



# Gesundheitsreform – verschiedene Wege vom IST zum SOLL

## 4. Teil: Ambulantes Versorgungsmodell einer Region

### Modellansatz

Um Veränderungen möglichst objektiv bezüglich ihrer möglichen Auswirkungen beurteilen zu können, ist die Abbildung von Zusammenhängen und die Zuweisung von konkreten (numerischen) Größen zu wesentlichen Parametern notwendig. Dabei wird auch offensichtlich, welche Einflussfaktoren tatsächlich gemessen und welche nur geschätzt werden können. Auch die Bandbreiten sowohl der Messungen als auch der Schätzungen werden erkennbar.

Jede derartige Darstellung stellt nur eine vereinfachte Abbildung der Wirklichkeit dar und wird Modell genannt. Der Erkenntnisgewinn bei diesem Vorgehen liegt vor allem darin, dass bei komplexen (auch bei komplizierten) Systemen durch eine Vereinfachung ein besserer Überblick gewonnen werden kann und durch eine Sensitivitätsanalyse – das Berechnen verschiedener Szenarien mit unterschiedlichen Parameterwerten aus den Bandbreiten – erkennbar wird, welche Einflussfaktoren das Ergebnis jeweils wie stark bestimmen.

Der vorgestellte Modellansatz beruht auf der persönlichen Analyse der laufenden Diskussionen und stellt keineswegs eine abgestimmte Entwicklungsvariante oder eine konsensuelle Meinung einer Gruppe dar. Die persönliche Analyse hat ergeben, dass aufgrund

der Komplexität und der damit inhärenten Unsicherheiten ein Modellansatz erforderlich ist, um bestimmte sonst nicht offengelegte Sichtweisen und Einschätzungen durch die erfolgende Parametrisierung transparent zu machen und einer Diskussion zuzuführen.

### Datenbedarf

Für die Ist-Darstellung einer Region werden verschiedene Informationen als Grundwerte benötigt. Für eine Region wird dabei Folgendes benötigt:

- Beschreibung der Bevölkerung (und eventuell der zu erwartenden Veränderung in der Zukunft)
- Derzeitige Versorgungsinfrastruktur
- Leistungsanspruchnahme
- Eigenversorgung
- Fremdversorgung
- Epidemiologie (falls eine krankheitsbezogene Versorgungsplanung vorgesehen wird)

Weitere Informationen können zu einer Erweiterung des Modells einbezogen werden. Dazu gehören sozioökonomische Charakteristika der Wohnbevölkerung, geografische Informationen über die Verteilung der Bevölkerung und der Leistungserbringer, dadurch entstehende Wegzeiten und Informationen über andere Gesundheitsdiensteanbieter (GDAs).



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

## Ziele der Gesundheitsreform

In der Diskussion über die Gesundheitssystemreform werden die unterschiedlichsten Zielsetzungen genannt. Manche widersprechen einander und es soll daher eine – keineswegs vollständige – Liste von Zielen dargestellt werden, damit bei der Beurteilung von Veränderungsszenarien die zu erwartenden Ergebnisse mit Bezug auf diese Ziele bewertet werden können. Die Bewertung sollte dabei nach unterschiedlichen Interessenlagen getrennt erfolgen. So ist z. B. die Sicht der Patienten, der GDAs (eventuell getrennt nach Berufs- oder Fachgruppen oder danach, ob sie aus dem niedergelassenen oder stationären Bereich kommen), aber auch die Sicht der systemverantwortlichen Stakeholder (BMG, Bundesländer und Sozialversicherung) zu erheben und die Bewertung darzustellen.

### „Mein Hausarzt“

Von einem Teil der Patienten wird eine personenzentrierte Betreuung mit einer guten Arzt-Patienten-Beziehung gewünscht.<sup>1</sup> Dies entspricht zumindest teilweise der traditionellen Vorstellung von der Einzelordination – beim Fach Allgemeinmedizin damit dem „Hausarzt“. Anderen Organisationsformen wird dabei eine „unpersönliche“ Betreuung und eine „Fließband-Medizin“ unterstellt. Eine qualitative Untersuchung der Patientenperspektive zeigt dabei allerdings ein differenzierteres Bild. Die quantitative Verteilung der Erwartungshaltungen und ihre Abhängigkeit von anderen Eigenschaften der Personen sind leider nicht bekannt.

### Ausgedehnte Erreichbarkeit

In dieser Zielsetzung wird einerseits die regionale und andererseits die zeitliche Erreichbarkeit diskutiert. Bei der zeitlichen Erreichbarkeit ist nochmals zwischen Öffnungszeiten und allfälligen Wartezeiten auf Termine zu unterscheiden. Klar erkennbar ist hier, dass dieses Ziel mit dem Anspruch auf personenzentrierte Betreuung in einem Spannungsfeld steht. Auch Fragen der Spezialisierung und der Dringlichkeit und damit der „zumutbaren“ Wartezeiten sind hier zu berücksichtigen.

### „One Stop Shop“

Damit wird der Wunsch nach einer möglichst umfassenden und abschließenden Betreuung an einer Stelle und/oder bei einem Kontakt ausgedrückt. Das Spannungsfeld zu Spezialisierung, Qualität, Mindestfallzahlen und regionaler Erreichbarkeit ist offensichtlich.

## Spezialisierung

Mit zunehmender Spezialisierung nimmt die Fallzahl ab. Spezialisierung ist möglich als fachliche Spezialisierung, Spezialisierung auf bestimmte Leistungen oder Krankheitsbilder. Jedenfalls ist eine abnehmende Erreichbarkeit, eine Fragmentierung der Betreuung und eine Verteilung auf verschiedene Stellen und Zeiten zu erwarten.

### Koordination – Lotsenfunktion, geschlossene Versorgungsketten

Dieses Ziel versucht eine Antwort auf die zuvor beschriebenen Folgen der zunehmenden Spezialisierung der medizinischen Betreuung zu geben. Diese Koordination ist einerseits innerhalb einer Organisation, aber besonders zwischen verschiedenen, voneinander unabhängig agierenden GDAs erforderlich. Innerhalb von kleinen Organisationen reichen möglicherweise die gemeinsam verwendete Dokumentation und implizit vereinbarte Ablaufregeln. Mit zunehmender Größe einer Organisation – mehr beteiligte Personen, verschiedene Lokationen – muss die interne Koordination, z. B. im Sinne eines Qualitätsmanagements, professionalisiert werden und benötigt daher entsprechende Ressourcenzuweisungen.

Koordination zwischen unabhängig agierenden GDAs wird manchmal in informeller Art versucht, funktioniert in dieser Form allerdings nicht verlässlich. Wird die Koordination professionalisiert, wird sie von einigen Partnern als „Bürokratie“ empfunden und abgelehnt, da dabei jeweils Arbeit für andere erbracht werden muss.

### Datenschutz versus Privacy

Dieses Thema wird gerade im Zusammenhang mit der oben erwähnten „Bürokratie“ diskutiert. Die Arbeit und die möglichen Vorteile sind bei einer gemeinsamen oder organisationsübergreifenden Dokumentation ungleich verteilt.<sup>2</sup> Die Versuche, alle möglichen Aspekte und Konstellationen zu regeln, führen zu für die Praxis ungeeigneten Systemen. Um so schwieriger wird dann auch eine individuelle oder lokale Regelung, die Koordination und Zusammenarbeit bei zunehmender Spezialisierung und Fragmentierung der Betreuung unterstützt. Standardisierung der Dokumentation und Kommunikation ist aus Gründen der Qualität und der Wirtschaftlichkeit jedenfalls erforderlich. Sie ist auch eine Voraussetzung für Transparenz und informierte Auswahl von Leistungsanbietern durch Patienten.

Die Ziele widersprechen einander – kein Ziel ist vollständig erreichbar.

1 Erwartungen an die Primärversorgung – die Patientenperspektive; Schmid et al.; [www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10007.750109&action=2&viewmode=content](http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10007.750109&action=2&viewmode=content); zuletzt abgefragt am 8.4.2015.

2 Krankenhausaufenthalte infolge unerwünschter Arzneiwechselwirkungen – ADE2; Dorda et al.; [www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.566576&action=b&cacheability=PAGE&version=1391184728](http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.566576&action=b&cacheability=PAGE&version=1391184728); zuletzt abgefragt am 21.3.2015.

Veränderungen schaffen  
„Gewinner“ und „Verlierer“.

### Qualität

Die Sozialversicherung ist verpflichtet eine „ausreichende“ Versorgung sicherzustellen. Dazu gehört u. a. auch der Aspekt der Qualität. Während sich Strukturqualität noch relativ einfach vergleichen lässt, ist die Frage, wie man die Qualität von Prozessen oder Ergebnissen vergleicht, bisher methodisch nicht restlos gelöst. Auch ist gerade für die Messung von Ergebnissen häufig eine sehr lange Beobachtung erforderlich und der direkte, ursächliche Zusammenhang unklar. Jedenfalls wünschenswert ist eine transparente und vergleichbare Beschreibung verschiedener GDAs, damit Patienten sich informieren und auch auf Grundlage dieser Informationen entscheiden können. Diese Aufgabe müssten, so eine oft gestellte Forderung, Stellen wahrnehmen, die ausschließlich das Interesse der Patienten im Auge haben. Können andere Interessenlagen unterstellt werden, so verliert die Darstellung an Glaubwürdigkeit und Akzeptanz.

### Wirtschaftlichkeit

Die gesamte Gesundheitsreform ist auf eine nachhaltige Sicherstellung eines solidarischen Gesundheitssystems ausgerichtet. Veränderungen – wie die „Aufwertung“ oder „Entlastung“ eines Bereichs – führen jedenfalls zu (relativen) „Gewinnen“ oder „Verlusten“ anderer Bereiche. Jeder Gewinner sieht seine bisherigen Forderungen damit als gerechtfertigt an und jeder Verlierer erlebt eine Ungerechtigkeit. Selbst bei finanzieller Ausgeglichenheit wird in einem Veränderungsprozess oft ein Autonomieverlust betreffend die Entscheidung, was nunmehr neu umzusetzen soll, beklagt.

### Multiprofessionelles und umfassendes Leistungsangebot

Die zunehmende Spezialisierung erschwert es, alles wohnortnahe vorzuhalten. Jede Ausprägung einer Spezialisierung reklamiert einen exklusiven Einsatzbereich und eine hohe Priorität des eigenen Leistungsangebots. Diese Argumente können auch mit Fallbeispielen meist gut argumentiert werden. Es ist eine der undankbarsten Aufgaben der Gesundheitspolitik, in diesem Spannungsfeld von einerseits Wich-

tigkeit und Bedarf und andererseits Ressourcenverfügbarkeit und objektiver (epidemiologisch begründeter) Notwendigkeit Entscheidungen zu treffen.

### Proaktives Handeln und Wahlfreiheit (des GDAs und/oder der Versorgungsebene)

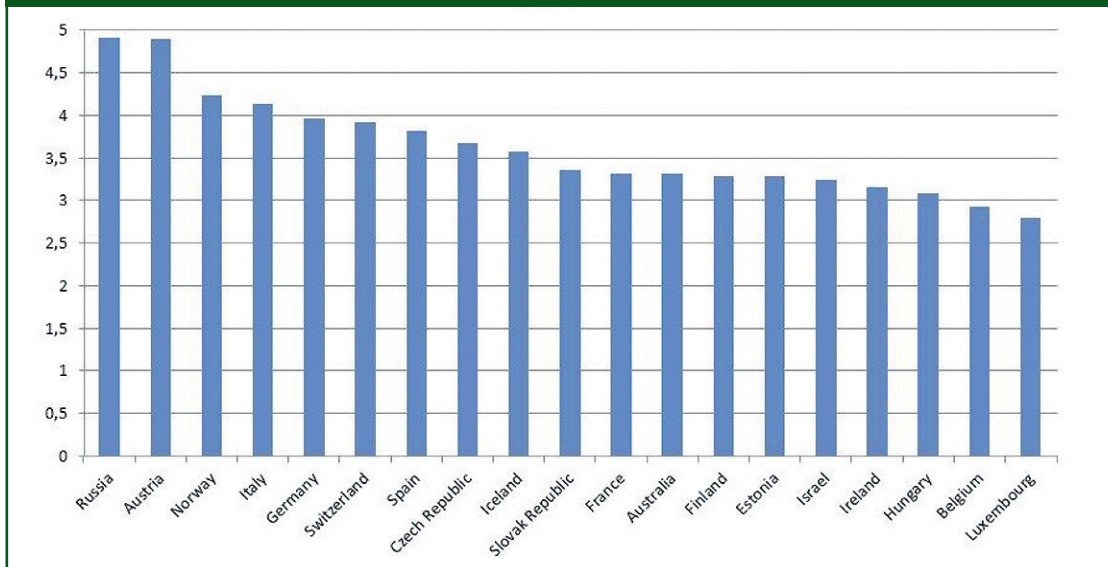
Derzeit ist das österreichische Gesundheitssystem überwiegend individualistisch und nachfrageorientiert ausgerichtet. Mit einer Veränderung in die Richtung der Vorsorge, der Interventionen auf Ebene der Bevölkerung im Sinne einer Public-Health-Orientierung wird dem Gesundheitssystem eine aktive Vorgehensweise zugeordnet. Damit soll nicht die persönliche Entscheidungsfreiheit reduziert, aber doch den Institutionen das Recht oder auch die Pflicht für ein direktes Anbieten und Nachfragen/Kontrollieren zugeordnet werden. Dies wird für Bevölkerungsgruppen mit bisher schlechtem „Systemzugang“ zu Verbesserungen führen, von bisher „privilegierten“ Gruppen hingegen als Bevormundung, unzulässige Einmischung oder im Falle von Reglementierungen des Zugangs zu medizinischen Leistungen als Verschlechterung der Wahlfreiheit und Autonomie empfunden werden.

### Regionaler Modellansatz

Ausgehend von einem Ist-Zustand hat ein Modell die Aufgabe, verschiedene Veränderungen und die daraus resultierenden zukünftigen Zustände abzubilden. Dazu ist eine Vereinfachung auf für die Fragestellung wesentliche Aspekte erforderlich. Ausprägungen des Ist-Zustandes sollen soweit möglich einer Messung zugänglich sein. Zusammenhänge zwischen Messgrößen sind als Parameter ebenfalls erforderlich, wobei eine Messung meist nicht möglich ist und daher Meinungen und Abschätzungen mit den damit verbundenen Unsicherheiten verwendet werden müssen. Diese Unsicherheiten sind im Sinne einer Sensitivitätstestung bezüglich ihres Einflusses auf die Berechnung von Szenarien zu untersuchen.

Für den vorliegenden ersten Modellentwurf wird bewusst darauf verzichtet, die Parametrisierung aus einer konsistenten Datenbasis zu gewinnen. Die Ergebnisse sind daher nicht direkt verwendbar, sondern sol-

Abb. 1: Ärztezahlen pro 1.000 Einwohner, Stand 2012



len nur eine Diskussion und Validierung der Modellstruktur ermöglichen. Auf Inkonsistenzen wird ebenso hingewiesen wie auf Vereinfachungen im Sinne von Ockhams Rasiermesser.

Ausgangspunkt ist dabei jedenfalls die Tatsache, dass Österreich im internationalen Vergleich eine sehr hohe Ärztedichte, aber eine geringere Versorgungsdichte mit anderen Gesundheitsberufen aufweist (vgl. Abb. 1).

Als Information dazu wird diese Darstellung der Ärztezahlen pro 1.000 Einwohner aus der OECD-Datenbank angeführt. Diese Vergleiche können zwar bezüglich der exakten Zahlen diskutiert werden, als Richtschnur für die Diskussion der sinnvollen Veränderungen ist daraus abzuleiten, dass keine Erhöhung der Versorgungsdichte erforderlich ist.

### Modellregion

Als Modellregion wird Osttirol ausgewählt. Dies deshalb, weil Versorgungsregion und Bezirk zusammenfallen und damit eine regionale Gliederungsebene wegfällt. Weiters haben vorhergehende Untersuchungen<sup>3</sup> gezeigt, dass diese Region einen hohen „Selbstversorgungsanteil“ durch die eigene Infrastruktur aufweist. Die Infrastrukturdichte entspricht dabei etwa dem österreichischen Durchschnitt und es handelt sich um eine überwiegend ländliche Region, welche von den demografisch bedingten Veränderungen (Pensionierung der „Babyboomer“ bei den GDAs) besonders betroffen sein wird. In der Region existiert auch nur ein Krankenhaus, sodass Einflüsse aus diesem Bereich ebenfalls leichter bewertbar erscheinen.

Laut Registerzählung 2011 der Statistik Austria hatte Osttirol 49.319 Einwohner.

### Szenarien

Es werden zwei zusammenhängende Szenarien untersucht. In einem ersten Schritt wird ausgelotet, welche Möglichkeiten der „Stärkung der Primärversorgung“ bestehen, wenn Leistungen und die damit verbundenen Finanzvolumina von der fachärztlichen in die primäre Versorgungsebene verlagert werden. Ob die – aufgrund der Spezialisierung – notwendigen fachärztlichen Leistungen in der Folge weiterhin in der Organisationsform von Einzelordinationen erbringbar sind, kann nur in Form einer Diskussion angeschnitten werden.

Im Zusammenhang mit der Frage der Primärversorgung wird als zweite Veränderungsmöglichkeit die Übertragung von derzeit dem Fach Allgemeinmedizin zugeordneten Tätigkeiten an GDAs anderer Berufsgruppen vorgesehen. Dabei wird zusätzlich zur Übertragung derzeitiger Aufgaben auch deren Ausweitung – wie es eine Public-Health-Orientierung erfordert – zu diskutieren sein. Diese Übertragung kann einerseits bereits auf den Ist-Stand angewendet werden, wird aber von besonderem Interesse sein, wenn Leistungsverlagerungen von der fachärztlichen Versorgungsebene bewältigt werden müssen.

### Versorgungsinfrastruktur

Die Versorgungsinfrastruktur wird analog der Darstellung im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) aus REGIONMED – der Sammlung und Aufbereitung aller Informationen zur Versorgungswirksamkeit im extramuralen Bereich – bezogen.

Damit ergibt sich für den niedergelassenen Bereich eine Ärztedichte von 1,3 Vertragsärzten pro 1.000

<sup>3</sup> Die kleinräumige Versorgungsforschung in Österreich; Abbildungen 22 und 24, Seite 41 und 43; [www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10007.731786&action=2&viewmode=content](http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10007.731786&action=2&viewmode=content); zuletzt abgefragt am 8.4.2015.

Akteure		Vertragsärzte (Verträge)	Vertragsärzte (AVE)	Wahlärzte (AVE)	Niedergelassene Ärzte (AVE)	Spitalambulanzen (AVE)	=Summe (AVE)	Bandbreite
Am	01	25	22,1	0,2	22,2	2,8	25,1	16,9 : 31,3
AU	03	3	2,1	0,3	2,5	0,0	2,5	2,0 : 3,7
CH	04	0	0,0	0,0	0,0	1,8	1,8	1,9 : 3,5
DER	05	2	1,9	0,0	1,9	0,0	1,9	1,4 : 2,6
GGH	06	3	3,1	1,3	4,4	0,0	4,4	2,7 : 4,9
IM	07	4	3,7	0,5	4,2	3,7	7,8	3,7 : 6,8
KI	08	3	1,9	0,5	2,3	0,0	2,3	1,9 : 3,5
HNO	09	2	1,4	0,0	1,4	0,0	1,4	1,3 : 2,4
PUL	10	1	0,8	0,0	0,8	0,0	0,8	0,7 : 1,2
OR	12	1	0,2	0,2	0,3	0,0	0,3	1,5 : 2,7
UC	15	0	0,0	0,0	0,0	2,9	3,0	1,5 : 2,8
URO	16	2	1,9	0,0	2,0	0,0	2,0	0,9 : 1,8
ZMK	17	19	18,4	1,9	20,3	0,0	20,3	12,0 : 22,2
NEU	19	1	1,1	0,0	1,1	0,0	1,1	1,0 : 1,9
PSY	20	1	0,9	0,0	0,9	0,0	0,9	0,9 : 1,6
KJP	32	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0 : 0,0
<b>Gesamt</b>		<b>67</b>	<b>59,3</b>	<b>5,0</b>	<b>64,4</b>	<b>11,3</b>	<b>75,6</b>	<b>50,0 : 92,9</b>

Einwohner. Nicht vergessen werden darf dabei für den Vergleich mit den Zahlen der OECD, dass Wahlärzte und Spitalsärzte noch dazukommen.

Da Vertragsärzte sehr unterschiedliche Leistungsmengen erbringen, wird eine Gewichtung anhand der durchschnittlichen Anzahl der e-Card „Quartals-Erstkontakte“ vorgenommen. Als Ergebnis wird in der Darstellung der Rechenwert der „ambulanten Versorgungseinheit“ (AVE) verwendet. Bei den Wahlärzten wird für die Bewertung der Versorgungswirksamkeit das zur Kostenerstattung eingereichte Honorarvolumen herangezogen. Die laut Meldung der Krankenanstalten auf den Kostenstellen der Ambulanzen zugeordneten Vollzeitäquivalente werden nach den gemeldeten Frequenzangaben gewichtet. Diese Vorgangsweise hat sich als geeignet erwiesen, regionale Vergleiche anzustellen. Sie ist allerdings nicht geeignet, Vergleiche zwischen Fachgruppen anzustellen oder Organisationsänderungen im Versorgungssystem zu untersuchen. Dazu müssen diese Größenordnungen in vergleichbare Abbildungssysteme umgerechnet werden. Dabei wird über das Übergangssystem „Geldwert“ versucht, eine Abschätzung von „Betriebskosten/Sachinvestitionen“, „Zeitvolumen Arzt“ und „Zeitvolumen anderes Personal“ vorzunehmen. Dazu werden wiederum zwecks Vereinfachung viele Aspekte einer Kostenrechnung außer Acht gelassen und es ist zu beachten, dass die angesetzten Schätzwerte lediglich als Ausgangspunkt für die Diskussion der realen Bandbreiten dienen.

Als Wertmaßstab kann der „Geldwert“ eingesetzt werden. Dabei wird in einem ersten Schritt – zur Vereinfachung werden die Zahlen aus der Spalte „Summe AVE“ weiterverwendet – diese Anzahl der Versorgungseinheiten mit dem durchschnittlichen fachspezifischen Umsatz (aus der Ärztekostenstatistik 2012 – Beträge pro Arzt in Euro inkl. Mutter-Kind Pass und Vorsorge-Untersuchung) multipliziert. Grundsätzlich kann dabei entweder der „Österreich-

Umsatz“ oder der „Tirol-Umsatz“ verwendet werden. Da als Region Osttirol gewählt wurde, wird mit dem „Tirol-Umsatz“ gerechnet.

Dieser Umsatz pro Fachgebiet wird entsprechend der Annahme einer Umsatzverteilung zu 50 Prozent auf den Arzt als „Ordinationsinhaber“ (auch wenn Vollzeitäquivalente aus den Krankenhausambulanzen mitgerechnet werden), zu 50 Prozent auf „Ordinationskosten“ und diese wiederum jeweils zur Hälfte (= 25 Prozent des Umsatzes) auf „Personalkosten“ und „Sach-/Betriebskosten“ aufgeteilt. Es ist klar, dass diese Aufteilung sowohl zwischen Fachgruppen im Durchschnitt als auch zwischen einzelnen realen Ordinationen beträchtlich variieren kann.

Diese „Geldwerte“ gilt es nun mit „Zeitvolumina“ in Verbindung zu setzen. Dazu wird einerseits auf eine Ordinationszeitenerhebung aus Vorarlberg zurückgegriffen, welche zeigt, dass die offiziellen Ordinationszeiten den vertraglich vereinbarten Mindestordinationszeiten entsprechen und andererseits im Sinne eines Bandbreitenmodells der zeitliche Aufwand zusätzlich zur Ordinationszeit geschätzt. Dabei wird für das Fach Allgemeinmedizin aufgrund der Visitentätigkeit ein wesentlich höherer zusätzlicher Zeitaufwand angenommen als für die Fachärzte. Der zusätzliche Zeitaufwand dient zur Abdeckung der notwendigen Fortbildung, des Organisationsaufwands und der Teilnahme an Bereitschaftsdiensten bzw. der Visitentätigkeit. Andere Tätigkeiten, welche gerade im Facharztbereich vermehrt anfallen, wie Tätigkeit als Belegarzt, Gutachter oder angestellte Tätigkeiten werden hier nicht berücksichtigt, da sie für die kurative Versorgung der Bevölkerung nicht wirksam sind. Das Ausmaß dieser anderen Tätigkeiten bewirkt aber, dass die vertragliche Ordinationstätigkeit im Einzelfall gleichsam als Teilzeitarbeit betrieben wird. In anderen Einzelfällen, wo die Tätigkeit als Vertragsarzt die einzige Einkommensquelle darstellt, werden hingegen Ordinationszeiten erbracht, die weit über das vertraglich geforderte Ausmaß hinausgehen.

**Unterschiedliche  
Messgrößen werden  
über den Wert „Geld“  
vereinfacht verglichen.**

Damit stellt dieser Teil des Modells einen Bereich dar, der weiterer intensiver Diskussion bedarf.

Mit diesen Annahmen lässt sich ein Wert einer „Ordnungsstunde“ berechnen. Legt man Gehaltsschemata (Dienstordnung der Sozialversicherung) aus dem angestellten Bereich (z. B. aus APA-Meldungen zur aktuellen Entwicklung im Zusammenhang mit dem Spitalsärzte-Arbeitszeitgesetz) für Ärzte und Pflegepersonal zugrunde, so lässt sich auch die Leistungserbringung in anderen Organisationsformen – Versorgungszentren als Krankenanstalten – abschätzen. Die Schätzung der „Lohnnebenkosten“ birgt dabei auch ein Diskussionsfeld. Die gesetzlich definierten Abgaben aufgrund eines Bruttogehalts lassen sich relativ leicht fassen. Andere organisationsinterne Kosten führen dazu, dass eine zu diskutierende Schätzung hier ebenfalls als geeigneter Zugang gewählt wird.

Damit sind die Grundannahmen für das Rechenmodell beschrieben und können als Grundlagen für die Diskussion von Substitutionspotentialen bzw. die Auswirkung von Änderungen der Organisationsform verwendet werden. Diese Änderung der Organisationsform ist ein internationales Phänomen und entspringt einerseits geänderten Anforderungen und Möglichkeiten im Gesundheitssystem und andererseits geänderten Lebensentwürfen der GDAs. Als Beispiel sei ein Text aus dem Economist<sup>4</sup> zitiert:

*According to the Nuffield Trust, a research group, the number of one-doctor practices almost halved between 2006 and 2013. During the same period, the number of practices with 10 or more GPs, increased by 76 %. There are several reasons for this change. Bigger practices are much better able to manage new training requirements and regulation expenses. An ageing population is meanwhile increasing demand, while funding has not kept up. Only large clinics can absorb the costs. Portsdown Group Practice, a thriving surgery with 23 doctors arranged over six premises in the south of England, is already aiming to open seven days a week. Four smaller practices nearby have reached the point of going under and been absorbed by their expanding neighbour.*

*Small surgeries are finding themselves short staffed, too, as jobs at the bigger practices become more attractive to worn-out doctors. “I haven’t met a single GP who has reached the age of 40 who isn’t extremely pissed off with their job”, says John Appleby at the King’s Fund, a think-tank. The extra administrative work involved in managing small practices is often to blame, he says, but cramped*



*and threadbare premises in some clinics don’t help. Life at a large clinic can also be more varied. In a big practice, clinicians might spend a couple of days a week pursuing specialist interests, such as orthopaedics or gynaecology. And one of the traditional perks of working at a small practice – rising to be a partner quite quickly – is becoming less important. Female GPs, whose number grew by 50 % over the past decade, often prefer the part-time options that come with working for a salary, rather than the responsibility of being a partner who has to run the business.*

Die angesprochenen Gründe wie die administrative Belastung, Freiräume für die Gestaltung der eigenen Arbeit, aber auch die Basiskosten für die Beteiligung an neuen Versorgungsformen (new training requirements and regulation expenses) wie z. B. e-Health-Anwendungen sind in Einzelpraxen nicht (sinnvoll) zu bewältigen. Mit der Pensionierungswelle der Babyboomer-Generation (zu der auch ich zähle) sind daher drastische Änderungen gegenüber der derzeitigen Versorgung nötig.

### Substitutionspotentiale

Wie anfangs dargestellt werden die Fragen der Verschiebung von Leistungen zwischen dem ambulanten Bereich der Krankenanstalten und dem niedergelassenen Bereich, zwischen verschiedenen ärztlichen Fachgruppen und auch zwischen ärztlichen und nichtärztlichen GDAs als zu diskutieren identifiziert. Die Modellierung mit ihren Transformationen der Abbildungssysteme erlaubt hier die Einbeziehung der Frequenzen aus den Leistungsabrechnungen als möglichen Maßstab für die Beurteilung der Zulässigkeit von Substitutionen. Eine ausschließliche Fokussierung auf eine Leistungsdefinition sagt freilich nichts über den Grad der notwendigen Spezialisierung oder die Schwierigkeit im Einzelfall aus. Diese Problema-

**Ein Generationswechsel bei den Ärzten und geänderte Anforderungen an die Versorgung führen zu Veränderungen.**

<sup>4</sup> [www.economist.com/news/britain/21648019-small-gp-practices-are-disappearing-election-pledges-will-hasten-trend-scaling-up?frsc=dg%7Cd;](http://www.economist.com/news/britain/21648019-small-gp-practices-are-disappearing-election-pledges-will-hasten-trend-scaling-up?frsc=dg%7Cd; zuletzt abgefragt am 13.4.2015.) zuletzt abgefragt am 13.4.2015.

tik wird derzeit mit Begriffen wie „Kernleistungen“ von Fachgebieten, „Mindestleistungen“ von Versorgungsebenen, Zuordnungen von „Organisationsformen“ und qualitativen sowie ökonomischen Überlegungen zum „Best Point of Service“ diskutiert.

Vereinfacht geht es um die Frage, ob jemand (Berufsgruppe, Fachgruppe, Organisationsform, Versorgungsebene) etwas (Einzelleistung, komplexe Betreuung) machen **soll**, **kann** und abrechnen **darf**. Dabei sind standespolitische Interessen, Interessen von Fachgruppen, Interessen zum Qualitätsmanagement und nicht zuletzt ökonomische Interessen betroffen. All diesen Interessen wird eine Bedeutung für das Interesse und die Präferenzen der Patienten unterstellt. Personalkosten für angestellte Mitarbeiter und Einkommen für Freiberufler unterliegen natürlich unterschiedlichen Gesetzmäßigkeiten. Diese sind aber auch dahingehend zu diskutieren, welches Risiko real in einem „System eines Gesamtvertrags“ besteht.

### Substitution zwischen Fachgruppen

Für diese Fragestellung wird auf die Zahlen der Abrechnung zurückgegriffen. Als substituierbar im Sinne einer Stärkung der Allgemeinmedizin könne alle „Einzel-Leistungen“ – und damit der diesen Leistungszahlen entsprechende Prozentanteil des Finanzvolumens – betrachtet werden, welche insgesamt bereits zu 50 Prozent des Volumens von dem Fach Allgemeinmedizin erbracht werden. Alternativ könnte man die Substituierbarkeit ausdehnen auf Leistungsvolumina, bei welchen die Allgemeinmedizin zumindest zehn Prozent des gesamten Leistungsvolumens erbringt, oder auf Leistungen, welche überhaupt im Beobachtungszeitraum auch von Allgemeinmedizinern abgerechnet wurden.

	AM>0	AM≥50 %	AM≥10 %
AU	99,71	26,6	27,1
CH	97,59	48,7	57,0
DER	99,61	48,9	59,1
GGH	98,42	30,8	38,9
IM	99,28	67,9	85,9
KI	99,98	66,5	88,6
HNO	99,75	36,0	57,8
PUL	99,93	28,8	42,4
OR	93,76	57,1	85,5
UC	99,51	73,0	87,9
URO	97,55	31,4	52,2
NEU	99,39	43,2	48,9
PSY	93,81	37,7	41,5

Abhängig von dem gewählten Cut-off beim Prozentsatz der Substitution ergeben sich unterschiedlich große finanzielle „Reste“ für die Ausgestaltung der jeweiligen fachlichen Versorgung. Denkbar wäre bei einem Substitutionspotential von > 50 Prozent die jeweilige fachlich spezialisierte Versorgung nur mehr im Krankenhausambulanzbereich anzubieten. Ebenso

kann der sich ergebende finanzielle „Rest“ berechnet und mit dem fachgruppenspezifischen durchschnittlichen Umsatz verglichen werden. Bleibt ein ausreichendes Restvolumen, so kann eine Einzelordination mit der Versorgung beauftragt werden. Mit diesen Ansätzen lassen sich Abschätzungen vornehmen, ob eine organisatorisch unabhängige Infrastruktur wirtschaftlich überhaupt lebensfähig und sinnvoll sein kann.

Gleichzeitig geben diese Substitutionsprozeentsätze an, welches Finanzvolumen für die „Aufwertung“ der übernehmenden Allgemeinmedizin zur Verfügung stehen kann. Dieses Volumen kann einerseits in Personalressourcen im Sinne von Arbeitszeit oder auch von benötigten Personen – als Angestellte oder auch als freiberuflich tätige GDAs – umgerechnet werden. Wie bei der Umrechnung der Infrastruktur in Komponenten des Finanzvolumens wurden damit auch Größenordnungen benannt für die Ausgestaltung des sonstigen Personalaufwands und der Sach- und Betriebskosten. Damit sind finanzielle Größenordnungen berechenbar, welche für notwendige Investitionen im Zusammenhang mit den verbundenen Organisationsänderungen verfügbar wären.

Diese Umrechenbarkeit ist auch deshalb unbedingt erforderlich, weil mit zunehmender Anzahl der beteiligten Personen die Organisationsarbeit entsprechend zunimmt. Abstimmung und Kommunikation innerhalb der Organisation, interne Spezialisierungen und deren Management, Vereinbarung von „Standard Operation Procedures“ (SOPs) und Dokumentationsstandards und vieles mehr werden in größeren Organisationen als eigene Spezialisierung ausgeprägt und dadurch mit wesentlich höherem Ressourceneinsatz umgesetzt. Bei der Berechnung von Effekten einer Organisationsänderung sind nichtlineare Zusammenhänge zwischen der Anzahl der beteiligten Personen und der für Patienten verfügbaren Nettoarbeitszeit zu bedenken. Allerdings sind auch „Economies of Scale“ zu bedenken, dass nämlich bestimmte Arbeiten nur einmal, dafür aber ordentlich, und nicht vielfach, dafür oft unprofessionell, erledigt werden können.

### Stärkung der Primärversorgung

Als exemplarisches Szenarium wird eine Übertragung der Ressourcen im Ausmaß des Substitutionspotentials bei Leistungen, die, gemessen an der Frequenz, zu mindestens 50 Prozent durch Allgemeinmediziner erbracht werden, von den Fachgruppen an die Allgemeinmedizin berechnet.

Die Ausgangswerte für die 25,1 AVE Allgemeinmedizin in Osttirol sind:

- Berechneten Jahresumsatz: 5.183.000 Euro
- Berechnete Jahresarbeitsleistung: 46.130,1 Arztstunden
- Ordinationsstundenumsatz in der Allgemeinmedizin: 112,36

- Nach einem Gehaltsschema für angestellte Ärzte könnte man 22,1 Vollzeitstellen besetzen.
- Nach der Arbeitszeitregelung dieses Gehaltsschemas würde man 27,9 Vollzeitstellen benötigen, um die Jahresarbeitsleistung zu erbringen.
- Finanzielles Substitutionsvolumen: 4.103.000 Euro
- Substitutionsvolumen an Arbeitszeit: 13.998,3 Arztstunden

Damit ergibt sich für die Allgemeinmedizin „neu“ folgende Situation:

- Jahresumsatz: 9.287.000 Euro
- Jahresarbeitsleistung: 60.128,4 Arztstunden
- Ordinationsstundenumsatz: 154,45 Euro
- Mit dem neuen Finanzvolumen könnte man 79,3 Vollzeitstellen besetzen.
- Nach der Arbeitszeitregelung dieses Gehaltsschemas würde man 36,3 Vollzeitstellen benötigen, um die Jahresarbeitsleistung zu erbringen.

Zwecks Vereinfachung wird die Diskussion, ob mit den verbleibenden Restvolumina in den anderen Fachgruppen eine Versorgungsinfrastruktur in Form von Einzelordinationen wirtschaftlich sinnvoll sein kann oder ob andere Organisationsformen die weiterhin benötigten spezialisierten Leistungen übernehmen können, hier nicht ausgeführt. Der gewählte Berechnungsansatz ist insgesamt grob vereinfachend, da ja das Substitutionspotential nur aufgrund der Frequenzen von Leistungen, nicht aber unter Berücksichtigung des Abrechnungswerts erfolgte.

An den Leistungsfrequenzen und auch an der finanziellen Dimension der Leistungserbringung wird bei diesem Beispiel keine Veränderung vorgenommen. Die Qualifikation für die Leistungserbringung bedarf ebenfalls keiner Diskussion, da die Allgemeinmedizin bei allen für die Substitution ausgewählten Leistungen jedenfalls mehr als 50 Prozent dieser Leistungen abrechnet. Von den drei dargestellten Cut-off-Werten für die Substitution führt dieser Ansatz zu den geringsten Veränderungen. Allerdings ist in Kenntnis der Demographie der Vertragsärzte nicht zu erwarten, dass die Besetzung von fast 80 Vollzeitstellen gelingen könnte. Daher ist auch das folgende Szenarium mit einer Substitution von Arztarbeit durch qualifizierte GDAs aus anderen Gesundheitsberufen zu untersuchen.

### Multiprofessionelle Teams in der Primärversorgung

Für diese Modellrechnung werden die Werte des Rechenergebnisses von Allgemeinmedizin „neu“ verwendet. Dieses Szenarium muss allerdings mit Parametern ausgestattet werden, für deren Bestimmung derzeit keine Grundlagen existieren. Die Parametrisierung wird daher einerseits transparent argumentiert, andererseits wird nach Analogien aus anderen Bereichen gesucht.



© iStockphoto.com/kristian sekulic

Ein wesentlicher Denkansatz ist dabei die Erfahrung, dass in der Primärversorgung etwa die Hälfte der Arbeitslast durch die Betreuung von chronischen Krankheiten begründet wird. Gerade bei chronischen Krankheiten sollte nach Managementprogrammen oder internen SOPs vorgegangen werden. Dadurch ist es vorstellbar, dass 1/3 bis 2/3 – im Mittel also 50 Prozent – dieser Arbeiten von qualifizierten nichtärztlichen GDAs übernommen werden. Weiters wird häufig beklagt, dass für bestimmte Interventionen keine adäquaten Leistungen oder Vergütungen existieren. Dabei wird vor allem auf zeitintensive Tätigkeiten wie Schulungen und Aufklärungen verwiesen. Es könnte also erwartet werden, dass dieses Angebotsdefizit ebenfalls von nichtärztlichen GDAs abgedeckt werden wird, da diese vielfach eine bessere Ausbildung in diesen Bereichen aufweisen. Diese Leistungsausweitung wird ebenfalls – willkürlich – mit 50 Prozent angenommen. Aber auch bei der Versorgung von akuten Krankheitsfällen besteht ein Verlagerungspotential. Als Analogiebeispiel sei hier auf die Krankenhausambulanzen verwiesen, auf deren Kostenstellen unterschiedliche Personalschlüssel zwischen Ärzten und anderen GDAs anzutreffen sind. Diese Verhältnisse variieren allerdings in sehr weiten Bereichen, wohl auch deshalb, weil die spezialisierten Anforderungen sehr unterschiedlich sind. Daher wird – willkürlich und sehr konservativ – für die Arbeitslast der Versorgung der akuten Erkrankungen ein Substitutionspotential von 20 Prozent und ein Potential einer Leistungsausweitung von zehn Prozent angenommen.

Damit ergibt sich für nichtärztliche GDAs in multiprofessionellen Teams der Primärversorgung ein Arbeitszeitpotential von 65 Prozent der ärztlichen Arbeitszeit. 35 Prozent werden dabei anstelle von Ärzten erbracht und 30 Prozent stellen eine Angebots-/Versorgungsausweitung dar.

Damit zu den Ausgangspunkten dieses Szenariums:

- Jahresumsatz: 9.287.000 Euro
- Jahresarbeitsleistung: 60.128,4 GDA-Stunden
- Ausweitung des Leistungsangebots um 30 Prozent
- Substitutionspotential der Arztarbeit: 35 Prozent

**Leistungsverschiebung,  
Verschiebung von Budgets –  
viele ist möglich.**



Das Finanzvolumen bleibt in dieser Variante gleich. Das Leistungsvolumen wird ausgeweitet. Wie sieht unter diesen Bedingungen die neue Primärversorgungsinfrastruktur aus?

- Jahresumsatz: 9.287.000 Euro
- Arztumsatz: 6.036.000 Euro
- Umsatz nichtärztliche GDAs: 3.250.000 Euro
- Arztstunden: 39.083,4
- Stunden nichtärztliche GDAs: 39.083,4 davon 18.038,5 Ausweitung
- Angestellte Ärzte aufgrund des Finanzvolumens: 51,6
- Angestellte Ärzte aufgrund der Arbeitszeit: 23,6
- Angestellte GDAs aufgrund des Finanzvolumens: 45,8
- Angestellte GDAs aufgrund der Arbeitszeit: 21,2

Der Unterschied im Bruttoeinkommen laut Dienstordnung führt dazu, dass die Leistungsausweitung durch die Substitution leicht finanziert werden kann. Der demografische Wandel kann bei dieser Rechnungsvariante ebenfalls bewältigt werden. Auch sind unterschiedliche Varianten mit weniger Personal, aber höheren Einkommen denkbar. Wird die Infrastruktur gebündelt, ergeben sich ebenfalls rein rechnerisch weitere Umschichtungspotentiale. Derzeit stellen die Infrastrukturinvestitionen im Sinne eines Wertaufbaus besonders bei den benötigten Immobilien einen aus den Honoraren abzudeckenden, nicht einkommensrelevanten Vermögenszuwachs der Vertragspartner dar. Wird diese Infrastruktur zeitlich voll ausgelastet, ist sie gegenüber der derzeitigen Situation wirtschaftlicher zu betreiben.

### Diskussion

Die hier dargestellten stark vereinfachten, verkürzten und keinesfalls konkret anwendbaren Modellrechnungen zeigen, dass die Erstellung von (komplexeren und vollständigeren) Modellen für eine rationale Planung und Diskussion von möglichen Veränderungen notwendig und hilfreich ist. Die Modellierung zwingt dazu, Parameter numerisch auszudrücken, und ermöglicht damit eine transparente Diskussion verschiedener Sichtweisen und damit verschiedener Parametrisierungen.

Auch die Rahmenbedingungen dieser Beispiele können damit zur Diskussion gestellt werden. Es wurde davon ausgegangen, dass Österreich mit einer der höchsten Ärztedichten weltweit primär keine Ausweitung der ärztlichen Versorgung benötigt. Ebenso führt der bereits hohe Anteil der Ausgaben für die Gesundheit am BIP dazu, dass der bestehende Aufwand nicht erhöht wird. In einem komplexeren Modell kann dabei die zukünftige Entwicklung der Volkswirtschaft, der Beitragseinnahmen, der Kaufkraft und damit auch der Einkommen einbezogen werden, um damit zukünftige Systemzustände besser prognostizieren zu können.

Veränderungen werden daher durch Umlagerung,

Aufgaben- und Organisationsänderung bewerkstelligt. Dabei wird das politisch gesetzte Ziel – internationale Erfahrungen untermauern die Sinnhaftigkeit dieser Zielsetzung – einer Stärkung der Primärversorgung in diesem Modell auf Umsetzungsmöglichkeiten untersucht. Derzeit – verwendet wurden Daten aus 2006 und 2007 – wird die Primärversorgung von Ärzten für Allgemeinmedizin sichergestellt. Die Demografie des Ärztestandes zeigt, dass in den nächsten zehn Jahren durch Pensionierung eine weitgehende „Umwälzung“ der derzeit tätigen Vertragspartner zu erwarten ist. Eine moderne Primärversorgung ist nach dem heutigen internationalen Standard multiprofessionell und damit deutlich weniger „arztlastig“ als die derzeitige österreichische Versorgungslandschaft.

Nimmt man diese Tatsachen gemeinsam mit den genannten Rahmenbedingungen als Ausgangspunkt, bietet es sich an, das hier beschriebene Szenarium der Substitution von Leistungen, welche bereits überwiegend von Allgemeinmediziner\*innen erbracht werden, mit einer Verlagerung der entsprechenden Ressourcen von anderen Fachgruppen zur Allgemeinmedizin zu berechnen.

Mit den Daten der Arztbedarfsstudie im Hinterkopf ist in der Folge der Schritt zur Substitution von Arztarbeit durch nichtärztliche GDAs naheliegend. Damit kann sogar bei gleichbleibendem finanziellem Aufwand eine Leistungsausweitung erreicht werden.

Viele der hier gewählten Berechnungen gehen von linearen Effekten aus. Aus der Erfahrung und auch aus der Literatur zum Veränderungsmanagement ist bekannt, dass gerade Veränderungen der Personalanzahl in ihrer Auswirkung auf die Arbeitskapazität von nicht-linearen Phänomenen beeinflusst werden. Daher sollten lineare Rechenergebnisse als „Best Case“ betrachtet werden. Andererseits wurde bei den Parametrisierungen immer wieder darauf hingewiesen, dass mangels solider Grundlagen einerseits Bandbreiten empfohlen und andererseits eher konservative Schätzungen angewendet werden. Auch hier kann bei technisch besserer Ausgestaltung mit Sensitivitätsanalysen ein vertiefter Einblick in die Zusammenhänge gewonnen werden.

Es wird daher dringend empfohlen, eine umfassende Modellierung mit Einbeziehung der betroffenen Stakeholder in Auftrag zu geben. Der Aufwand zur Erstellung eines solchen Modells ist zwar beträchtlich, wenn bestimmte Annahmen und Parameter außer Streit gestellt werden können, ist aber auch zu erwarten, dass die Ergebnisse direkt entscheidungsunterstützend wirksam werden.

Zuletzt ist als „Conflict of Interest“ anzuführen, dass ich Allgemeinmediziner bin und daher eine Aufwertung bzw. eine Beendigung der derzeit bestehenden Abwertung dieses Fachbereichs unterstütze.

**Umorganisation kann zu kostenneutraler Leistungsauswertung verwendet werden.**