

## Systemanalyse

In unserem Gesundheitssystem bestimmt der Gesetzgeber die Mittelaufbringung der Krankenkassen sehr strikt. Er setzt die Höhe der Beiträge an die Versicherungen fest, es sind Pflichtversicherungen, die Versicherungen sind per Gesetz zu einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik verpflichtet. Dies hat zur Folge, dass die Versicherungen mit einem fixen Budget, wechselnden Anforderungen gerecht werden müssen.

Bei den Ärzten ist die Lösung :  
fixe Stellenpläne  
Pauschalhonorarsummen für alle Ärzte gebunden an Aufkommen durch Versicherte

Die Aufteilung des Gesamtpauschales erfolgt je nach Versicherung nach unterschiedlichen Honorarordnungen.

Kapitalbindung durch Räumlichkeiten, Ausstattung, medizinische Geräte wird an die „freien“ Unternehmer ausgelagert. Auch Personalkosten werden dorthin verlagert. Gleichfalls das Risiko vermehrten Patienten- und Erkrankungshäufigkeit tragen die niedergelassenen Ärzte. Die Kosten sind rein staatsbestimmt, die Risiken trägt der „freie Markt“. **Risikausgleich innerhalb aller Ärzte minimiert das Risiko für den Einzelnen**

Eine genial österreichische Lösung – trotz einer stark regulierter Kostenstruktur (praktisch ident mit staatlichen Gesundheitssystem) wird das Milieu eines freien Marktes geschaffen – Motivation, Anpassungsfähigkeit, Investitionen Eigeninitiative wird ermöglicht. Durch den Konkurrenzschutz wird aber für die Risikoträger eine gewisse Einnahmensicherheit garantiert.

Bei den Patienten  
3 monatige Bindung an einen Allgemeinmediziner  
+ 1 Facharzt, der restliche Zugang nur über Überweisung möglich

Somit auch hier eigentlich ein sehr restriktiver Zugang, allerdings durch Ambulanzbesuch als Notfall durchbrechbar, bzw über nachlässige Handhabung der Überweisung als Steuerungselement durch die Praktiker.

## Fragen

### Fragen

Wieweit wird in den Bundesländern die Pauschalhonorarsumme gleich errechnet ?

Unterschiede in den Bundesländern ?

International : welcher Mix  
Kopfpauschale – Einzelleistung - Gehalt

Statistiken Scheine  
Allgemeinmedizin, Fachärzte ,  
Überweisungen , Ambulanzbesuch  
mit und ohne Überweisung???.  
+ Geldflüsse  
International : Aufteilung Finanzen ,  
niedergelassen, AM, FÄ, Spital  
(amb,stat.)

Bedroht ist das System durch

Im niedergelassenen Bereich

1. Zunahme des Wissens und der Therapiemöglichkeit = Fortschritt der Medizin – Kosten !!!
2. Bevölkerungsentwicklung
3. neue teurere Medikamente mit EBM Studien, verdrängt werden billigere, ältere Therapien die keine so aufwendigen und kostenintensiven Studien aufweisen können.. D.h. auch starke Abhängigkeit von der Pharmaindustrie – angebl. EU Richtlinie Studie nur dann möglich , wenn ein Sponsor vorhanden ist.
4. Ständige Erhöhung der Standards, das Verlangen „übernormaler Werte“ zB RR 120/80 für alle,  
**Relevanz medizinischer Richtlinien**
5. zahlreiche Wahlärzte hoher Output an Medizinern
6. starke biochemische Sicht der Medizin, altes Wissenschaftsmodell. Wenig systemische Sicht ( Regulationsmodelle etc.), wenig Psychosomatik, wenig Salutogenese
7. zwar viel Aufklärung der Patienten, eher mit Darstellung aller Gefahren – führt zur Verunsicherung – vermehrten Drang zur Abklärung – Medikalisierung ---- wenig Anleitung zur Selbsthilfe
8. Kultur des Umgangs mit Krankheit und Tod. – kostenintensivste Phase 6 Monate vor Tod

Im stationären Bereich

1. Strukturkonstanz, trotz sinkender Verweildauer, durch Schaffung neuer Angebote ( Ambulanzen, Gesundheitszentren ) zur Sicherung von Finanzen , Personal, Einfluß etc.
2. Krankenhäuser als Prestigeobjekte der Politik.....
3. Tendenz jedes Systems vorhandene leere Betten zu füllen.<sup>1</sup>
4. Somit starke Sogwirkung in den stationären und intramuralen ambulanten Bereich
5. weiter relativ unverminderter Geldzufluß zu Lasten der anderen Systeme ( auch der Primärversorgung)

ad 2. Alterstruktur in den Vergleichsländern , uu mit Risikoprofilen, Morbidität Mortalität

ad 3. Pharmaunabhängige Forschungsinstitute

ad 5. Zugangsregelungen Studium, Anstellung Arzt bei Arzt

ad 6. Einbindung komplementärer Methoden, Bewertung des Gesprächs der Zuwendung

ad 7. Ausbau Public health ?  
Gesundheitsinformation, Schulung ?  
Andere Gesundheitsberufe ?  
Ad 8. Hospizbewegung ?

In Schweden Abbau von 30% der Spitalsbetten in den letzten 5a , in den Gesundheitszentren fehlen 1500 Ärzte , keine Verlagerung der Mittel<sup>1</sup>

Erfolgte Bettenabbau ? , Wie erfolgte die Verlagerung der Finanzierung ?

**Finanzierung und Planung aus einer Hand ist richtig, jedoch ist auf die Trennung auf Anbieterseite zu achten, sonst Interessenskollision.**

**Politisch machbar? Bei den Länder und Bundesfonds nicht gewährleistet. Die GKK verwaltet dzt schon 60% der Gelder, und hat Knowhow, würde Sie die gesamte Finanzierung in die Hand nehmen, wäre diese Problem gelöst und eine Ordentliche Struktur geschaffen**

## Finanzierung

Versicherungsprinzip ? - Finanzierung aus Steuergeld ?  
Versorgungsauftrag – welche Aufgaben

Pauschal vs Einzelleistung  
Selbstbehalte

## Honorarkataloge

Welche Leistungen werden im Mischsystem gezielt gefördert  
Kriterien der Pauschalierung – pro Kopf ? Strukturpauschale? EW Zahl ? zb für weniger dicht besiedeltes Gebiet

Kriterien bzw . Bewertung der Einzelleistung

Persönliche Leistung, Zuwendung	zB. Ärztl. Gespräch	Pos 19
Koordination	zB. Schnittstellenmanagement	Pos 13
Technik	zB. EKG	
Labor		
Visite		
Komplementäre Methoden		

Mögliche Zusatzeinkommen: andere Stellung ? Privatleistungen – kassenfreier Raum

Demographische Daten – Geschlecht Altersstruktur zB 0-25, 25-50, 50- 75 , > 75  
Verteilung der Bevölkerung Ballungsräume - Einzellagen  
Nach Bevölkerungsdichte (kleinräumig) – EW Größe der Orte

Wieviel EW / Allgemeinmediziner bzw pro Praxis  
Verhältnis AM / FÄ – inkl Kostenanteile + Anteil Spital ambulant / stationär

In Ö pauschalierte globale Honorarsumme . Die Aufteilung der Honorare unter den Ärzten erfolgt in jedem Bundesland nach anderen Kriterien. Es bietet sich somit hier die Möglichkeit eines einzigartigen Feldversuchs, 9 verschiedene Mischsysteme mit verschiedener Gewichtung von Pauschale/ Einzelleistung analysieren zu können. Verteilung der Leistung im niedergel.Bereich, uu Folgekosten FÄ, Spital Ambulanzen .....

Aku in OÖ ?, Studie Connert?

Verfälschung Touristen ?  
ZB Wintersport  
In Tirol angebl. wichtiges  
Zusatzeinkommen

## Kooperation und Unterstützung :

Die Zeiten des Hausarztes als Einzelkämpfer sind vorbei. Das Aufgabengebiet ist mittlerweile so groß geworden, das Wissen so umfangreich, dass ein Einzelner nicht alle Aufgaben bewältigen kann.

Unterstützung und Kooperation sind unbedingt erforderlich.

Es bestehen mehrere Möglichkeiten : Gruppenpraxen, Partnermodelle ( 2 AM) , Modelle mit multiprofessionellen Ansatz. Bildung von Netzwerken . Kultur der interprofessionellen Zusammenarbeit ?

Der Grad der Weiterüberweisung kann einerseits Zeichen der Kooperation ( gezielt) oder der Überforderung sein ( schrottschussartig, Aktionismus aus Unsicherheit.)

## Zugang

Der Zugang zur Primärversorgung muß niederschwellig sein. Dies gilt für die Lage . Wohnortnähe ist immer wieder gefordertes Kriterium.

Die Erreichbarkeit gilt auch in zeitlicher Hinsicht. Wie sind die Öffnungszeiten bzw Arbeitszeiten.

Strukturierung der Arbeitszeit für Visiten, zeitaufwändige Gespräche oder Untersuchungen ist notwendig. Bei Bestellsystemen in der AM wird in der Regel alles , was an Anmeldungen hereinkommt am selben Tag abgearbeitet , oft bis weit über die offizielle Öffnungszeit hinaus. Eine Hürde für den Patienten stellen oft überlange Wartezeiten dar.

Wichtig ist das Ausmaß des Bereitschaftsdienstes.

In welcher Form, findet  
Zusammenarbeit statt – inder Praxis

Zentral/dezentral

Erhebung Arbeitszeit?  
Öffnungszeit?

Bestellsysteme?

---

**<sup>1</sup> Use of hospitals, physician visits, and hospice care during last six months of life among cohorts loyal to highly respected hospitals in the United States.** John E Wennberg, et al.: BMJ 2004; 328: 607.

---

In dieser retrospektiven Kohortenstudie über die Nutzung von Ressourcen des Gesundheitssystems für Patienten während ihrer letzten 6 Lebensmonate wurden von einem US-amerikanischen Forscherteam die Stammdaten des US- Medicare- Programms gesichtet.

Die untersuchten Kohorten erhielten den größten Teil der stationären Pflege in 77 Spitälern, die im Jahr 2001 in einem Report über „die Besten Krankenhäuser“ für Herz- und Lungenkrankheiten, Krebs und Geriatrie gelistet waren.

Die Autoren stellen fest, dass die Nutzung von Ressourcen für die letzten Lebensmonate in Spitälern mit großer nationaler Reputation erstaunlich unterschiedlich ist.

Dazu ein Kommentar von David J Hunter: Die Ergebnisse von Wennberg und seinen Kollegen seien weder einzigartig noch auf die USA beschränkt. Es sei ein ehernes Gesetz in der Gesundheitspolitik, dass das Angebot die Nachfrage bestimmt. Sobald freie Betten vorhanden sind, werden Patienten gefunden, um diese zu füllen, ungeachtet der Notwendigkeit einer solchen Massnahme.

---

Nachzulesen

unter: <http://www.oegam.at/c1/page.asp?id=253>

<sup>i</sup> Gesundheit als Teamwork Ärztemagazin 1-3/2004 16.1.2004-03-26