# Das gesundheitspolitische Konzept der Österreichischen Ärztekammer

November 2008

ÖSTERREICHISCHE
ÄRZTEKAMMER

# I. PRÄAMBEL

Das österreichische Gesundheitswesen und dessen Finanzierung sind sozial ausgerichtet und beruhen auf den Prinzipien der Solidarität und Subsidiarität. Dabei handelt es sich um Grundsätze, die Eigenleistung und Eigenverantwortung nicht ausschließen. Diese beiden Komponenten sind sogar als wesentliche Bestandteile des Systems zu betrachten. Ziel einer nachhaltigen Reform des österreichischen Gesundheitswesens muss es sein, auch in Zukunft allen Versicherten und Mitversicherten einen gleichen Zugang zu einer medizinischen Versorgung auf hohem medizinischen Niveau, außerdem den Ärzten bei ihrer Berufsausübung die Wahrung ihrer ethischen Grundsätze und Unabhängigkeit zu sichern. Ärzte aus medizinischer Kompetenz und Politiker aus gesundheitspolitischer Kompetenz – und nicht mehr Ökonomen – haben über das Maß der medizinischen Leistungen für die Patienten zu entscheiden.
Die Erhaltung und die Wiederherstellung der Gesundheit sind Aufgabe und Verantwortung der Ärzteschaft. Diese fühlt sich daher verpflichtet, an Reformen des Gesundheitswesens konstruktiv und als gleichberechtigter Partner mitzuarbeiten.

## II. VORSCHLAG ZUR VORGANGSWEISE:
## Neuer, pragmatischer Zugang zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems

*Österreich hat laut internationalen Befunden ein vorbildliches, hochentwickeltes Gesundheitswesen. Daher muss es nicht reformiert, sondern bloß weiterentwickelt werden.*

Grundproblem bisheriger gesundheitspolitischer Reformversuche war, dass diese von oben nach unten („Top-Down") entwickelt, verordnet, aber von den Leistungserbringern und den betroffenen politischen Instanzen (z.B. den Bundesländern) kaum akzeptiert wurden; außerdem waren diese Versuche mit einem Totalitätsanspruch ausgestattet, womit sie uferlose Grundsatz- und Detaildiskussionen auslösten. Aufgrund dieser Erfahrungen scheint es sinnvoller, koordinierte Ziele **schritt- oder phasenweise anzustreben**. Bei der Dynamik der Medizin als weltweiter „Wirtschaftszweig" wird es ohnedies notwendig sein – in Abständen von fünf bis zehn Jahren – das öffentliche Gesundheitswesen immer wieder „nachzujustieren".

Deshalb sollte der Versuch unternommen werden, in einem gesundheitspolitischen Kreislauf, das Gesundheitssystem schritt- oder phasenweise von unten nach oben („Bottom-Up") anzupassen; ausgehend von den Leistungserbringern des ambulanten Versorgungsbereiches über die Legistik wieder zurück zu den Leistungserbringern **aller** Versorgungsbereiche.

**Die Leistungserbringer des ambulanten (primären) Versorgungsbereiches sind:**

- Die Vertragspartnerebene (Krankenversicherung, Ärztekammern)
- Die Rechtsträgerebene (insbes. Spitäler für die Ambulanzen)

Auf diesen Ebenen wird die überwiegende Anzahl der Krankenbehandlungen vorgenommen: Fast 33 Millionen Gebietskrankenkassen-Fälle, geschätzte 82 Millionen Arzt-Patienten-Kontakte bei rund 7.800 Vertragsärzten im niedergelassenen Kassenbereich, über 16 Millionen Kontakte (Frequenzen) in den Ambulanzen.

Die stationäre Versorgung mit 2,4 Millionen stationären Patienten und 16,5 Millionen Pflegetagen stellt die sekundäre Versorgungsebene dar.

Die Leistungserbringer haben vertragspartnerliche Möglichkeiten und eigenständige Verwaltungs-(Verordnungs-)Dienstrechts-Kompetenzen, die es weitgehend und koordiniert zu nützen gilt.

Zur neuen Form des Regierens kommt die neue Form der gesundheitspolitischen Konzeption und Kooperation.

## NEUER LEITGEDANKE

Bei Anwendung dieses Zuganges für eine Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens sind es die Leistungserbringer des ersten und zweiten Versorgungsbereichs auf Bundes- und Landesebene, die über die Stärken und Schwächen, Vor- und Nachteile sowie Verbesserungs- und Einsparungsmöglichkeiten ihrer Versorgungsbereiche Bescheid wissen müssen und zwar abstrahiert von ihren wirtschaftlichen Interessen; denn dies sollte in einem ohnedies stark wachsenden Gesundheitswesen möglich sein und keine wirklichen Verteilungsängste auslösen!

Die Leistungserbringer müssen bereit und in der Lage sein, Analysen und Weiterentwicklungen zuerst auf Basis der geltenden Rechtslage im Rahmen ihrer Kompetenzen, darüber hinausgehend mit Änderungsvorschlägen zur Rechtslage, gemeinsam zu entwickeln.

Sie bekommen von der Regierung dafür zwei Jahre Zeit (Zwischenbericht nach einem Jahr).

Die Regierung sollte ihrerseits umgehend für die nachhaltige finanzielle Sanierung der Krankenkassen durch Tilgung der Altschulden für versicherungsfremde Leistungen sorgen.

Der zukünftige Finanzaufwand für die Patientenversorgung wird hingegen auf der Basis der von der neuen österreichischen Bundesregierung vorgegebenen Zielvorgaben von den Leistungserbringern errechnet und vorgeschlagen.

Die Gespräche der Leistungserbringer und/bzw. ihrer Vertretungen werden gleichzeitig auf Bundes- und Landesebene in einer neuen informellen aber politisch kompetenten Form geführt. Einheitlich ist nur die Zielsetzung (z.B. Spitalsentlastung, Medikamentenkosten etc.) und nicht so sehr die Gleichzeitigkeit der Ergebnisse. Die bestehende Bundesgesundheitskommission sowie die Landes-Gesundheitsplattformen sind für eine solche Konzeptionsphase nicht geeignet.
Die Ärztekammern auf Bundes- und Landesebene werden sich aktiv und kooperativ beteiligen, indem sie die Kompetenz und Akzeptanz der Ärzteschaft einbringen.

Die Leistungserbringer entwickeln sohin konkrete – von ihnen selbst umzusetzende – Maßnahmen und ein darüber hinausgehendes Konzept für die nächste Art. 15a-Vereinbarung über Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Die Vorschläge der Leistungserbringer sind an die Landesregierungen respektive an die Bundesregierung, die Landtage und den Nationalrat in Form von Gesetzesänderungen gerichtet. Der Konsens zwischen Gesetzgeber und Leistungserbringer ist von großer Bedeutung, da es ja wieder die Leistungserbringer sind, die eine veränderte Gesetzeslage anwenden müssen. Diese Vorgangsweise definiert die einzelnen Kreislaufzyklen nach den Intervallen des Art. 15a-Fianzausgleiches.

**Somit schließt sich das gesundheitspolitische Kreislaufsystem**; dieses ist mehr als andere politische Bereiche von politisch-legistischer Verantwortung, Akkordanz und Akzeptanz durch die Leistungserbringer und ihre (Berufs-)Vertretungen gekennzeichnet.

## III. FINANZIERUNG DES GESUNDHEITSSYSTEMS

**1. Primär: Kassensanierung**
**Der Bund deckt gegenüber den Krankenkassen alle an die Krankenkassen übertragenen versicherungsfremden Leistungen ab:**

- vollständige Abdeckung der Vorsteuer für Medikamente
- Erhöhung der Hebesätze für Leistungen an Pensionisten auf das kostendeckende Niveau
- vollständige Abdeckung der Leistungen bei Mutterschaft
- Ausgleich der Mindereinnahmen für Leistungen an Arbeitslose
- Abdeckung der Mindereinnahmen aus Rezeptgebührenbefreiungen und Deckelungen

**Der Bund nimmt eine vollständige Entschuldung der Krankenkassen vor, durch:**

- Nachlass aller bestehenden Kreditverbindlichkeiten
- Ankauf der Beitragsaußenstände für Betriebe, die sich in Insolvenzverfahren befinden
- Insolvenzausfallsfonds soll auch nicht beglichene Sozialversicherungsbeiträge abdecken (im entsprechend notwendigen Ausmaß moderate Anhebung der Beiträge nach Insolvenz-Entgeltsicherungsgesetz (IESG), derzeit 0,7 % bezahlt vom Dienstgeber)
- Rückzahlung der in den Jahren 2000 bis 2008 vorenthaltenen Beiträge für die nur teilweise abgedeckten Leistungen und Vorsteuern

***Die Patientensicht:***

*Die Schulden der Vergangenheit resultieren aus der Übernahme versicherungsfremder Leistungen. Um das Leistungsniveau aufrecht erhalten zu können, muss der Abfluss versicherungsfremder Mittel rückgängig gemacht werden.*
*Patienten haben ein Recht auf funktionierende, liquide Krankenkassen.*

**2. Finanzierung der Leistungen für stationär und ambulant**

Die Finanzierung der ärztlichen Leistungen soll als erste strukturelle Maßnahme aus zwei Töpfen erfolgen. Aus dem ausschließlich aus Steuermitteln finanzierten Topf des Gesundheitsfonds sollen stationäre Behandlungen bezahlt werden.
Über das ärztliche Gesamtvertragssystem (Zahlungen der Kassen aufgrund gesamtvertraglicher Vereinbarung mit Ärztekammern) soll der gesamte ambulante Bereich finanziert werden (niedergelassene Ärzte in bisherigen und neuen Organisationsformen, Spitalsambulanzen). Die öffentlichen Mittel (das sind die Sozialversicherungsbeiträge und Steuermittel), die bisher zur Finanzierung der Spitalsambulanzen verwendet wurden, werden den Kassen zur Verfügung gestellt. Im Rahmen eines „Finanzausgleiches" zwischen Kassen und Ländern sollen zusätzliche Mittel im Abtausch gegen die Übernahme stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich vom Land zu den Kassen fließen.
Es soll evaluiert werden, welche Leistung medizinisch sinnvoll wo erbracht wird (z.B. Spezialambulanzen).

***Die Patientensicht:***

*Eine Finanzierung aus zwei Händen ist überschaubar und in der ersten Phase machbar. Das stellt sicher, dass das ambulante System weiterhin leistungsfähig bleibt.*
*Eine rein staatliche Finanzierung zum Beispiel durch die Länder käme der Verstaatlichung der Medizin gleich.*
*Wenn die Länder bzw. Orden für die Errichtung der Spitäler bei den Ländern bzw. Orden zuständig sind, dann soll das auch für die Betriebsführung und deren Finanzierung gelten.*

**3. Die Sozialversicherten sollen die Wahl zwischen einem Sach- und einem Geldleistungssystem haben**

Entscheidet sich der Versicherte für ein Geldleistungssystem, bekommt er eine tariflich festgelegte Geldleistung von seiner Kasse ersetzt; der Differenzbetrag zum vereinbarten Honorar wird entweder als Selbstzahler oder durch eine Zusatzversicherung abgedeckt.
Bei positiver Annahme durch die betroffenen Versicherten und die private Krankenversicherung könnten in einem weiteren Schritt alle Einkommensbezieher über der Höchstbeitragsgrundlage zu Geldleistern werden.

***Die Patientensicht:***

*Bei dieser Erweiterung der freien Arztwahl würden im Unterschied zu Deutschland (gänzliche Ausnahme der Besserverdienenden aus der gesetzlichen KV-Pflicht) Besserverdienende nicht aus der Solidargemeinschaft ausscheiden, sondern wie bisher volle KV-Beiträge bezahlen.*
*Gleichzeitig erhalten sie aber die Möglichkeit, Kassenärzte privat in Anspruch zu nehmen.*
*Das vorgeschlagene System ist auch wesentlich sozialer als sonst diskutierte Selbstbehalte, weil es zu einer Eigenleistung nur für Besserverdienende oder für Versicherte führt, die sich freiwillig zum Geldleistungssystem entschlossen haben.*

## IV. GESUNDHEITSPOLITIK:

Die verantwortlichen Akteure im Gesundheitssystem haben gemeinsam Gesundheitsziele zu entwickeln, die bei der Finanzierung des Gesundheitssystems zu berücksichtigen sind.
Soweit es um bundesweite Ziele geht, könnte die endgültige Festlegung der Gesundheitsziele in der Bundesgesundheitskommission erfolgen; geht es um Landesziele, in den Gesundheitsplattformen.
Die Ärzteschaft (Oberster Sanitätsrat Landes-Sanitätsräte, wissenschaftliche Gesellschaften, Ärztekammern) und andere Organisationen wie der Hauptverband der Sozialversicherungsträger haben hierfür Vorschläge zu erarbeiten.
Den Landesärztekammern ist in den Landesgesundheitsplattformen Stimmrecht einzuräumen, die Beschlussfassung über die Gesundheitsziele in den Landesgesundheitsplattformen erfolgt einstimmig.

***Die Patientensicht:***

*Die Festlegung von Gesundheitszielen führt zur Einführung innovativer Leistungen und zur Notwendigkeit, diese auch zu finanzieren. Damit verbessert sich die Versorgungsqualität für die Bevölkerung.*

## V. AMBULANTER BEREICH / SPITALSENTLASTUNG

**1.** Bei Aufrechterhaltung der freien Arztwahl kommt dem Hausarzt/der Hausärztin im Wege des Vertragspartnerrechtes eine Koordinationsfunktion zu.

**2. Ärztekooperationen**

Niedergelassenen und angestellten Ärzten sind neue Organisationsformen zu ermöglichen, um sowohl fachgleich als auch fachübergreifend gemeinsam Leistungen erbringen zu können.
Dies umfasst auch die organisierte Zusammenarbeit von dislozierten Ordinationen in einem Versorgungsraum (Ärztenetzwerke), auch unter Einbindung anderer Gesundheitsberufe.

***Die Patientensicht:***

*Mit der Möglichkeit, neue Versorgungsformen zu nutzen, können außerhalb der Spitalsambulanzen wohnortnäher als bisher ambulante Leistungen angeboten werden. Weitere Zielsetzung: Erweiterung der Ordinationszeiten sowie des wohnortnahen ambulanten Leistungsangebots.*

**3.** Sofern Ärzte in vergesellschafteter Form („Ärztegesellschaften") ambulante medizinische Leistungen anbieten, dürfen nur Ärzte und allenfalls Angehörige anderer Gesundheitsberufe Gesellschafter sein. Wenn berufsfremde Investoren (Kapitalgesellschaften, Rechtsträger von KH) ambulante Versorgungsstrukturen freiberuflich tätigen Ärzten zur Verfügung stellen, dürfen solche berufsfremde Investoren nicht an der ärztlichen Berufsausübung beteiligt sein. Auch in solchen Versorgungsstrukturen dürfen daher Partner des Behandlungsvertrages nur freiberuflich tätige Ärzte und Ärztegesellschaften sein.

***Die Patientensicht:***

*Berufsfremde Investoren sind in erster Linie ihrer Rendite verpflichtet, während Ärzte neben berufsadäquaten Einkommenserwartungen aus ethischen und gesetzlichen Gründen verpflichtet sind, primär das Wohl des Patienten im Auge zu haben. Finanzinvestoren sollten daher keine Gesellschafter sein. Stellen sie Einrichtungen zur Verfügung, dürfen sie weder am Gewinn noch am Verlust der Ärztegesellschaft beteiligt sein.*

**4.** Ambulante Leistungen sind grundsätzlich durch freiberuflich tätige Ärzte außerhalb des Spitals zu erbringen; innerhalb des Spitals aber in einer von den Spitalsträgern rechtlich und wirtschaftlich unabhängigen, freiberuflichen Form.

***Die Patientensicht:***

*Ambulante Leistungen durch niedergelassene Ärzte werden wohnortnäher angeboten als in Spitalsambulanzen.*

**5.** Der gesamte ambulante Bereich (niedergelassene Ärzte in bisherigen und neuen Organisationsformen; ambulante Leistungen in Spitalsambulanzen) soll im Rahmen der Gesamtverträge zwischen Kassen und Ärztekammern geregelt werden.

***Die Patientensicht:***

*Nur wenn der gesamte ambulante Bereich einheitlich durch Gesamtvertrag geregelt ist, können Doppelgleisigkeiten in der Versorgung vermieden werden. Nur wenn über den Gesamtvertrag sowohl der Bereich der niedergelassenen Ärzte als auch jener der ambulanten Leistungen im Spital gemeinsam geregelt wird, kommt es zu einer wohnortnahen Verlagerung ambulanter Leistungen.*

**6.** Spitalsärzte sollen individuelle Kassenverträge für die Erbringung jener speziellen Leistungen erhalten, die aus zeitlichen und fachspezifischen Gründen nicht von niedergelassenen Ärzten übernommen werden können.
Dies folgt dem Prinzip, dass jede ambulante Leistung von einem Arzt in freiberuflicher Funktion erbracht wird.

***Die Patientensicht:***

*Der für spezielle Leistungen mit einem Kassenvertrag ausgestattete Spitalsarzt bezahlt eine Art Hausrücklass an das Spital und trägt damit zur Finanzierung bei. Unternehmerisch tätige Ärzte haben ein größeres Interesse an der Begrenzung der Kosten.*

**7.** Unter der Voraussetzung neuer ambulanter Versorgungsstrukturen (Ärztegesellschaften etc.) gilt:
In den Ballungsgebieten sollen Allgemeinmediziner und Fachärzte auch zu den Tagesrandzeiten ambulante Notfälle übernehmen, damit diese nicht in den Spitalsambulanzen behandelt werden müssen. Dafür haben die Kassenverträge Sorge zu tragen.

***Die Patientensicht:***

*Den Patienten sollen fachärztliche ambulante Leistungen auch im Notfall zur Verfügung stehen (ähnlich wie dies bei allgemeinärztlichen Leistungen der Fall ist).*

**8.** In Peripherieregionen soll es zu einer stärkeren personellen Verschränkung der niedergelassenen Ärzte (Allgemeinmediziner und Fachärzte) mit den Spitalsärzten kommen.

***Die Patientensicht:***

*Übernehmen Ärzte sowohl Aufgaben im Spitals-, als auch im niedergelassenen Bereich, können Personalkosten gespart werden. Außerdem bringt dies Vorteile für die Kontinuität der Patientenbehandlung.*

## VI. KRANKENANSTALTEN

**1.** Spitalsärzte sind in erster Linie für Tätigkeiten unmittelbar am Patienten heranzuziehen.
Dies erfordert eine massive Entlastung von administrativen Aufgaben.
Dokumentationstätigkeiten sollen daher in erster Linie von speziell geschulten medizinischen Dokumentationsassistenzen übernommen werden.

**2.** Das LKF-System ist nach Steuerungs- und Effizienzkriterien weiter zu entwickeln; kommt es zu Verlagerungen von Spitalsleistungen in den ambulanten Bereich, müssen auch die notwendigen Finanzmittel folgen („Geld folgt Leistung").

***Die Patientensicht:***
*Patienten brauchen Ärzte, die für sie Zeit haben*

**3.** Die Sicherung der Qualität im Krankenhaus kann nur über deutlich verbesserte Arbeitsbedingungen für alle Mitarbeiter im Krankenhaus erfolgen.
Dies gilt für die Arbeitsplatzgestaltung, die Teamorganisation und im Sinne des Arbeitnehmer- und Patientenschutzes adäquate Arbeitszeiten gleichermaßen.
Außerdem ist im Sinne des Versorgungsauftrags einer Krankenanstalt die Lenkungsverantwortung des ärztlichen Leiters gegenüber dem nichtärztlichen Bereich zu stärken.

.

***Die Patientensicht:***
*Unzumutbare Arbeitsbedingungen – insbesondere überlange Arbeitszeiten – sind eine der wesentlichsten Qualitätsgefahren in der Krankenanstalt*

**4.** Ausbau des Riskmanagements in Krankenanstalten

***Die Patientensicht:***
*Riskmanagement führt zur Verbesserung der Fehlerkultur und damit zu einer Fehlerreduktion.*

**5.** „Legistische Redimensionierung“:
5.1. Reduzierung der derzeit zehn Krankenanstaltengesetze auf ein einheitliches Bundes-Krankenanstaltengesetz. Beim Krankenanstaltenrecht soll die Gesetzgebung beim Bund, die Vollziehung bei den Ländern liegen (Art 11 B-VG).
5.2. Reduzierung der derzeit über 30 Dienstrechte auf ein einheitliches Beamten- und ein einheitliches Vertragsbedienstetenrecht für Spitalsärzte.
Die jeweiligen Gehälter sind mittels kollektiver Vereinbarungen zu regeln.

***Die Patientensicht:***

*Einheitliche Gesetzgebung spart Ressourcen, reduziert die bestehende Unübersichtlichkeit und erleichtert bundesländerübergreifendes Agieren.*

## VII. STRUKTUR DER SOZIALEN KRANKENVERSICHERUNG

Die dezentrale Struktur soll jedenfalls weiter aufrecht bleiben.

***Die Patientensicht:***

*Patienten brauchen eine Optimierung der medizinischen Leistungserbringung. Dazu ist die aktive Mitarbeit der sozialen Krankenversicherung und nicht deren Selbstbeschäftigung notwendig. Denn dies hätte die Lähmung durch Umstrukturierungsmaßnahmen zur Folge.*

Die Krankenkassen fragen medizinische Leistungen nach. Deshalb sollen sie nicht auch Leistungen anbieten. Kassenambulatorien sind daher konsequenterweise abzugeben oder in Gruppenpraxen umzuwandeln.

***Die Patientensicht:***

*Die klare Trennung zwischen Leistungsanbietern und Zahlern ist ein Gebot der Transparenz.*

## VIII. QUALITÄTSSICHERUNG

**1.** Die Einhaltung der Arbeitszeithöchstgrenzen ist die effizienteste und effektivste und daher eine primäre Qualitätssicherungsmaßnahme in Krankenanstalten.

***Die Patientensicht:***

*Patienten haben ein Recht auf ausgeruhte Ärzte.*

**2.** Die Ausbildung der Ärzte hat sich primär am aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und am internationalen Fortschritt der Medizin zu orientieren.
Dies bedeutet, dass die Finanzierung der Ärzteausbildung in Krankenanstalten und Lehrpraxen primär als Aufgabe der öffentlichen Hand anzusehen ist.
Zur Verbesserung der Ausbildung gehört eine Rotation der Turnusärzte zwischen Spitälern verschiedener Versorgungsstufen und Lehrpraxen.

***Die Patientensicht:***

*Gute Ausbildung ist eine wichtige Humaninvestition und stellt sicher, dass den Patienten auch zukünftig hervorragende Ärzte zur Verfügung stehen.*

Die Standorte der medizinischen Universitäten Österreichs müssen eine Versorgung auf höchstem medizinischem Niveau sicherstellen.
Dies verlangt eine gesicherte Finanzierung der medizinischen Universitäten für Lehre und Forschung, insbesondere nach den letzten parlamentarischen Beschlüssen.

*Medizinische Universitäten sind Top-Einrichtungen, die insbesondere Österreichs Patientenversorgung auf höchstem Niveau sicherstellen müssen.*

**3.** Die Qualitätssicherung im ärztlichen Bereich muss durch die ärztliche Selbstverwaltung erfolgen. Eingebunden werden sollen allerdings Vertreter des Ministeriums und des Hauptverbands sowie Patientenvertreter.

***Die Patientensicht:***

*Effektive Qualitätssicherung liegt im Patienteninteresse.*

**4.** Postpromotionelle Aus- und Weiterbildung sind Kernkompetenz der Ärzteschaft zur Sicherung der entsprechenden medizinischen Qualität. Eine transparente Finanzierung aus öffentlicher Hand muss sichergestellt werden.

***Die Patientensicht:***

*Patienten brauchen gut ausgebildete Ärzte.*

## IX. HEILMITTEL

**1.** Jedem Patienten müssen die notwendigen Arzneimittel ohne Einschränkung zur Verfügung gestellt werden. Der zu vergütende Preis durch die Krankenkassen wird jedoch – sofern vorhanden – mit dem Generikapreis limitiert. Gibt es für einen Wirkungskreis keine Generika, sind entsprechende Referenzpreise festzulegen, die sich am wirkungsgleichen, kostengünstigsten Originalmedikament orientieren.

***Die Patientensicht:***
*Mit einem ehrlichen Referenzpreismodell ist sichergestellt, dass jeder Patient adäquat versorgt wird.*

**2.** Eine qualitative und quantitative Steuerung der Heilmittel im niedergelassenen Bereich kann nur dann erfolgreich sein, wenn diese mit dem Verschreibungsverhalten in der Krankenanstalt harmonisiert wird. Dafür müssen entsprechende organisatorische Möglichkeiten in den Krankenanstalten geschaffen werden.

**3.** Insbesondere zur Versorgung der ländlichen Bevölkerung ist eine duale Abgabemöglichkeit für Arzneimittel durch öffentliche Apotheken und ärztliche Hausapotheken notwendig. Dem nunmehr auch verfassungsrechtlich abgesicherten Prinzip der Einarzt-Gemeinde widerspricht die Mindestdistanz zwischen ärztlicher Hausapotheke und öffentlicher Apotheke von derzeit sechs Kilometern. Dies gefährdet ganz konkret die ärztliche Versorgung in der Nachfolge von Kassenplanstellen.

***Die Patientensicht:***
Hausapotheken sichern die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum.

**4.** Darüber hinaus sollte ganz generell ein neues System in der Arzneimittelversorgung angedacht werden. Die nach mehrfach veröffentlichter Rechtsauffassung der Österreichischen Ärztekammer für alle niedergelassenen Ärzte bestehende Möglichkeit zur direkten Anwendung von Injektabilia, Infusionen, Impfstoffen etc. muss bei der Behandlung in Ordinationen umgesetzt werden.

***Die Patientensicht:***

*Dies dient der Vereinfachung und der rascheren Behandlung der Patienten. Es reduziert die Mühen für Patienten und erhöht die Arzneimittelsicherheit.*

## X. eHEALTH

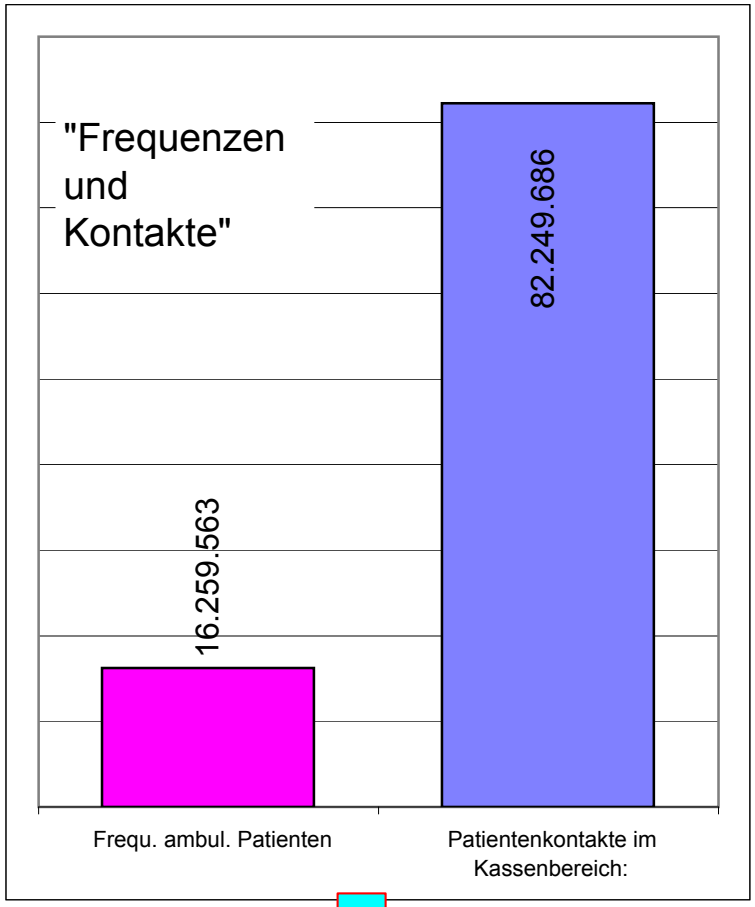
**1.** Vor der Einführung neuer e-Anwendungen ist gemeinsam mit den Leistungserbringern unter primär medizinischen Zielsetzungen eine Kosten-Nutzenrelation zu erarbeiten und die Finanzierung sicherzustellen.

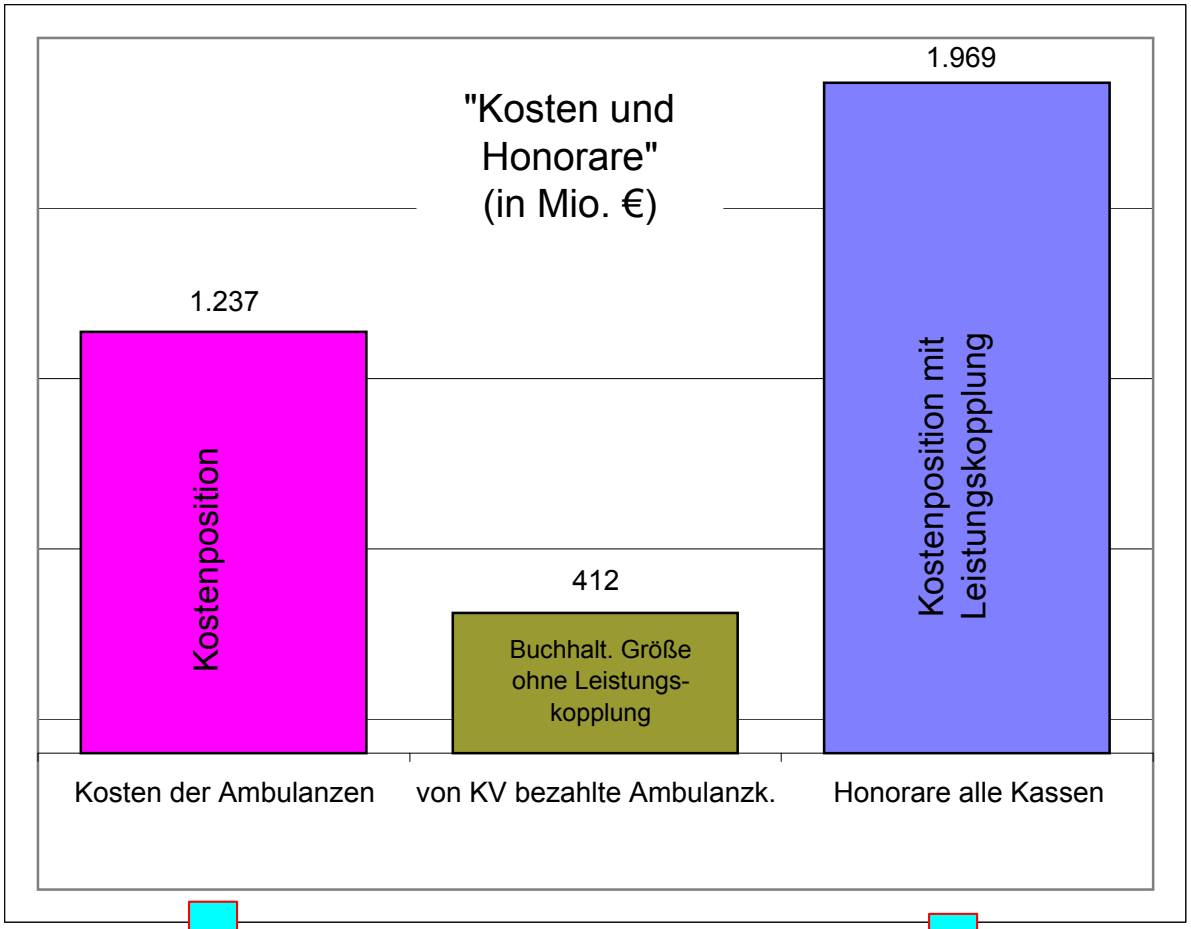
**2.** Durch eine Intensivierung des elektronischen Datenaustauschs im Rahmen von Gesundheitsnetzen (wie z.B. Gesundheitsnetz Vorarlberg, GIN etc.) können Effizienzsteigerungen erreicht werden.

**3.** Bei der elektronischen Übermittlung von Gesundheitsdaten stehen Datenschutz und ärztliche Verschwiegenheit im absoluten Vordergrund.

***Die Patientensicht:***

*Eine verstärkte Nutzung der elektronischen Datenverarbeitung kann zu Effizienz- und Qualitätssteigerung führen.*




Gut vergleichbare Größen:
Ambulanz: lt. überreg. Kostenrech.
Kassenbereich: eCard Konsultationen (Untergrenze)

Frequenz 16.259.563

Frequenz 82.249.686

| | | |
|---|---|---|
| Kosten je Frequenz (€) * | **76,1** | **23,9** |

*) der in der **Überregionalen Auswertung der Kostenrechnung 2006** publizierte Wert von **134** € wird aus methodischen Gründen hier nicht angeführt, da er auch ambulante Leistungen an stationären Patienten inkludiert.