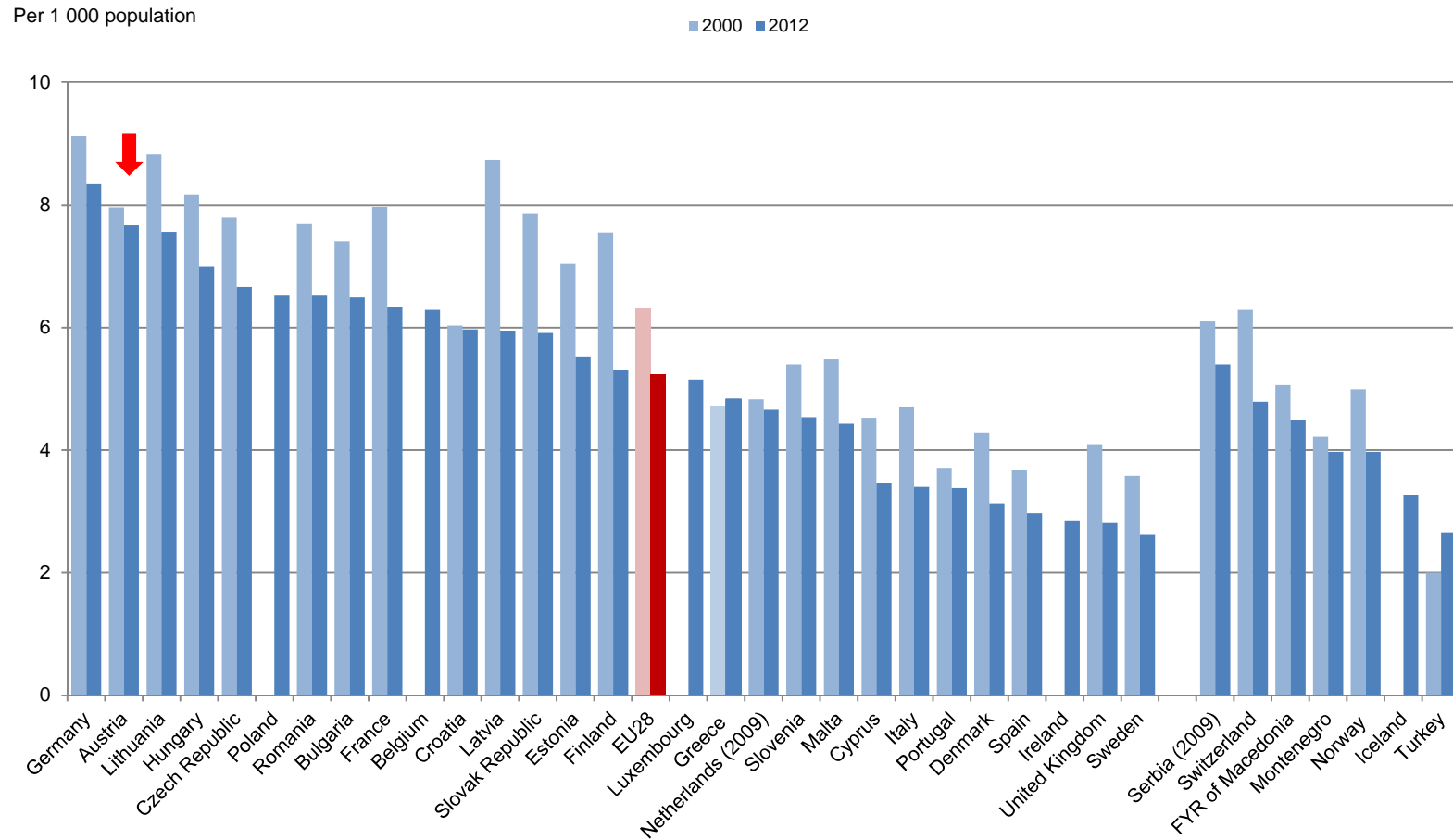
Health expenditure per capita, 2012 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2014



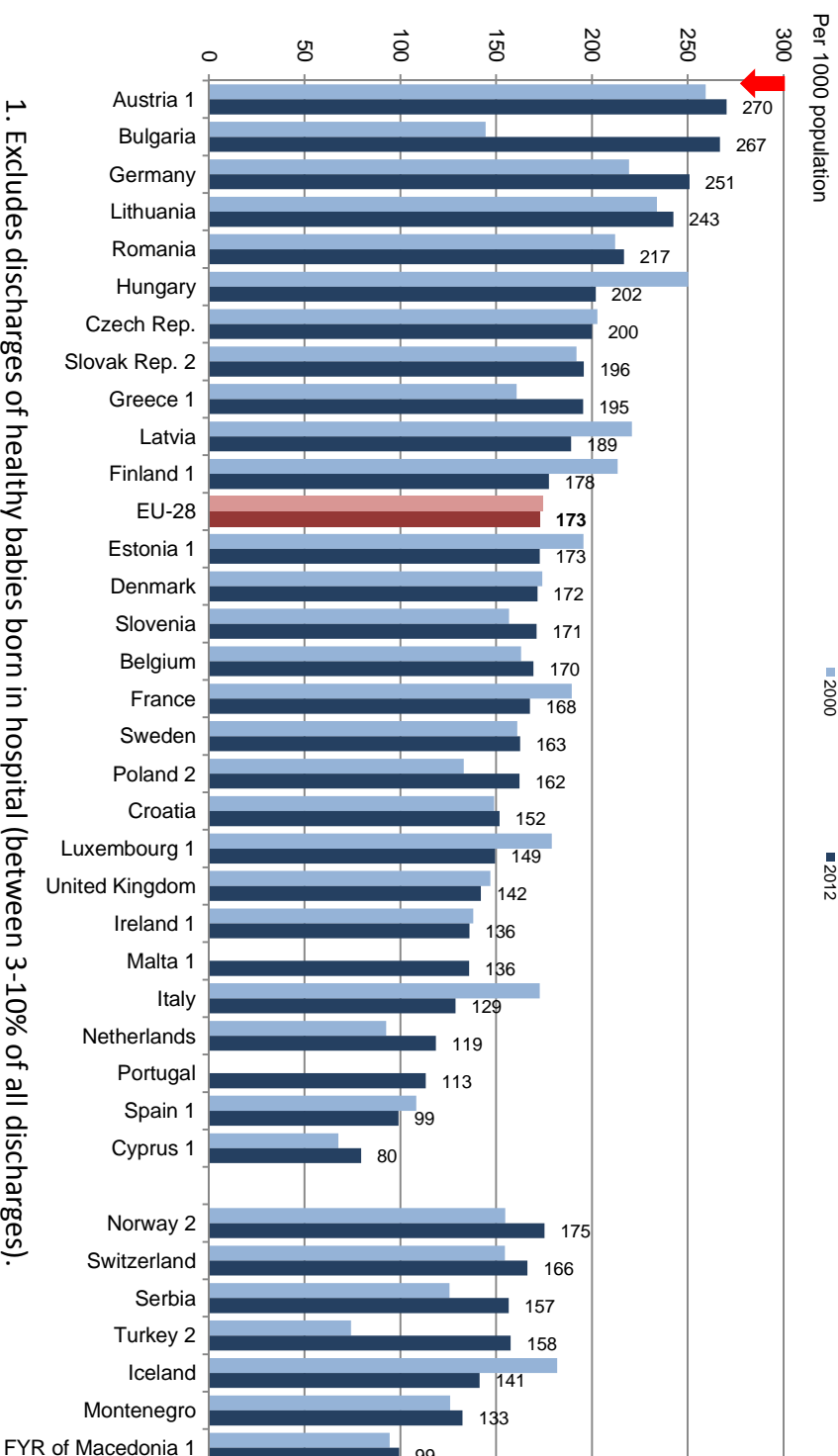
Hospital beds per 1 000 population, 2000 and 2012 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2014



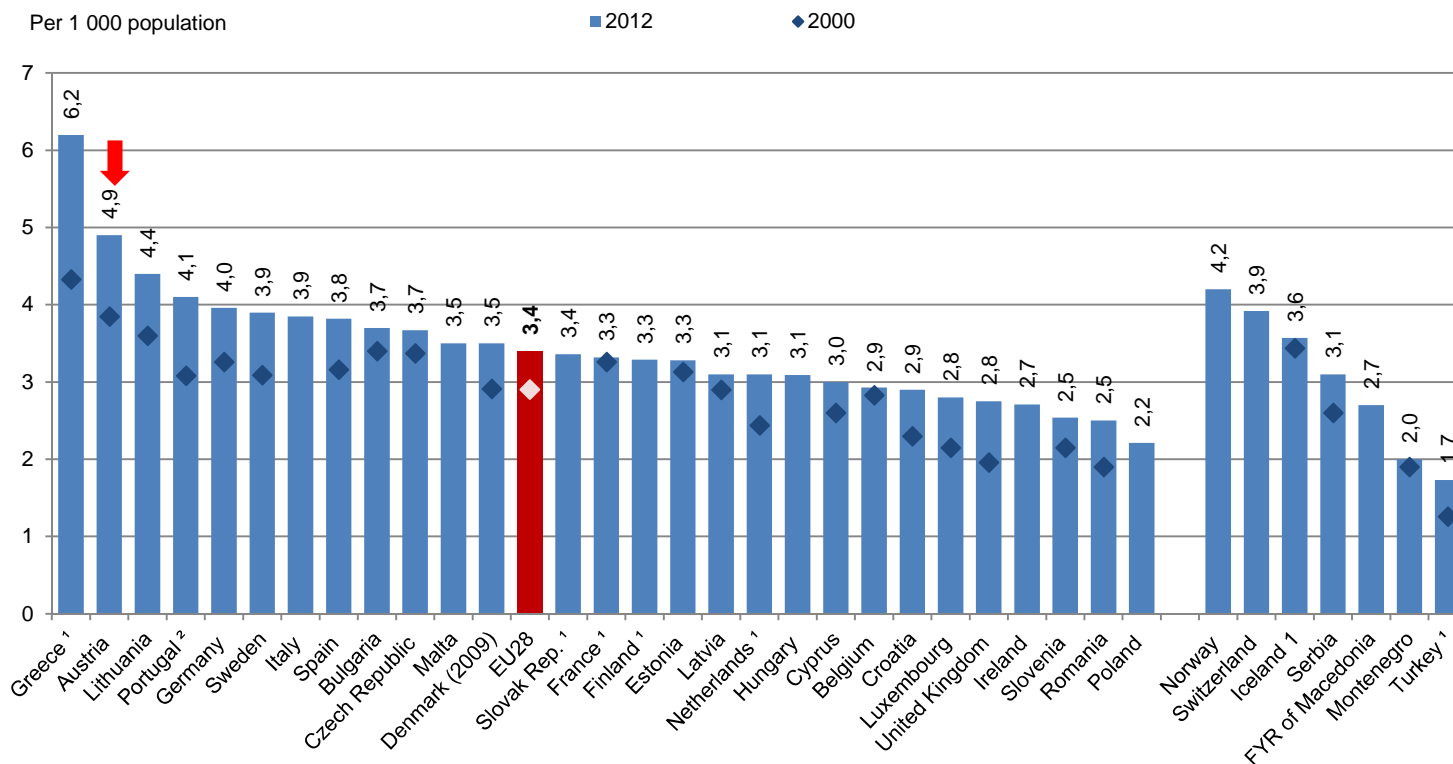
Hospital discharges per 1 000 population, 2000 and 2012 (or nearest year)



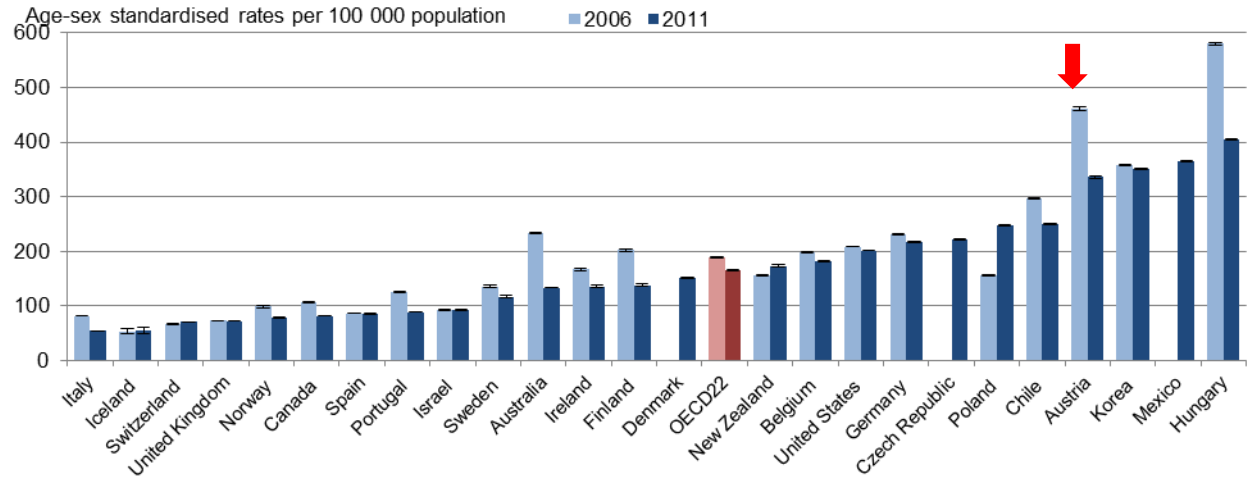
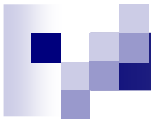
1. Excludes discharges of healthy babies born in hospital (between 3-10% of all discharges).
2. Includes same-day discharges.

Source: OECD Health Statistics 2014; Eurostat Statistics Database; WHO European Health for All Database.

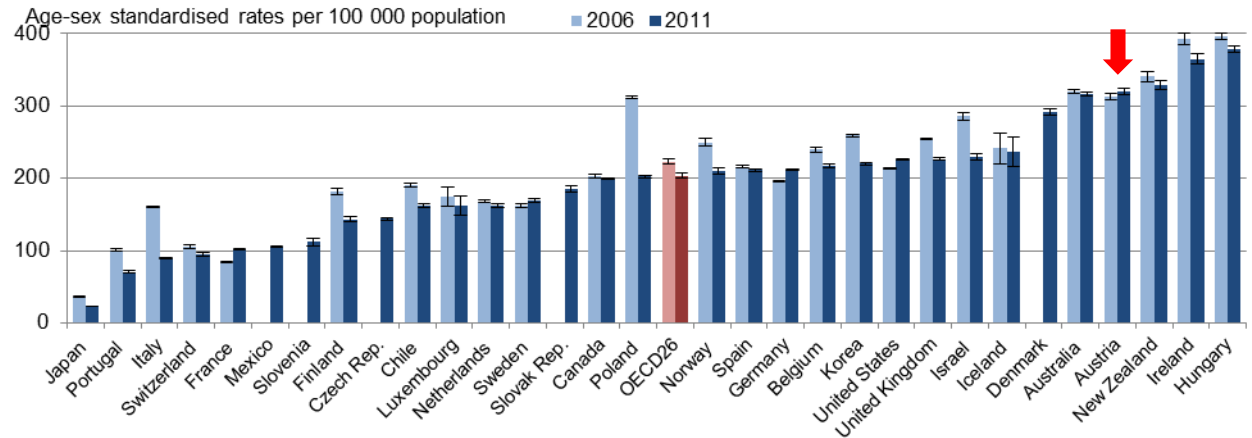
Practising doctors per 1 000 population, 2000 and 2012 (or nearest year)



1. Data include not only doctors providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc (adding another 5-10% of doctors). 2. Data refer to all physicians who are licensed to practice.
 Source: OECD Health Statistics 2014; Eurostat Statistics Database; WHO European Health for All Database.



Diabetes hospital admission in adults, 2006 and 2011 (or nearest year)



COPD hospital admission in adults, 2006 and 2011 (or nearest year)

Note: 95% confidence intervals represented by H. Source: OECD Health Statistics

| | |
|------------------------------|--|
| <p>Versorgungsstrukturen</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Versorgungsaufträge und Rollenverteilung für alle Versorgungsstufen (Primärversorgung, ambulante spezialisierte Versorgung und stationäre Versorgung) mit Blick auf „Best Point of Service“ definieren und erste Umsetzungsschritte setzen 2. Versorgungsdichte in allen Versorgungsstufen bedarfsorientiert anpassen, insbesondere durch die Reduktion der Krankenhaushäufigkeit sowie der Verweildauer und Abbau bzw. Verhinderung von Parallelstrukturen 3. Aus- und Fortbildung aller relevanten Berufsgruppen systematisch über das gesamte Berufsleben an den Versorgungserfordernissen orientieren |
| <p>Versorgungsprozesse</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Behandlungs- und Versorgungsprozesse inklusive der Versorgung mit Medikamenten sektorenübergreifend am Patientenbedarf und am „Best Point of Service“ orientieren 2. Organisationsentwicklung, Kooperation und Kommunikation durch den Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologie unterstützen |
| <p>Ergebnisorientierung</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Zahl der gesunden Lebensjahre erhöhen und Lebensqualität von erkrankten Personen verbessern 2. Behandlungsqualität in allen Versorgungsstufen sicherstellen, routinemäßig messen und transparent machen 3. Patientensicherheit und Gesundheitskompetenz der Bevölkerung insbesondere in Bezug auf Information und Kommunikation stärken und routinemäßig messen 4. Hohe Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung sicherstellen und routinemäßig messen |
| <p>Finanzziele</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Finanzierbarkeit der öffentlichen Gesundheitsausgaben durch Einhaltung des vereinbarten Ausgabendämpfungspfads gewährleisten (siehe Art. 9) 2. Sektorenübergreifende Finanzierung ermöglichen; geänderte Finanzbelastungen, die durch im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit vereinbarte Maßnahmen oder durch einseitig im Sinne des Art. 10 Abs. 4 gesetzte Handlungen für einen der Partner der Zielsteuerung entstehen, ausgleichen 3. Finanzierungs- und Honorierungssysteme am „Best Point of Service“ ausrichten (siehe Art. 10) |



6 Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen

6.1. Strategisches Ziel: Versorgungsaufträge und Rollenverteilung für alle Versorgungsstufen (Primärversorgung, ambulante spezialisierte Versorgung und stationäre Versorgung) mit Blick auf „Best Point of Service“ definieren und erste Umsetzungsschritte setzen

6.1.1. Operatives Ziel: Abgegrenzte, klare Versorgungsaufträge (inhaltlich und zeitlich, insbesondere auch für Tagesrand- und Wochenendzeiten) und Rollenverteilungen für alle Versorgungsstufen und für die wesentlichen Anbieter innerhalb der Versorgungsstufen bis Mitte 2015 mit Blick auf „Best Point of Service“ definieren und bis Ende 2016 erste Umsetzungsschritte auf Landesebene setzen

Maßnahme(n):

Maßnahme 1: Bundesländerübergreifende, systematische, differenzierte Erhebung und Analyse der Patientenströme unter Berücksichtigung des Zuweisungsverhaltens der Anbieter (einschließlich Sicherstellung der Datengrundlagen und Methoden) bis Ende 2013

Maßnahme 2: Grundkonzeptionierung für Versorgungsaufträge und Rollenverteilungen bis Mitte 2014 entwickeln und zwischen den Vertragsparteien abstimmen

Maßnahme 3: Detailkonzepterstellung inkl. Entwicklung von quantitativen Indikatoren zur Feststellung der Versorgungswirksamkeit bis Mitte 2015

Maßnahme 4: Schaffen rechtlicher und organisatorischer Voraussetzungen auf Bundesebene, inklusive ÖSG bis Ende 2015

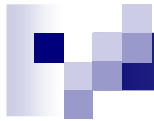


Begriffsbestimmungen

- „Best point of service“: Jene Stelle, an der die Erbringung der kurativen Versorgung jeweils zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig erfolgt.
§ 3 Z 2 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz
- „Ambulanter Bereich“: Die ambulante Gesundheitsversorgung in Spitalsambulanzen, selbstständigen Ambulatorien und im niedergelassenen Bereich (insbesondere ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen im Sinne des Sozialversicherungsrechts).
§ 3 Z 1 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz
- „Primärversorgung“: Allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.
§ 3 Z 7 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz
- Sekundärversorgung: Versorgung durch Spezialisten (Fachärzte, aber auch andere Professionen) entweder im Krankenhaus (ambulant oder stationär) oder im niedergelassenen Bereich. In Österreich: Ambulante spezialisierte Versorgung
Bundes-Zielsteuerungsvertrag Zielsteuerung-Gesundheit



| Maßnahmen zur Ausgabendämpfung | Kumulierte Ausgabendämpfung bis 2016 |
|---|--------------------------------------|
| Nicht-bettenführender Bereich der medizinischen Versorgung <ul style="list-style-type: none">- Versorgungsstufenkonzept - Versorgungsaufträge u. Rollenverteilung- Multiprofessionelle u. interdisziplinäre Primärversorgung- Amb. Strukturen in multiprofessionelle/interdisziplinäre Versorgungsformen- Ausgewählte tagesklinische Leistungen in nicht stationären Versorgungsformen- Überkapazitäten und nicht erforderliche Parallelstrukturen identifizieren und abbauen- Bundeseinheitliche Qualitätsstandards festlegen und umsetzen- Integrierte Versorgungsprogramme für häufige und/oder chronische Erkrankungen | 555 Mio. € |
| Bettenführender Bereich der medizinischen Versorgung <ul style="list-style-type: none">- Überkapazitäten und nicht erforderliche Parallelstrukturen identifizieren und abbauen- Versorgungsstufenkonzept - Versorgungsaufträge u. Rollenverteilung- Bundeseinheitliche Qualitätsstandards festlegen und umsetzen- Ausgewählte tagesklinische Leistungen in nicht stationären Versorgungsformen- Medizinisch nicht indizierte NTA/ETA reduzieren- Präoperative Verweildauern senken- Akutstationären Bereich durch vermeidbare Aufenthalte entlasten- Integrierte Versorgungsprogramme für häufige u/o chron. Erkrankungen- Fehlversorgung beseitigen | 695 Mio. € |



| Maßnahmen zur Ausgabendämpfung | Kumulierte Ausgabendämpfung bis 2016 |
|--|--------------------------------------|
| Medizinische Ge- und Verbrauchsgüter - Sektorenübergreifende Probleme im Zusammenhang mit der Medikamentenversorgung lösen - Gemeinsame Versorgungs- und Finanzierungsmodelle für Medikamente | 355 Mio. € |
| Medizinisch bedingte Hilfskostenstellen (z.B. Zentralsterilisation, Zentraldesinfektion, Küche, etc.) | 88 Mio. € |
| Vorwiegend nicht-medizinisch bedingte Hilfskostenstellen (z.B. Energiezentrale, Hausaufsicht, Werkstätten) | 190 Mio. € |
| Hilfskostenstellen der Verwaltung | 175 Mio. € |
| GESAMT* | 2.058 Mio. € |

*Eine sachlich gerechtfertigte andere Verteilung der Ausgabendämpfung innerhalb der Kategorien a) bis g) auf die einzelnen Ausgabenbeträge ist möglich, soweit sich am Gesamtbetrag von € 2.058 Mio. nichts ändert.

Bundes-Zielsteuerungsvertrag Zielsteuerung-Gesundheit vom 26. Juni 2013



Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, dass die auf Landesebene vertraglich definierten finanziellen Folgen von vertraglich vereinbarten Leistungsverschiebungen grundsätzlich innerhalb der Vertragslaufzeit finanziell auszugleichen sind.

(2) Vertraglich vereinbarte Leistungsverschiebungen und neu zu etablierende Versorgungsformen sind transparent und nachvollziehbar zu messen und zu dokumentieren sowie deren finanzielle Folgen zu bewerten. Dabei sind zumindest folgende Kriterien zu berücksichtigen:

2. Beschreibung des Gegenstandes der sektorenübergreifenden Leistungsverschiebung (des Leistungs-Bündels) getrennt nach entfallender Leistung in einem Sektor und zusätzlicher Leistung im anderen Sektor unter Berücksichtigung von Qualitätsaspekten.

3. Angabe der von der Leistungsverschiebung betroffenen Strukturen und allfälligen Veränderungen in den Strukturen in beiden Sektoren.

4. Leistungsverschiebungen sind anhand von Inanspruchnahmehäufigkeiten (Fälle, Frequenzen, e-Card-Kontakte, etc.) und/oder Leistungshäufigkeiten nach Leistungsarten oder Leistungsbündel zu messen. Messgröße können auch Einheiten von Leistungserbringungsstrukturen sein. Dabei soll bundeseinheitlich vorgegangen werden. Sowohl für den niedergelassenen Bereich als auch für die Spitäler sind hierbei gemeinsame **Datenstrukturen der Leistungsmessung** (vgl. operatives Ziel 7.2.1) heranzuziehen.

7. Für die finanzielle Bewertung der Leistungsverschiebungen sind zwischen den Vertragsparteien auf Landesebene Verrechnungsbeträge (Menge und Wert) auf rationaler Grundlage zu vereinbaren und eine allfällige Valorisierung von Beträgen festzulegen. Hinsichtlich der Verrechnungsbeträge ist soweit möglich für Leistungsarten oder Leistungsbündel ein **bundeseinheitliches Regelwerk** (z.B. in Form eines Musterkataloges) von der B-ZK bis Ende 2013 festzulegen.



Das „System Krankenhaus“ unter Druck

- Gesundheitsreform
 - Von den paktierten 3.430 Mio. € kumulierte Ausgabendämpfung bis 2016 betreffen 2.058 Mio. € direkt oder indirekt die öffentlichen Krankenanstalten.
 - Die als Einsparungspotential ausgewiesenen Maßnahmen führen aus betriebswirtschaftlicher Sicht zunächst nicht zu einer Verbesserung bzw. sogar zu einer Verschlechterung des Betriebsergebnisses oder bedingen erhebliche Investitionen.
 - Eine Entlastung der Krankenanstalten im ambulanten Bereich (Primärversorgung und ambulante spezialisierte Versorgung) bzw. in der Chronikerversorgung (integrierte Versorgung) ist erst auf längere Sicht zu erwarten.
 - Die grundsätzliche Problematik der regionalen und sektoralen Finanzierung des Gesundheitssystems wurde nicht beseitigt.
- Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG)
 - Die Novelle zum KA-AZG (EU-Richtlinie 2003/88/EG) mit Übergangsregelungen auf Basis eines individuellen opt-out führt zu einer kurzfristigen Verknappung der Arztressourcen und zu einer noch nicht absehbaren Steigerung der Personalkosten.
- Änderung von Berufsgesetzen
 - MAB-Gesetz, Ärztegesetz, Ärzteausbildungsordnung, GuKG (noch ausstehend)



Ambulante Versorgung in Österreich

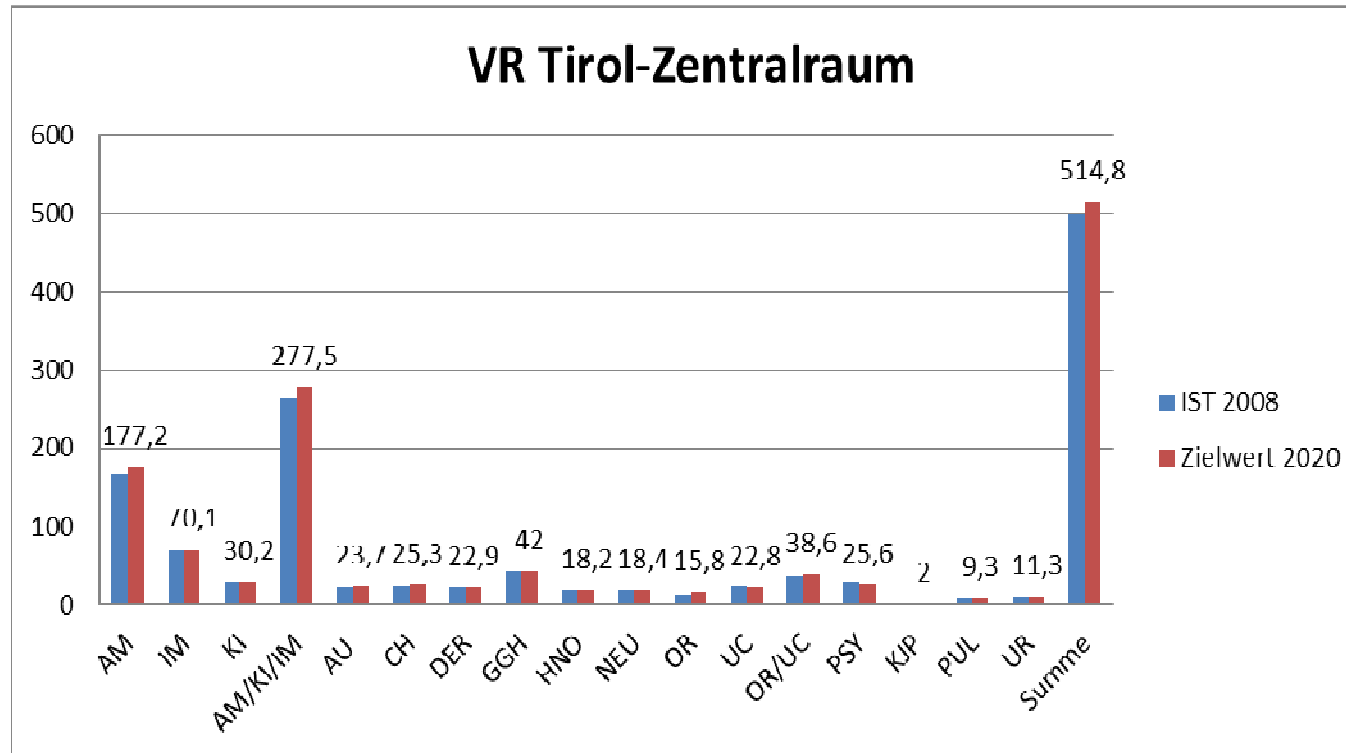
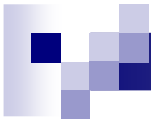
- Arztpraxis im niedergelassenen Bereich
 - Einzelpraxis (Vertrags-, Wahlarztpraxis)
 - Ordinationsgemeinschaft/Apparategemeinschaft
 - Gem. §52 ÄrzteG Zusammenarbeit von freiberuflich tätigen Ärzten durch gemeinsame Nutzung von Ordinationsräumen (Ordinationsgemeinschaft) und/oder von Geräten (Apparategemeinschaft)
 - Gruppenpraxis
 - Gem. §52a ÄrzteG Zusammenarbeit von Ärzten, insbesondere zum Zweck der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung
 - Offene Gesellschaft (§ 105 des Unternehmensgesetzbuches UGB, BGBl. I Nr. 120/2005)
 - Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) im Sinne des GmbHG, RGBL. Nr. 58/1906
 - Keine Anstellung von anderen Ärzten, Anstellung anderer Gesundheitsberufe limitiert
 - Interdisziplinäre Gruppenpraxen prinzipiell möglich, derzeit aber fehlendes Honorierungsmodell
- Selbstständiges Ambulatorium
 - Krankenanstalten gem. KAKuG §2(1) keine stationäre oder Notfallversorgung
 - Möglichkeit der Anstellung von ÄrztInnen und Angehörigen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe daher besonders geeignet für interdisziplinäre/ interprofessionelle Behandlungskonzepte
- Spitalsambulanz (§26 KAKuG)



Struktur der ambulanten Versorgung

- Niedergelassene ÄrztInnen:
 - 18.500 niedergelassene Ärzte (6.200 Allgemeinmediziner und 12.300 Fachärzte)¹
 - Allgemeinmediziner: 66% mit KV; Fachärzte: 53% mit KV. 1.8 Mrd. Euro Selbstbehalt²
- Selbstständige Ambulatorien:
 - 790 selbstständige Ambulatorien (Stand: 2008), 10.800 Beschäftigte (2.545 Ärzte)²
- Krankenhausambulanzen:
 - 135 Fondskrankenanstalten, 16,2- 16,4 Mio. ambulante Frequenzen/Jahr (2003- 2007)¹
 - 8.600 FTE Ärzte, 9.900 FTE DGKP, 8.320 MTD in Ambulanzen (plus 20% 1998 bis 2007)¹
 - Versorgungsauftrag (§26 (1) KAKuG:
 - Erste Hilfe, poststationäre Behandlung (wenn notwendig), prästationäre Untersuchung, Organ- und Blutspenden, Fortpflanzungsmedizin, klinische Prüfungen
 - Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die außerhalb der Anstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort des Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen

¹Gesundheitsbericht Österreich 2009 (Gesundheit Österreich GmbH); ²Hofmarcher M: Das Österreichische Gesundheitssystem (MWW Berlin 2013)



Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAV) in VR Tirol-Zentralraum

Niedergelassene Vertragsärzte, Wahlärzte, Spitalsambulanzen, Kassenambulatorien sowie Institute, die mit SV abrechnen

Datenquelle: RSG Tirol - Versorgungsmatrix Tirol ambulanter Bereich 2020



Schwächen der ambulanten Versorgung

- Fragmentierung und Spezialisierung
 - Fehlen der ersten Anlaufstelle und des „Case managers“
 - Mangel an multidisziplinären/multiprofessionellen Versorgungseinrichtungen
 - Z.T. Überversorgung in Diagnostik und Therapie, Versorgungslücken (ländlicher Raum)
- Ungesteuerter Zugang zu den Versorgungseinrichtungen
 - Alle Versorgungsstufen, niedergelassener Bereich und Krankenhausambulanzen
- Wegbrechen der Primärversorgung
 - Mangel an Allgemeinmedizinern durch Überalterung und fehlenden Nachwuchs: Prognose: Minus 20% FTE Allgemeinmediziner bis 2030 (plus 5-10% FTE Fachärzte)¹⁾
 - Berufsbild „Hausarzt“ und Work-Life-Balance, zunehmender Frauenanteil
 - Qualitätsprobleme in der Ausbildung zum Allgemeinmediziner
- Eingeschränkte Versorgungswirksamkeit des extramuralen Systems
 - Sinkender Anteil an Kassenärzten: AM: 73% auf 66%, FÄ: 62% auf 53% (2001-2007)²⁾
 - Beschränkte zeitliche Verfügbarkeit, keine definierten Versorgungsaufträge
 - Zum Teil restriktive Handhabung von Kassenzulassungen durch Sozialversicherungen

¹⁾Ärztinnen und Ärzte: Bedarf und Ausbildungsstellen 2010 bis 2030 (Gesundheit Österreich GmbH 2012)

²⁾ Gesundheitsbericht Österreich 2009 (Gesundheit Österreich GmbH 2009)



| Ambulanter Versorgungsbereich in den letzten 10 Jahren | | | | LKH Innsbruck, 2002 - 2012 | | |
|--|---------------------|-----------|-----------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Quelle: SAP -BW, M März 2013 | | | | | | |
| | | 2002 | 2007 | 2012 | Veränderung seit 2007 | Veränderung seit 2002 |
| gesamt | PatientInnen | 210.817 | 246.483 | 255.928 | 4% | 21% |
| | Frequenzen - gesamt | 1.897.172 | 2.084.847 | 2.143.037 | 3% | 13% |
| | davon ambulant | 1.109.479 | 1.300.879 | 1.382.075 | 6% | 25% |
| | Leistungen - gesamt | 6.235.152 | 9.686.481 | 10.639.067 | 10% | 71% |
| | davon ambulant | 3.128.992 | 4.716.635 | 5.457.004 | 16% | 74% |
| Ambulanz | PatientInnen | 183.129 | 201.112 | 203.405 | 1% | 11% |
| | Frequenzen - gesamt | 881.228 | 961.155 | 985.173 | 2% | 12% |
| | davon ambulant | 662.997 | 738.212 | 755.734 | 2% | 14% |
| | Leistungen - gesamt | 2.120.412 | 2.361.654 | 2.550.802 | 8% | 20% |
| | davon ambulant | 1.538.304 | 1.731.146 | 1.878.241 | 8% | 22% |
| Labor | PatientInnen | 124.422 | 143.795 | 160.226 | 11% | 29% |
| | Frequenzen - gesamt | 601.601 | 651.610 | 651.227 | 0% | 8% |
| | davon ambulant | 246.003 | 313.513 | 346.299 | 10% | 41% |
| | Leistungen - gesamt | 3.183.842 | 6.192.026 | 7.012.006 | 13% | 120% |
| | davon ambulant | 1.140.459 | 2.376.937 | 2.965.403 | 25% | 160% |
| Röntgen | PatientInnen | 94.687 | 114.980 | 116.073 | 1% | 23% |
| | Frequenzen - gesamt | 268.406 | 316.684 | 323.072 | 2% | 20% |
| | davon ambulant | 143.832 | 190.082 | 203.569 | 7% | 42% |
| | Leistungen - gesamt | 641.298 | 818.542 | 758.915 | -7% | 18% |
| | davon ambulant | 337.088 | 483.850 | 476.629 | -1% | 41% |
| Therapie | PatientInnen | 20.581 | 23.186 | 23.001 | -1% | 12% |
| | Frequenzen - gesamt | 134.114 | 150.078 | 156.726 | 4% | 17% |
| | davon ambulant | 45.057 | 53.947 | 51.277 | -5% | 14% |
| | Leistungen - gesamt | 271.843 | 301.189 | 277.576 | -8% | 2% |
| | davon ambulant | 95.931 | 112.192 | 100.031 | -11% | 4% |
| OP* | PatientInnen | 2.882 | 8 | 22 | 175% | -99% |
| | Frequenzen - gesamt | 3.295 | 8 | 22 | 175% | -99% |
| | davon ambulant | 3.293 | 8 | 21 | 163% | -99% |
| | Leistungen - gesamt | 3.763 | 10 | 22 | 120% | -99% |
| | davon ambulant | 3.761 | 10 | 21 | 110% | -99% |
| Sonstige | PatientInnen | 7.095 | 4.357 | 15.621 | 259% | 120% |
| (Betriebsarzt, ...) | Frequenzen - gesamt | 8.529 | 5.312 | 26.817 | 405% | 214% |
| | davon ambulant | 8.298 | 5.117 | 25.175 | 392% | 203% |
| | Leistungen - gesamt | 13.994 | 13.060 | 39.746 | 204% | 184% |
| | davon ambulant | 13.449 | 12.500 | 36.679 | 193% | 173% |

* im wesentlichen Haut- und Zahn-Ops, Kürzel wird seit 2007 nicht mehr regulär verwendet

Fehlallokation ambulanter Leistungen

| Ambulanter Funktionsbereich - qualitative Einschätzung | | | | | | | | | | LKH Innsbruck, Jan - Dez 2013 | | | |
|--|------------------|----------------|----------------------------|----------------|----------------------------|----------------|---------------------------------------|---------------|------------------|-------------------------------|------------------|------------------|--|
| Quelle: SAP-BW (Jänner 2014) basierend auf einer qualitativen Einschätzung sämtlicher Ambulanzleistungen des LBI@HTA (Juli 2007) | | | | | | | | | | | | | |
| | nur Uni-Ambulanz | | mindestens Spitalsambulanz | | niedergelassener Mediziner | | keine Information bzw. nicht relevant | | Nicht zugeordnet | | gesamt | | |
| | FQZ | Ambulante FQZ | FQZ | Ambulante FQZ | FQZ | Ambulante FQZ | FQZ | Ambulante FQZ | FQZ | Ambulante FQZ | FQZ | Ambulante FQZ | |
| Ambulanz | 134.161 | 98.795 | 256.531 | 204.985 | 572.417 | 438.948 | 23.922 | 17.208 | 88 | 69 | 987.119 | 760.005 | |
| 1 - 90 Tage bis zum nächsten Aufenthalt | | 23.033 | | 34.807 | | 71.176 | | 2.493 | | 12 | | 131.521 | |
| 1 - 90 Tage seit dem letzten Aufenthalt | | 23.323 | | 28.507 | | 51.423 | | 1.540 | | 4 | | 104.797 | |
| keine stationäre Aufnahme | | 52.439 | | 141.671 | | 316.349 | | 13.175 | | 53 | | 523.687 | |
| | | 10% | | 27% | | 60% | | 3% | | 0% | | | |
| Labor | 3.291 | 3.176 | 1.900 | 1.583 | 3.034 | 3.014 | 2.758 | 2.215 | 644.597 | 343.389 | 655.580 | 353.377 | |
| Röntgen | 4.611 | 709 | 41.609 | 6.352 | 251.388 | 176.054 | 27.288 | 22.972 | 184 | 97 | 325.080 | 206.184 | |
| Therapie | 1.797 | 95 | 14.066 | 3.409 | 134.989 | 47.059 | 12 | 11 | 4 | 2 | 150.868 | 50.576 | |
| OP | | | 7 | 7 | | | | | | | 7 | 7 | |
| Sonstige | | | | | | | 5.414 | 5.401 | 18.973 | 17.397 | 24.387 | 22.798 | |
| gesamt | 143.860 | 102.775 | 314.113 | 216.336 | 961.828 | 665.075 | 59.394 | 47.807 | 663.846 | 360.954 | 2.143.041 | 1.392.947 | |

Mad, P. et al.: Rolle und Positionierung der Ambulanzen von Universitätskliniken im Gesundheitswesen.

Teil 1: Literaturanalyse und strukturierte Expertenbefragung. Teil 2: Methodenbeschreibung zur empirischen Analyse von Ambulanzleistungen (HTA-Projektbericht 05). Ludwig Boltzmann Institut Health Technology Assessment (2007)



„Krankenhauslastigkeit“ des Systems

- Kompensation von Versorgungsdefiziten
 - Strukturelle Defizite in Primärversorgung und ambulanter spezialisierter Versorgung
 - Druck auf stationären (Zuweisung zur diagnostischen Abklärung, Chronikerversorgung, Akutgeriatrie) und ambulanten Versorgungsbereich
 - Kumulativer Effekt durch steigenden Anteil an Wahlarztpraxen
- Angebotsinduzierte Nachfrage
 - In den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlicher Ausbau von ambulanten Ressourcen
 - Auch in Terminambulanzen oft kürzere Wartezeiten als im niedergelassenen Bereich
 - Unbegrenzter Zugang auch ohne Zuweisung (Abgrenzung gegenüber Notfall)
- Extensive Auslegung des Versorgungsauftrages
 - Poststationäre Nachkontrollen, Weiterbehandlung nach Notfallversorgung
- Struktur-und Prozessqualität
 - Spezialsprechstunden und aufwändige apparative Verfahren
 - Besondere fachliche Expertise durch Spezialisten mit entsprechendem Workload
 - Interdisziplinäre/interprofessionelle Versorgung: Kurze Wege in Diagnostik und Therapie (benötigte Fachdisziplinen, apparative/Labordiagnostik, Therapieangebote)

Interdependenzen in der ambulanten Versorgung

| Einflußvariable | Korrelation mit Frequenzen in Spitalsambulanzen | Signifikanzniveau |
|---|---|-------------------|
| AVE ¹ VA ² Allgemeinmediziner | negativ | 5% |
| AVE VA Facharzt | neutral | n.s. |
| AVE WA ³ Allgemeinmediziner | neutral | n.s. |
| AVE WA Facharzt | positiv | 10% |
| EK ⁴ VA Allgemeinmediziner | negativ | 5% |
| EK VA Facharzt | neutral | n.s. |
| Stationäre Aufenthalte | positiv | 5% |
| Gebietsgröße | (negativ) | 15% |
| Akademikeranteil in Bevölkerung | negativ | 5% |

¹Ambulante Versorgungseinheit: Zahl der Erstkonsultationen in der Region/österreichischer Mittelwert pro „Vollvertragsarzt“ (Vertragsarztbereich) bzw. regionale Wahlarzterstattungen/durchschnittlicher Umsatz in Österreich (Wahlarztbereich); ²Vertragsarzt mit Kassenvertrag; ³Wahlarzt; ⁴Erstkontakt bei einem Vertragsarzt.
Quelle: Cypionka T. et al. (IHS 2013)



6 Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen

6.1. Strategisches Ziel:

Versorgungsaufträge und Rollenverteilung für alle Versorgungsstufen (Primärversorgung, ambulante spezialisierte Versorgung und stationäre Versorgung) mit Blick auf „Best Point of Service“ definieren und erste Umsetzungsschritte setzen

6.1.2. Operatives Ziel:

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

Maßnahme(n):

Maßnahme 1: Erstellung eines multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgungskonzepts und Vorlage an die B-ZK bis Mitte 2014 zur Beschlussfassung

Maßnahme 2: Schaffung der für die Umsetzung des multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgungsmodells erforderlichen Voraussetzungen (inkl. rechtliche Voraussetzungen, Kompetenzprofile und Rahmenbedingungen) auf Bundesebene bis Ende 2014

Maßnahme 3: Unterstützung durch die Bundesebene bei der Umsetzung des multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgungskonzepts auf Landesebene



„Das Team rund um den Hausarzt“

Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung. Beschlossen in der Bundes-Zielsteuerungskommission am 30.6.2014

- **Aufgaben:**
 - Erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem
 - Erreichbarkeit (mindestens Mo- Fr 7:00 bis 19:00), Wochenend- und Feiertagsdienst
 - Aufsuchende Dienste und Hausbesuche
 - Telefon- und Webdienste
 - Angebote in Gesundheitsförderung und Prävention
 - Teilnahme an Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen, „frühe Hilfen“ für Kinder
 - Umfassende Behandlung von Akutkrankheiten und chronischen Erkrankungen
 - Einschätzung des Behandlungsbedarfs und Dringlichkeit sowie Ersthilfe
 - Anamnese und Erstdiagnostik, abgestufte weitere Diagnostik und Therapie
 - Qualifizierte Weiterleitung zu Fachärzten und anderen Leistungsanbietern
 - Kontinuierliche Betreuung von chronisch Kranken inklusive integrierte Versorgung
 - Weiterversorgung nach Behandlung in anderen Einrichtungen
 - Stärkung der Gesundheitskompetenz (Selbstmanagement, Compliance)
 - Koordination, Informationsorganisation und Lotsenfunktion
 - Zuordnung zur richtigen Versorgungsstufe bzw. Versorgungsbereich
 - Dokumentation und Führen der elektronischen Patientenakte
 - Standardisierte Informationsweitergabe, Führen von Erinnerungssystemen



- **Aufgaben (cont.)**

- Mitwirkung beim Aufnahme- und Entlassungsmanagement nach BQLL AUFEM
- Kooperation mit mobilen Diensten und Palliativ- und Hospizteams
- Zusammenarbeit mit mobilen Diensten und pflegenden Angehörigen
- Zusammenarbeit mit Palliativ- und Hospizteams
- Zusammenarbeit mit Einrichtungen des betreuten Wohnens und der Pflege
- Mitwirkung an öffentlichen Gesundheitsaufgaben
 - Ausgewählte öffentliche Gesundheitsaufgaben (Totenbeschau, UBG, Impfungen etc.)
- Praktische Ausbildung für Gesundheitsberufe
 - Lehrpraxen, Pflichtpraktika für andere Gesundheits- und Sozialberufe

- **Beteiligte Berufsgruppen**

- Kernteam: Ärzte für AllgemeinmedizinerInnen, DGKP, OrdinationsassistentInnen
- Weitere: Diätologie, Ergotherapie, FA KJHK, PSY-Berufe, Hebammen, Logopädie, Physiotherapie, mobile Dienste Hauskrankenpflege, Sozialarbeiter

- **Organisationsformen**

- Primärversorgungseinrichtung, Primärversorgungsnetzwerk

- **Vertragsrecht und Honorierung**

- Gesamtvertragliche Vereinbarung i.S. ASVG 6. Teil Abschnitt II oder Sonder-Einzelverträge
- Honorierung: Budgets und Pauschalen, Einzelleistungsvergütung, Bonuszahlungen (P4P)



Messgröße(n):

- 1) Abgestimmtes multiprofessionelles und interdisziplinäres Primärversorgungskonzept liegt vor
- 2) Rechtliche Regelungen sind vorhanden
- 3) Anteil der Bevölkerung, der in multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgungsmodellen versorgt werden kann

Zielwert(e):

- 1) 1
- 2) 1
- 3) Vorerst bis Ende 2016 mindestens 1 % der Bevölkerung pro Bundesland (das entspricht österreichweit mindestens 80.000 Personen)

Umsetzungsstand (Monitoringbericht II/2014, Oktober 2014):

- 1) Ziel erreicht
- 2) Zielerreichung im Plan
- 3) Aussage derzeit nicht möglich



Ambulante spezialisierte Versorgung

- Verstärkte Orientierung an den Bedürfnissen der PatientInnen
 - Gute zeitliche Verfügbarkeit, kurze Wartezeiten auf Termine
 - Abgestimmte multidisziplinäre und multiprofessionale Leistungsangebote
 - Optimierte Diagnose- und Behandlungsprozesse
 - Höhere Effektivität und Qualität in der Chronikerversorgung
- Attraktivere Arbeitsbedingungen für Gesundheitsberufe
 - Arbeit in multidisziplinären/multiprofessionellen Teams
 - Work-Life-Balance (geregelte Arbeitszeiten, Möglichkeit zur Teilzeitbeschäftigung)
 - Einkommenssicherheit und Reduktion des finanziellen Risikos
- Effizienz der Versorgungsstrukturen und -prozesse
 - Vermeidung von Parallelstrukturen (abgestimmte Fächerstruktur)
 - Gemeinsame Nutzung von Ressourcen (apparative Diagnostik, Labor, IKT, sonstige Infrastruktur, Managementleistungen)
 - Fachübergreifende Dokumentation und Prozesssteuerung



6 Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen

6.2. Strategisches Ziel:

Versorgungsdichte in allen Versorgungsstufen bedarfsorientiert anpassen, insbesondere durch die Reduktion der Krankenhaushäufigkeit sowie der Verweildauer und dem Abbau bzw. der Verhinderung von Parallelstrukturen

6.2.1. Operatives Ziel:

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(n):

Maßnahme 1: Entwicklung von pauschalen Honorierungsmodellen für interdisziplinäre Gruppenpraxen bis Ende 2013 (gemäß ASVG §§ 342a, 652)

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

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



Messgröße(n):

- 1) Anzahl der auf Landesebene umgesetzten multiprofessionellen und/oder interdisziplinären ambulanten Versorgungsformen
- 2) Anteil der in diesen Versorgungsformen versorgten Patienten an allen Patienten im ambulanten Bereich
- 3) Rechtliche Anpassungen sind erfolgt

Zielwert(e):

- 1) Mindestens zwei multiprofessionellen und/oder interdisziplinäre Versorgungsformen pro Bundesland
- 2) Ist im Zusammenhang mit dem Konzept bis Ende 2014 festzulegen
- 3) 1

Umsetzungsstand (Monitoringbericht II/2014, Oktober 2014):

- 1) Ab 12/2014
- 2) Ab 12/2014
- 3) Zielerreichung im Plan (ggf. finale Beschlussfassung im Parlament im Frühjahr 2015)

Vom Krankenhaus zum Gesundheitsdienstleister





Modell krankenhaushnahes Ambulanzzentrum

- Nutzung von Synergien
 - Einkauf, Ver- und Entsorgung, administrative und supportive Leistungen, IKT-Infrastruktur, Qualitäts- und Risikomanagement, Personal
- Versorgung mit diagnostischen Leistungen
 - Bildgebende Diagnostik, Labor, Pathologie, sonstige apparative Diagnostik
 - Einfache Terminvereinbarung (IT), definierte Standards, Kommunikation
- Räumliche Nähe zum Krankenhaus
 - Kurze Wege bei Überweisungen an Spezialambulanzen oder stationären Aufnahmen
 - Einfachere Steuerung von PatientInnenströmen, Akzeptanz bei PatientInnen
- Leistungsangebot
 - Optimaler Mix zwischen den medizinischen Fachdisziplinen unter den Gesichtspunkten der interdisziplinären Zusammenarbeit, Nutzung von Synergien und Attraktivität
 - Abstimmung mit dem Leistungsangebot der Krankenanstalt
- Definierte Behandlungspfade und integrierte Versorgung
 - Gemeinsame Behandlungsstandards und abgestimmte Prozesse
 - Optimaler Standort für integrierte Versorgungsprogramme

Verlagerungspotential in MVZ

| Ambulante Patienten - Bewegungen | | | |
|--|-------------------|--------------|--------------|
| Ambulante Frequenzen und Leistungen (kein stationärer Fall, Erbringbarkeit im extramuralen Bereich laut Experteneinstufung) | | | |
| JAN 2013 - DEZ 2013 | | | |
| Leistende OE | Anzahl Bewegungen | FQZ/Tag* | FQZ/Stunde** |
| UNAA Unfall Allgemeine Ambulanz | 27.678 | 112,1 | 14,0 |
| ORAA Orthopädie Allgemeine Ambulanz*** | 20.791 | 84,2 | 10,5 |
| HAAA Haut Allgemeine Ambulanz | 18.675 | 75,6 | 9,5 |
| AUAA Augen Allgemeine Ambulanz | 17.747 | 71,9 | 9,0 |
| C12A Chirurgie VTT-Ambulanz | 16.591 | 67,2 | 8,4 |
| HNAA HNO Allgemeine Ambulanz | 15.542 | 62,9 | 7,9 |
| FRAA Frauen Ambulanz | 15.176 | 61,4 | 7,7 |
| URAA Urologie Allgemeine Ambulanz | 9.789 | 39,6 | 5,0 |
| MEKA Medizin Kardiologische Ambulanz | 8.962 | 36,3 | 4,5 |
| MENA Medizin Nephrologische Ambulanz | 7.726 | 31,3 | 3,9 |
| MERH Medizin Rheumatologie-Sprechstunde | 5.422 | 22,0 | 2,8 |
| NEAA Neurologie Allgemeine Ambulanz | 4.210 | 17,0 | 2,1 |
| MEEA Medizin Endokrinologie-Sprechstunde | 2.387 | 9,7 | 1,2 |
| MEFG Medizin Frauengesundheitssprechstunde | 1.299 | 5,3 | 0,7 |
| PSAA Psychiatrie Allgemeine Ambulanz | 10.381 | 42,0 | 5,3 |
| PSPA Psychiatrie Psychol./psychotherapie Ambulanz | 2.003 | 8,1 | 1,0 |
| PSPO Psychiatrie Psychosomatische Ambulanz | 2.423 | 9,8 | 1,2 |
| Ergebnis | 186.802 | 756,3 | 94,5 |
| * 247 Arbeitstage im Jahr 2014 | | | |
| ** 8 Betriebsstunden pro Tag | | | |
| *** 14.423 Bewegungen wurden an der neurochirurgischen Ambulanz dokumentiert. Ca. 10% dieser Bewegungen können dem Bereich Wirbelsäulenbeschwerden zugeordnet werden. Dem Bereich Orthopädie wurden daher 1.400 Bewegungen aus dem neurochirurgischen Bereich zugerechnet. | | | |

Ambulante Patienten/Bewegungen 2013. Datenquelle: SAP-BW, November 2014

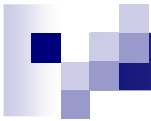


| AUAA - Augenheilkunde Allgemeine Ambulanz | |
|---|---------------------|
| Ambulante Patienten - Frequenzen/Leistungen | |
| Ambulante Frequenzen und Leistungen (kein stationärer Fall, Erbringbarkeit im extramuralen Bereich laut Experteneinstufung) | JAN 2013 - DEZ 2013 |
| Gesamtergebnis Frequenzen | 17.747 |
| Gesamtergebnis Leistungen | 40.700 |
| 8700 Augenuntersuchung je 15 min. | 32.299 |
| 8759 Gesichtsfeldbestimmung je 30 min. | 1.932 |
| 8770 Fundusfoto | 1.306 |
| 8766 Fremdkörperentfernung aus Auge | 1.303 |
| 8771 Spaltlampenfoto | 1.082 |
| 7204 Laserbehandlung Tag (inkl. Tonometrie) | 507 |
| 7200 Laserbehandlung Argon | 315 |
| 8120 Wundversorgung je 15 min. | 284 |
| 8775 Augenübersichtsfoto | 200 |
| 8763 Fädenentfernung (bis ca. 20 Fäden) | 134 |
| 8728 Hornhauttopographie | 122 |
| 8765 Bindehautsackspülung bei Verätzungen | 91 |
| 8764 Spülung Tränenwege | 56 |
| 8722 Schirmertest | 45 |
| 8769 Verbandlinse bei Hornhautverletzung | 38 |
| Sonstiges | 25 |
| Untersuchung/Behandlung ÄrztIn | 39.739 |
| 8844 Blutabnahme bis 10 Monovetten | 371 |
| 8721 Abnahme Bindehautabstrich | 76 |
| Labordiagnostik | 447 |
| 8793 ILV Medikamentenabgabe pro Tag | 342 |
| 8110 Injektion inkl. Materialk. bis 20 Euro | 39 |
| 6504 Infusion inkl. Materialkosten bis 20 Euro | 10 |
| Medikation | 391 |
| 8715 TGF/ILV Ausführlicher Arztbrief | 95 |
| 3300 Organisationsaufwand (Termin nicht wahrgeh.) | 28 |
| Beratung/Organisation | 123 |

AUAA – Augenheilkunde Allgemeine Ambulanz 2013
 Datenquelle: SAP-BW, November 2014

| ORAA - Orthopädie Allgemeine Ambulanz | |
|---|---------------------|
| Ambulante Patienten - Frequenzen/Leistungen | |
| Ambulante Frequenzen und Leistungen (kein stationärer Fall, Erbringbarkeit im extramuralen Bereich laut Experteneinstufung) | JAN 2013 - DEZ 2013 |
| Gesamtergebnis Frequenzen* | 20.791 |
| Gesamtergebnis Leistungen | 31.313 |
| 8023 Untersuchung orthopädisch je 30 min. | 22.390 |
| 6118 Verbandswechsel je 15 min. | 2.004 |
| 6117 Verbandswechsel je 30 min. | 919 |
| 8179 Gipsabnahme je 15 min. | 830 |
| Gipsverbände | 822 |
| 8123 Stützverband je 30 min. | 104 |
| 6119 Salbenverband | 56 |
| 8124 Stützverband je 15 min. | 26 |
| Untersuchung/Behandlung ÄrztIn | 27.151 |
| 3142 Sono2 Skelettmuskelsystem | 1.982 |
| 8844 Blutabnahme bis 10 Monovetten | 1.427 |
| 8107 Punktion1 Gelenk | 42 |
| (Labor)Diagnostik | 3.451 |
| 8111 Infiltration (Inf/Inj) | 524 |
| 6504 Infusion inkl. Materialkosten bis 20 Eur | 24 |
| Medikation | 548 |
| 7777 ILV Konsil virtueller Patient ausserhalb | 139 |
| 8001 Gesonderter Ambulanzbesuch für Beratung | 10 |
| Organisation/Beratung | 149 |
| Sonstiges | 14 |
| * inkl. 1.400 Frequenzen aus dem neurochirurgischen Bereich | |

ORAA – Orthopädie Allgemeine Ambulanz 2013
 Datenquelle: SAP-BW, November 2014



Angeforderte Leistungen bildgebende Diagnostik

| Ambulante Patienten - Bewegungen/Leistungen -Bildgebende OEs | | | | | |
|---|--------------|----------|-------------------------|------------------------|-----------------------|
| Modalität | FQZ/ Jahr | Min./FQZ | Leistungs-Std. /Jahr | Betriebs-Std. /Jahr | Betriebs- Std./Tag |
| MR-Tomographie | 4.952 | 30 | 2.476 | 1.976 | 10,0 |
| Computertomographie | 6.909 | 20 | 2.303 | 1.976 | 9,3 |
| Konventionelle Diagnostik | 74.944 | 10 | 12.491 | 1.976 | 50,6* |
| Sonographie | 6.913 | 20 | 2.303 | 1.976 | 9,3 |

* 6,3 Geräte bei 8 Stunden Betriebsdauer

Ambulante Patienten – Bewegungen/Leistungen Bildgebende OEs, 2013

Quelle: SAP-BW, 2014

Entlastung Ambulanzpersonal

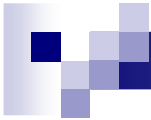
| Personalbedarfsschätzung - ambulante Frequenzen AVZ | | | | |
|---|-------------|-------------|---------------------------------|------------|
| Leistende OE | ÄrztInnen | Pflege/RT | Administration Schreibdienst | Anmeldung |
| UNAA Unfall Allgemeine Amb | 5,7 | 5,5 | 4,1 | 0,8 |
| ORAA Orthopädie Allgemeine Ambulanz | 4,3 | 4,1 | 3,0 | 0,6 |
| HAAA Haut Allgemeine Ambulanz | 3,9 | 3,7 | 2,7 | 0,5 |
| AUAA Augen Allgemeine Ambulanz | 3,7 | 3,5 | 2,6 | 0,5 |
| C12A Chirurgie VTT-Ambulanz | 3,4 | 3,3 | 2,4 | 0,5 |
| HNAA HNO Allgemeine Ambulanz | 3,2 | 3,1 | 2,3 | 0,5 |
| FRAA Frauen Ambulanz | 3,1 | 3,0 | 2,2 | 0,4 |
| URAA Urologie Allgemeine Ambulanz | 2,0 | 1,9 | 1,4 | 0,3 |
| MEKA Medizin Kardiologische Amb. | 1,9 | 1,8 | 1,3 | 0,3 |
| MENA Medizin Nephrologische Amb. | 1,6 | 1,5 | 1,1 | 0,2 |
| MERH Medizin Rheumatologie-Sprechst | 1,1 | 1,1 | 0,8 | 0,2 |
| NEAA Neurologie Allgemeine Ambulanz | 0,9 | 0,8 | 0,6 | 0,1 |
| MEEA Medizin Endokrinologie-Sprech. | 0,5 | 0,5 | 0,3 | 0,1 |
| MEFG Medizin Frauengesundheitsspr. | 0,3 | 0,3 | 0,2 | 0,0 |
| PSAA Psychiatrie Allgemeine Ambulanz | 2,1 | 2,1 | 1,5 | 0,3 |
| PSPA Psychiatrie Psychol./psychother. Amb. | 0,4 | 0,4 | 0,3 | 0,1 |
| PSPO Psychiatrie Psychosomatische Ambulanz | 0,5 | 0,5 | 0,4 | 0,1 |
| Radiologischer Bereich | 7,3 | 16,8 | 0,0 | 2,9 |
| Summe | 46,0 | 53,8 | 27,4 | 8,3 |

Auswirkung auf den Personalbedarf bei partieller Leistungsverlagerung im ambulanten Bereich.
Quelle: SAP-BW, 2014



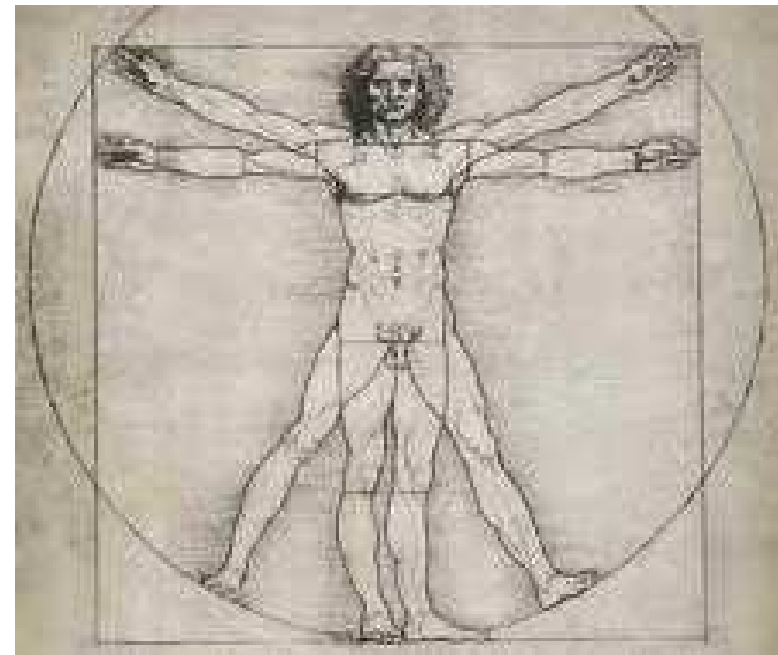
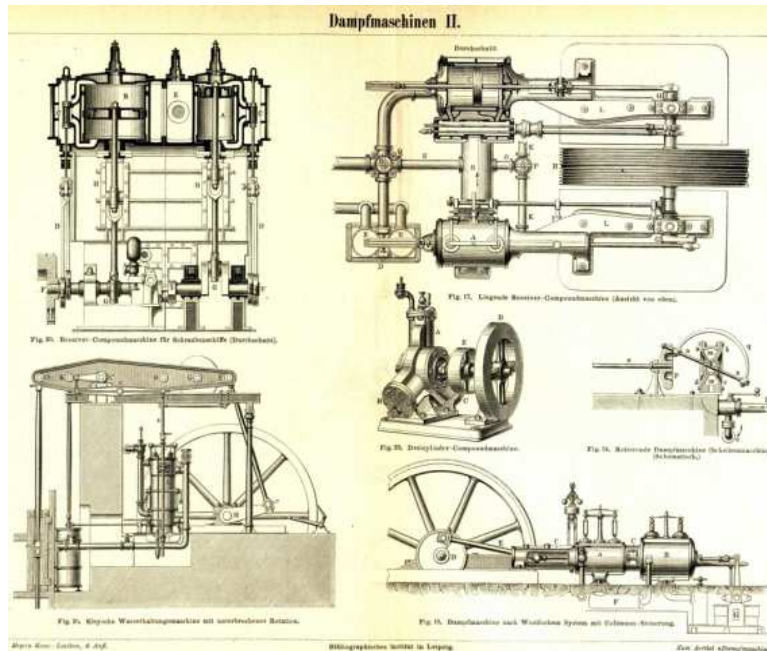
Zusammenfassung

- Die ambulante Versorgung in Österreich zeigt erhebliche Strukturschwächen in Hinblick auf Erreichbarkeit, Versorgungswirksamkeit und Prozessqualität.
- Die „Krankenhauslastigkeit“ des Systems ist vorwiegend durch Kompensation dieser Defizite in quantitativer und qualitativer Hinsicht bedingt.
- In der Gesundheitsreform ist die Einrichtung von „multi-professionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsformen“ im primären und sekundären ambulanten Bereich vorgesehen. Die konkrete Umsetzung ist weitgehend offen.
- Multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgungszentren sind ein effektiver Lösungsansatz zur Stärkung der Primärversorgung.
- Im sekundären Versorgungsbereich können interdisziplinäre ambulante Versorgungszentren neben den bestehenden Strukturen einen wesentlichen Baustein bei einer Neuordnung der ambulanten spezialisierten Versorgung leisten. Die Anbindung an Krankenanstalten erscheint aus Sicht der Nutzung von Synergien und der Steuerung von Patientenströmen sinnvoll.



„Komplexe Systeme sind prinzipiell undurchschaubar und unberechenbar. Sie können wegen ihrer Komplexität nicht analysiert, nicht verstanden und daher nicht im Detail organisiert und gesteuert werden.“

F. Malik, österreichischer Wirtschaftswissenschaftler



„Es ist alles sehr kompliziert.“

F. Sinowatz, österreichischer Bundeskanzler (1983- 1986)