Gesundheit Österreich
GmbH

Value, not Volume – Weswegen wir eine aktive Gesundheitssystemsteuerung brauchen

14. Steirische Gesundheitskonferenz | Graz | 24 September 2019

Herwig Ostermann[1,2]

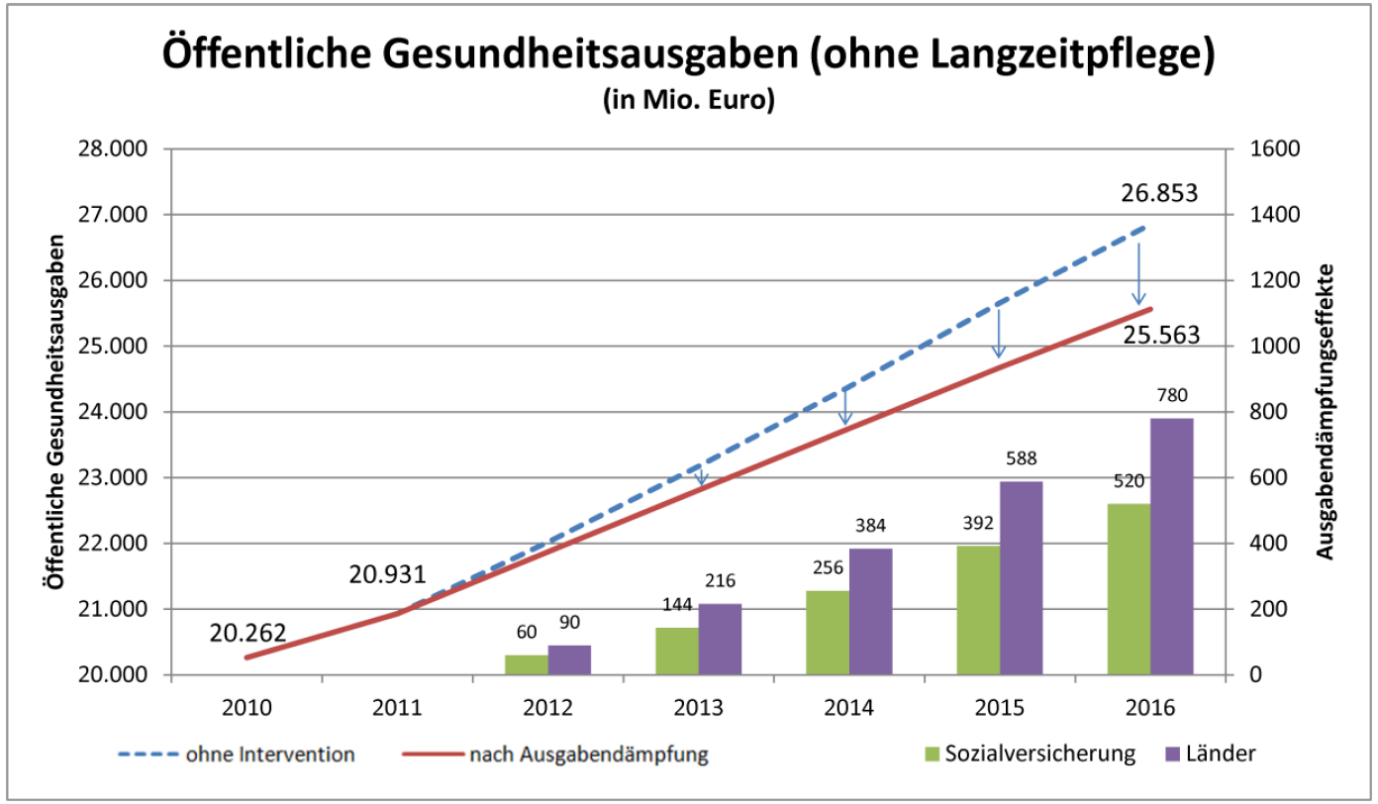
1 Geschäftsführer, Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Österreich
2 Associate Professor, Department für Public Health, Health Systems Research & HTA, UMIT, Hall in Tirol, Österreich

Value, not Volume – Weswegen wir eine aktive Gesundheitssystemsteuerung brauchen

- Kontexte
  - Gesundheitsreform 2013
  - Internationale Entwicklungen
- VBHC in a nutshell
- Ausgewählte Befunde in Österreich
- Entwicklungsperspektiven

Kontexte
Gesundheitsreform 2013

» Der Ausgabendämpfungspfad 1.0 …



Quelle: BMG, 2012

Kontexte
Gesundheitsreform 2013

» … und Reaktionen darauf

Die Ärztekammer Steiermark

Tag der Allgemeinmedizin "Allgemeinmedizin im Wandel - Hausarzt heute und morgen"
25.09.2019, ab 13:30

zum Kalender...

FÜR ALLE FÄLLE BESTENS VERSORGT.

Für Ärzte | Aktuelles | Für Patienten | Ärztekammer

Druckversion

- News
- Datenschutzgrundverordnung
- Erwachsenenschutzgesetz
- Gesundheitspolitik
- ELGA
- AERZTE Steiermark
  - AERZTE Steiermark - Artikel
  - Hefte Herunterladen
- Medieninformationen
- Immobilien - freie Mietobjekte
- Stellenangebote
- Veranstaltungskalender/Termine
- Leistungsbericht
- Meldungen des BMG
- Michael Hasiba Preis
- Projekte

Gesundheit in Gefahr

#wenigeristNICHTmehr – was so logisch klingt, wird im neuen Bund-Länder-Vertrag zur Gesundheit schlicht ins Gegenteil verkehrt. Dazu sollen Ärztinnen und Ärzte in der Planung zu schlichten Befehlsempfängern degradiert werden. Wieder einmal ist Widerstand nötig, auch im Interesse der Patientinnen und Patienten.

„Kostendämpfungspfad“, nicht zum ersten Mal wird mit diesem Polit-Wort die Tatsache beschönigt, dass weniger als nötig einfach zu wenig ist. Bereits 2012 wurde mit der Stabilitätsvereinbarung eine mehr oder minder beliebige Kostenobergrenze für die Gesundheitsausgaben in Österreich eingezogen. Mit der neuen 15a-Vereinbarung sollen die Daumenschrauben noch stärker angezogen werden. Gleichzeitig wird aber von 200 Millionen Euro für die Primärversorgung und steigender Qualität gesprochen – was nüchtern betrachtet nur eine Schutzbehauptung ist. Denn die 200 Millionen kommen selbstverständlich aus dem „kostengedämpften“, also kleineren Topf und gehen anderswo ab. Und – siehe oben – weniger ist nicht mehr, schon gar nicht mehr Qualität.
Die Vorgaben für die Einschränkungen im Gesundheitsbereich sind ursprünglich nicht das Ergebnis gesundheitsplanerischer Aktivitäten. Schon lange, bevor die begonnen haben, hat das Finanzministerium die Kostenvorgaben als „verbindliche Finanzziele“ formuliert. Der Gesundheitspolitik blieb und bleibt nur die Aufgabe, diese strengen Auflagen entsprechend zu verpacken und zu verkaufen.

Weniger Geld für die Gesundheit

Um diese Kostenreduktionen verdaulich zu machen, wird über die massiv steigenden Gesundheitsausgaben geklagt, die einerseits durch den höheren Bedarf einer älter werdenden Gesellschaft zwar begründet sind, aber durch höhere Effizienz doch vermieden werden könnten. Nur: Die Fakten sprechen eine andere Sprache. Im letzten Monitoringbericht der Bundeszielsteuerungskommission wird bereits darauf hingewiesen, dass die Einsparungsziele von Ländern und Krankenkassen schon weit übererfüllt sind. Es wird mehr reduziert, als ursprünglich geplant.

Quelle: https://www.aekstmk.or.at/507?articleId=6581#

Kontexte
Gesundheitsreform 2013

» … und Reaktionen darauf

Die Ärztekammer Steiermark

Tag der Allgemeinmedizin "Allgemeinmedizin im Wandel - Hausarzt heute und morgen"
25.09.2019, ab 13:30

zum Kalender...

FÜR ALLE FÄLLE BESTENS VERSORGT.

Für Ärzte | Aktuelles | Für Patienten | Ärztekammer

Druckversion

Nur: Die Fakten sprechen eine andere Sprache. Im letzten Monitoringbericht der Bundeszielsteuerungskommission wird bereits darauf hingewiesen, dass die Einsparungsziele von Ländern und Krankenkassen schon weit übererfüllt sind. Es wird mehr reduziert, als ursprünglich geplant.

Im aktuellen Bericht der Europäischen Kommission ist schwarz auf weiß zu lesen, dass die inflationsbereinigten öffentlichen Gesundheitsausgaben Österreichs im Jahr 2013 nur mehr 7,7 Prozent des Bruttoinlandsprodukts betrugen. In den Jahren 2009 bis 2012 waren es zwischen 7,9 und 8,0 Prozent. In den öffentlichen Aussagen wird immer von 11 Prozent gesprochen. Dieser Prozentsatz ignoriert aber die Geldentwertung und schließt auch private Ausgaben ein – die aber für den öffentlichen Haushalt keine Rolle spielen.

verpacken und zu verkaufen.

Weniger Geld für die Gesundheit

Um diese Kostenreduktionen verdaulich zu machen, wird über die massiv steigenden Gesundheitsausgaben geklagt, die einerseits durch den höheren Bedarf einer älter werdenden Gesellschaft zwar begründet sind, aber durch höhere Effizienz doch vermieden werden könnten. Nur: Die Fakten sprechen eine andere Sprache. Im letzten Monitoringbericht der Bundeszielsteuerungskommission wird bereits darauf hingewiesen, dass die Einsparungsziele von Ländern und Krankenkassen schon weit übererfüllt sind. Es wird mehr reduziert, als ursprünglich geplant.

Quelle: h
31#

Kontexte
Gesundheitsreform 2013

» … und Reaktionen darauf

Die Ärztekamm
Steiermark

Für Ärzte

Nur: Die Fakten sprechen eine
Bundeszielsteuerungskommiss
Ländern und Krankenkassen s
geplant.
Im aktuellen Bericht der Europa
inflationsbereinigten öffentliche
Prozent des Bruttoinlandsprodu
und 8,0 Prozent. In den öffentli
Prozentsatz ignoriert aber die
für den öffentlichen Haushalt k

Medical Tribune | Nr. 38 | 18. September 2019

Ärztekammer: Ausgaben für Gesundheit erhöhen

POLITIK Die Österreichische Ärztekammer präsentiert ihren Forderungskatalog an die künftige Regierung.

Die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) fordert eine Anhebung des BIP-Anteils für das heimische Gesundheitswesen auf zwölf Prozent, wie es etwa in Deutschland oder der Schweiz der Fall ist. „Wir sprechen hier von Milliardensummen, die unsere Nachbarn uns bei der Finanzierung des Gesundheitssystems voraus sind", erklärt ÖÄK-Präsident Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres: „Wenn wir nicht schritthalten, verliert das österreichische Gesundheitswesen den Anschluss."

Dies ist freilich nicht die einzige Forderung der Standesvertretung an die künftige Regierung. Angesichts eines drohenden Ärztemangels und des europaweiten Wettbewerbs um Ärzte fordert die ÖÄK eine Attraktivierung des Arztberufes, unter anderem durch weniger Bürokratie. Damit künftig mehr Leistungen im niedergelassenen Bereich angeboten werden können, bekräftigt die ÖÄK ihren

Thomas Szekeres verkündet den ÖÄK-Forderungskatalog.

Wunsch nach 1.300 neuen Kassenstellen für Einzel- und Gruppenpraxen. Auch müsse das Gesundheitssystem vor privaten Investoren geschützt werden, deren primäres Ziel Gewinnmaximierung sei, lautet eine weitere Forderung.

Die Pharmig und Österreichische Apothekerkammer schließen sich der Forderung der Ärztekammer an, den Anteil des BIP für das Gesundheitswesen signifikant zu erhöhen. **RED**

FÜR ALLE FÄLLE
ESTENS VERSORGT.

ekammer

Druckversion

ngbericht der
dass die Einsparungsziele von
ehr reduziert, als ursprünglich

weiß zu lesen, dass die
im Jahr 2013 nur mehr 7,7
s 2012 waren es zwischen 7,9
rozent gesprochen. Dieser
ivate Ausgaben ein – die aber

Quelle: h

steigenden
iner älter werdenden
eden werden könnten.
cht der
die Einsparungsziele von
uziert, als ursprünglich

Kontexte
Gesundheitsreform 2013

» … und Reaktionen darauf

Rechnungshof: Kritik an Krankenkassen-Steuerung

Bild: (c) Clemens Fabry

Die 2009 festgelegten Finanzziele seien spätestens 2011 zur Steuerung ungeeignet gewesen. Die Sanierung der Wiener Gebietskrankenkasse sei nicht gelungen.

31.03.2016 | 18:24 | (Die Presse)

Wien. Der Rechnungshof (RH) übt scharfe Kritik an den finanziellen Steuerungsinstrumenten der Krankenversicherung für die Jahre 2009 bis 2014. Die 2009 festgelegten Finanzziele seien spätestens 2011 zur Steuerung ungeeignet gewesen. Zudem sei die Sanierung der Wiener Gebietskrankenkasse (im Gegensatz zu jener der Steiermark) nicht gelungen.

Quelle: https://diepresse.com/home/politik/innenpolitik/4957490/Rechnungshof_Kritik-an-KrankenkassenSteuerung

Kontexte
Gesundheitsreform 2013

» … und Reaktionen darauf

Rechnungshof: Kritik an Krankenkassen-Steuerung

Ausgaben zu hoch angesetzt

Weiters ging es um die Finanzziele des Kassensanierungspakets 2009 bis 2013 bzw. die Ausgabenobergrenze der jüngsten Gesundheitsreform. Erstere seien „spätestens ab 2011 aufgrund der tatsächlichen Entwicklung nicht mehr zur Detailsteuerung der Krankenversicherungsträger geeignet“ gewesen. „Das galt auch für die im Jahr 2012 bis zum Jahr 2016 festgelegten Ausgabenobergrenzen.“ Kritisiert wird, dass die Ausgabensteigerungen im „No policy change“-Szenario zu hoch angesetzt worden seien. Damit seien auch die angesetzten Ausgabendämpfungen von rund 1,372 Milliarden Euro nicht realistisch gewesen. Dennoch seien die Ausgabenobergrenzen unverändert in das Zielsteuerungssystem des Hauptverbands und der Krankenversicherungsträger übernommen worden. „Diese Systeme verloren damit in wesentlichem Ausmaß ihre Wirkung als Steuerungsinstrumente.“

Wien. Der Rechnungshof (RH) übt scharfe Kritik an den finanziellen Steuerungsinstrumenten der Krankenversicherung für die Jahre 2009 bis 2014. Die 2009 festgelegten Finanzziele seien spätestens 2011 zur Steuerung ungeeignet gewesen. Zudem sei die Sanierung der Wiener Gebietskrankenkasse (im Gegensatz zu jener der Steiermark) nicht gelungen.

Quelle: https://diepresse.com/home/politik/innenpolitik/4957490/Rechnungshof_Kritik-an-KrankenkassenSteuerung

Kontexte
Gesundheitsreform 2013

» … und Reaktionen darauf

European Commission

e-News

Health and Food Safety Directorate General

Twitter Food Twitter Health

Public Health

European Semester: Commission proposes health recommendations to 12 EU countries

Today, the Commission has adopted proposals for country specific recommendations, including on health as part of its ongoing assistance to Member States in implementing their health systems reforms in the light of an ageing population and a number of other challenges. The Commission recommends that the governments of 12 Member States take better care of their national health systems and improve their effectiveness, increase accessibility and strengthen their resilience, with the following specific recommendations:

Country	Recommendation
1. Austria	Ensure the sustainability of the health and long-term care systems.
2. Bulgaria	In line with the National Health Strategy and its action plan, improve access to health services, including by reducing out-of-pocket payments and addressing shortages of health professionals.
3. Cyprus	Take measures to ensure that the National Health System becomes fully functional in 2020, as planned.
4. Finland	Ensure the adoption and implementation of the administrative reform to improve cost-effectiveness and equal access to social and healthcare services.
5. Ireland	Increase the cost-effectiveness of the healthcare system.
6. Latvia	Increase the accessibility, quality and cost-effectiveness of the healthcare system.
7. Lithuania	Improve the performance of the healthcare system by a further shift from hospital to outpatient care, strengthening disease prevention measures, including at local level, and increasing the quality and affordability of care.
8. Malta	Ensure the sustainability of the healthcare system.
9. Portugal	Strengthen expenditure control, cost effectiveness and adequate budgeting, in particular in the health sector with a focus on the reduction of arrears in hospitals.
10. Romania	Improve access to healthcare, including through the shift to outpatient care.
11. Slovenia	Adopt and implement the healthcare and health insurance act and the planned reform of long-term care.
12. Slovakia	Implement measures to increase the cost effectiveness of the healthcare system and develop a more effective healthcare workforce strategy.

Quelle: https://ec.europa.eu/newsroom/sante/newsletter-specific-archive-issue.cfm?archtype=specific&newsletter_service_id=327&newsletter_issue_id=8829&page=1&fullDate=Wed%2023%20May%202018&lang=default

Kontexte
Gesundheitsreform 2013

» … und Reaktionen darauf

European Commission | e-News

Health and Food Safety Directorate General

Twitter Food | Twitter Health

Public Health

Public Health

European Semester: Commission proposes health recommendations to 12 EU countries

Today, the Commission has adopted proposals for country specific recommendations, including on health as part of its ongoing assistance to Member States in implementing their health systems reforms in the light of an ageing population and a number of other challenges. The Commission recommends that the governments of 12 Member States take better care of their national health systems and improve their effectiveness, increase accessibility and strengthen their resilience, with the following specific recommendations:

Country	Recommendation
1. Austria	Ensure the sustainability of the health and long-term care systems.
12. Slovakia	Implement measures to increase the cost effectiveness of the healthcare system and develop a more effective healthcare workforce strategy.

Quelle: https://ec.europa.eu/newsroom/sante/newsletter-specific-archive-issue.cfm?archtype=specific&newsletter_service_id=327&newsletter_issue_id=8829&page=1&fullDate=Wed%2023%20May%202018&lang=default

Kontexte
Gesundheitsreform 2013

- Determinanten der Gesundheitsausgaben (vgl. EC 2012)
  - Einkommen – national und individuell
    - Individuell
      - Insb. Leistbarkeit von Leistungen (soziale Determinanten)
      - Einkommenselastizität gering (zT negativ)
    - National
      - Einkommenselastizität eher hoch („Luxusgut“), aber Frage der isolierten Kausalität sowie der Richtung der Kausalität (Endogenitätsproblematik)
      - Sonderfall: Baumol Effekt („Kostenkrankheit“)
  - Bevölkerungsstruktur und epidemiologische Trends
    - Kompression Vs. Expansion der Morbidität Vs. Dynamisches Gleichgewicht
  - <u>Technologischer Fortschritt</u>
  - Institutionelles und rechtliches Setting

Kontexte
Gesundheitsreform 2013

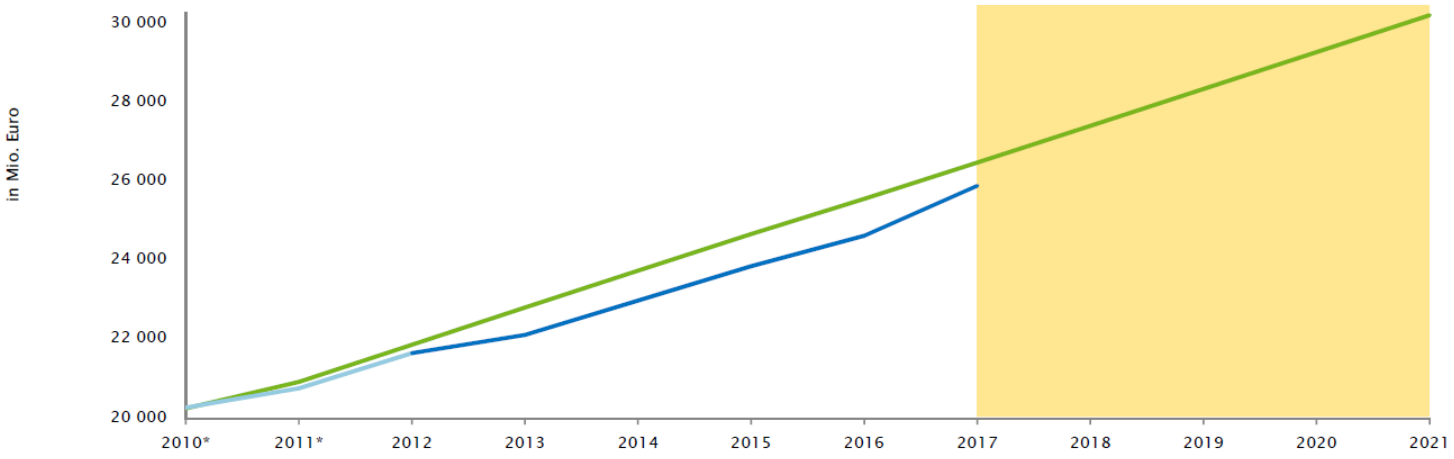
- Determinanten der Gesundheitsausgaben (vgl. EC 2012)
  - Empirischer Befund Österreich (IHS 2011)

	Gesamte öffentliche GA (M1)		Laufende öffentliche GA (M2)	
	Koeffizient	t-Wert	Koeffizient	t-Wert
Konstante	-0,039	(-1,604)	-0,041	(-1,716) *
Anteil der über 65-Jährigen, in %	2,716	(2,270) **	2,691	(2,339) **
Arbeitslosenrate (nationale Definition), in %	0,489	(2,017) **	0,484	(2,075) **
Bruttoinlandsprodukt (BIP), in Euro, pro Kopf, zu Preisen 2000	1,106	(2,313) **	1,117	(2,512) **
Ausgaben für Arzneimittel (KV) ohne Ust, pro Kopf, zu Preisen 2000	0,537	(1,839) *	0,601	(2,264) **
**5%				
*10%				
Akaike info criterion	-3,510		-3,578	
Adjusted R-squared	0,475		0,509	

Kontexte
Gesundheitsreform 2013

» Der Ausgabendämpfungspfad 2.0 …

Abbildung 1.1:
Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege, 2010–2021, in Mio. Euro



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
AOG	20.262	20.931	21.873	22.813	23.748	24.675	25.563	26.483	27.410	28.342	29.277	30.214
Tats. Ausgaben gem. SHA*	20.277	20.769	21.663	22.123	22.992	23.861	24.632	25.895				

Aktuelle Zielsteuerungsperiode 2017–2021 (Monitoring)

Ausgabenobergrenze (AOG) — Tats. Ausgaben gem. SHA

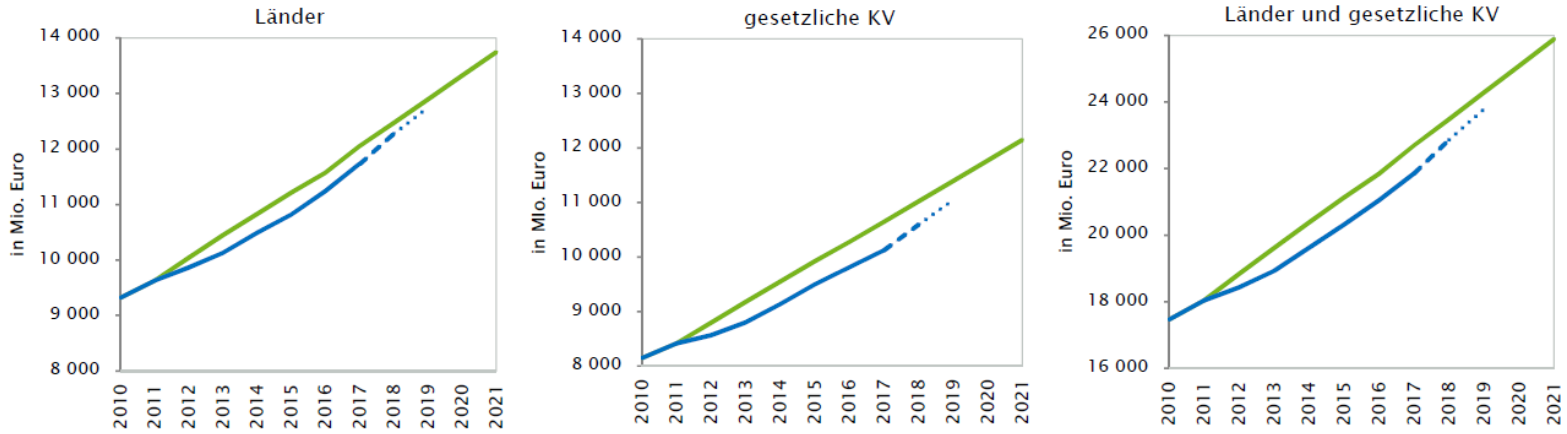
* Stand Februar 2019. Für das Jahr 2012 nach Bereinigung des GSBG-Effekts (siehe auch Monitoringbericht II/2014).

Quelle: Statistik Austria und G-ZG §17 Abs. 1 Z 1

Kontexte
Gesundheitsreform 2013

» … und seine Implikation

Abbildung 2.1:
Entwicklung der zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben der Länder und der gesetzlichen KV, 2010–2019, in Mio. Euro



Länder und gesetzliche KV	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ausgabenobergrenze	17.466	18.042	18.834	19.615	20.377	21.135	21.903	22.691	23.485	24.284	25.085	25.887
Ausgaben gem. Abschlussmonitoring	17.466	18.042	18.435	18.930	19.624	20.318	21.048	21.854				
Ausgaben gem. unterjährigem Monitoring									22.870			
Ausgaben gem. Voranschlagsmonitoring										23.792		

Bei der Summenbildung wurde auf die ursprünglichen, nicht gerundeten Ausgangswerte zurückgegriffen, dadurch kann es zu geringfügigen Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen kommen.

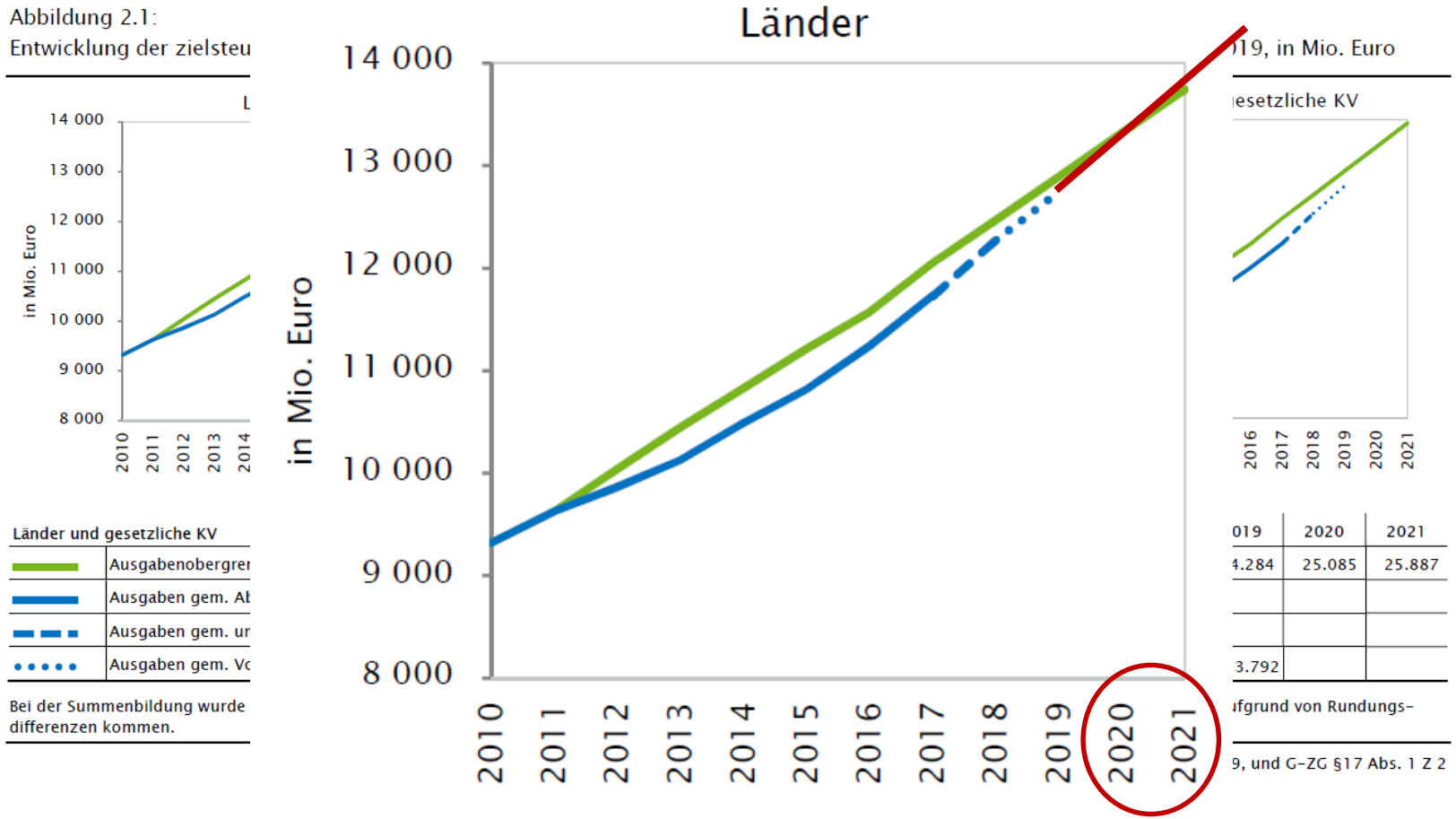
Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8, Meldezeitpunkt März 2019, und G-ZG §17 Abs. 1 Z 2

Kontexte
Gesundheitsreform 2013

» … und seine Implikation

Kontexte
Gesundheitsreform 2013

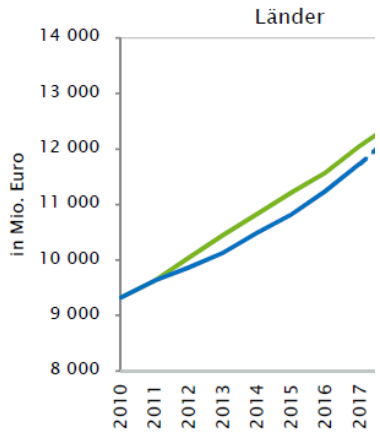
» … und seine Implikation



Kontexte
Gesundheitsreform 2013

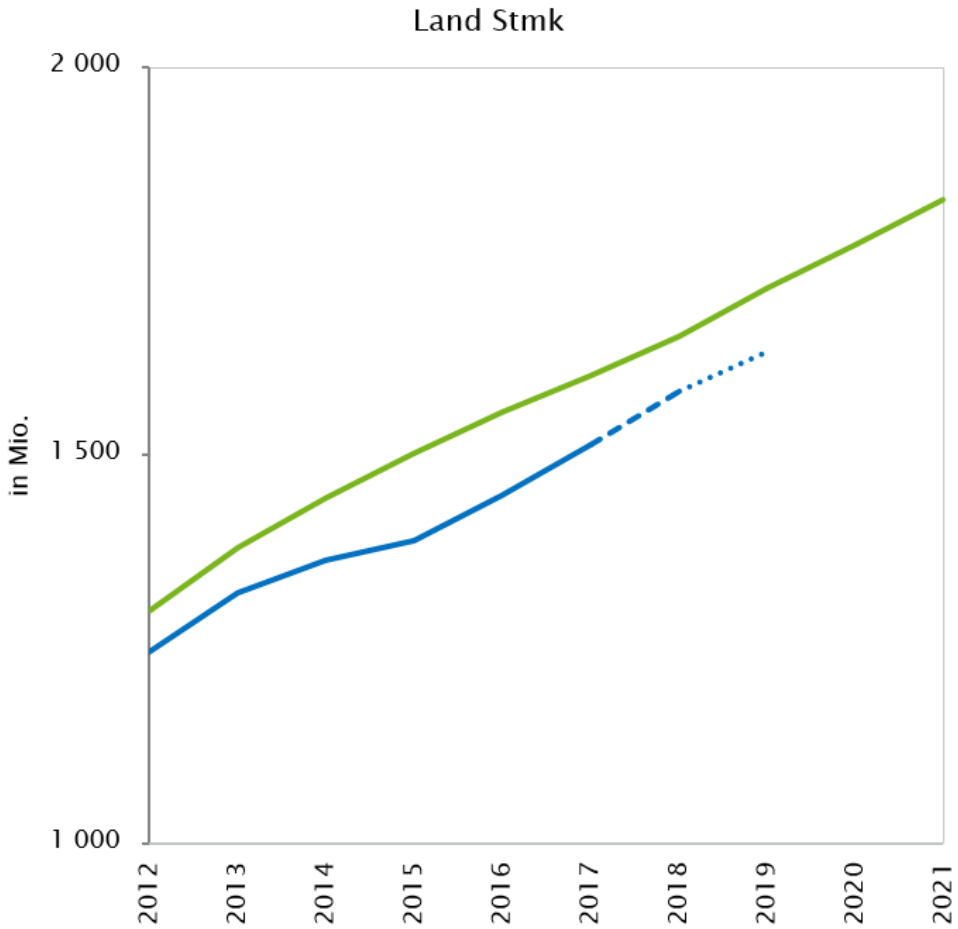
» … und seine Implikation

Abbildung 2.1:
Entwicklung der zielsteuerungsrel



Länder und gesetzliche KV	
	Ausgabenobergrenze
	Ausgaben gem. Abschlussmoni
	Ausgaben gem. unterjährigem
	Ausgaben gem. Voranschlagsm

Bei der Summenbildung wurde auf die urspr
differenzen kommen.



, in Mio. Euro

etzliche KV

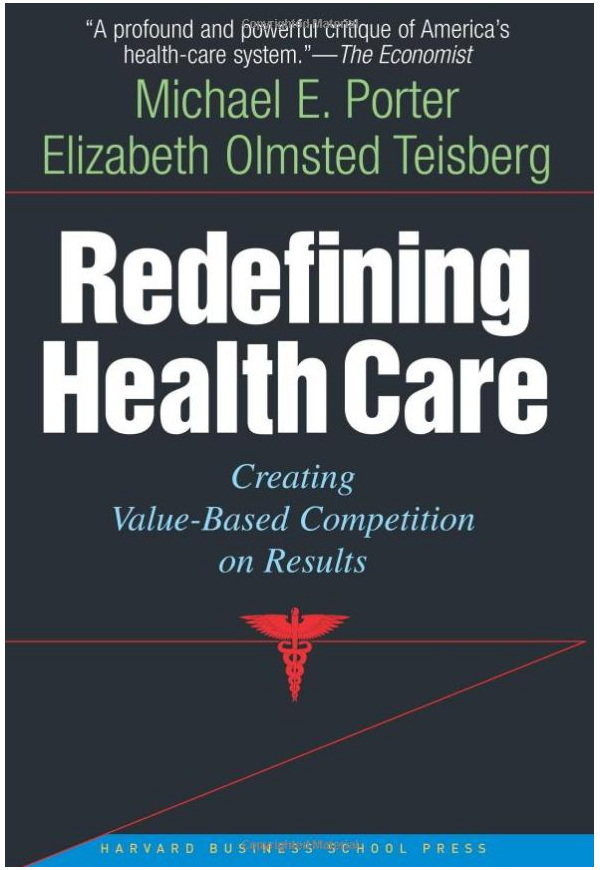
	2020	2021
34	25.085	25.887
92		

und von Rundungs-

nd G-ZG §17 Abs. 1 Z 2

Kontexte
Internationale Entwicklungen

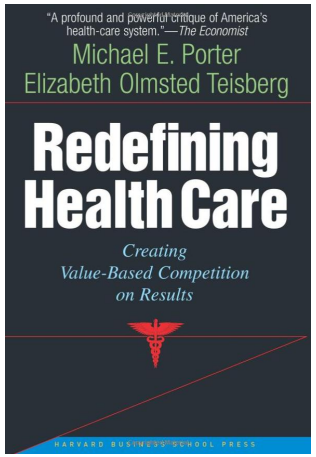
» Von „Output“ zu „Value“

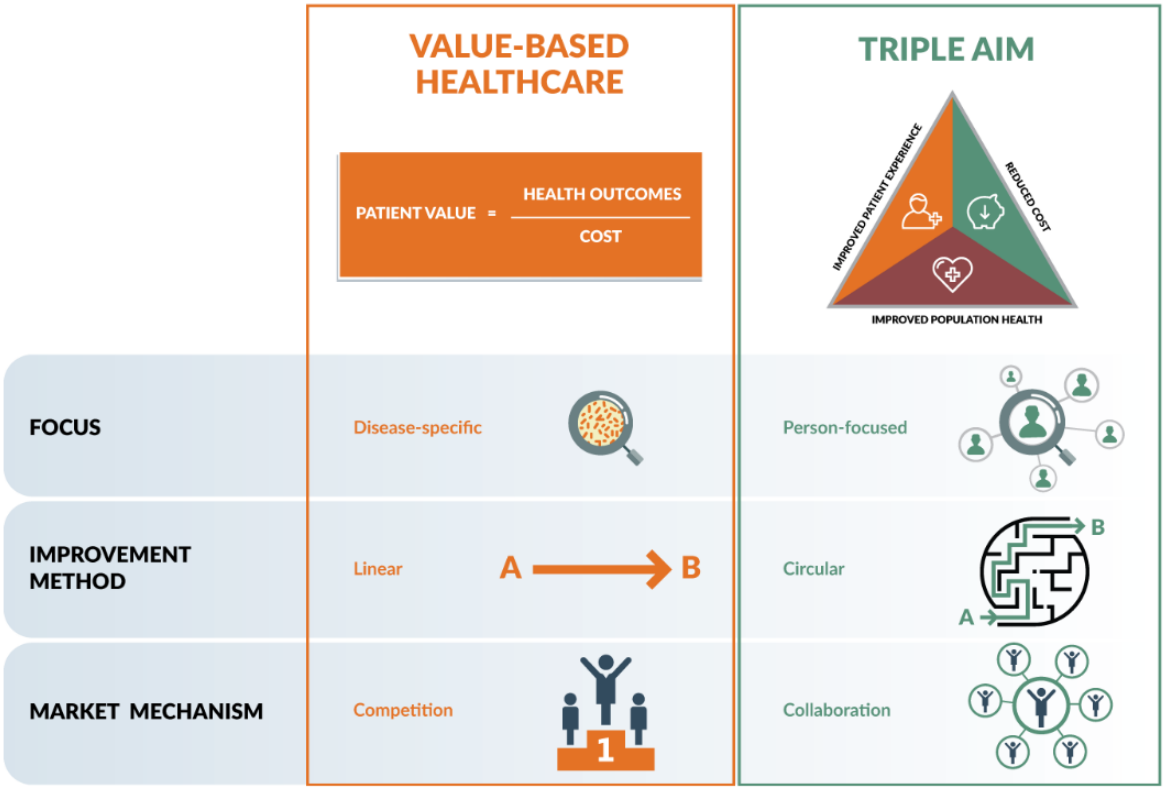


Quelle: https://www.amazon.com/Redefining-Health-Care-Value-Based-Competition/dp/1591397782#reader_1591397782

Kontexte
Internationale Entwicklungen

» Von „Output“ zu „Value“

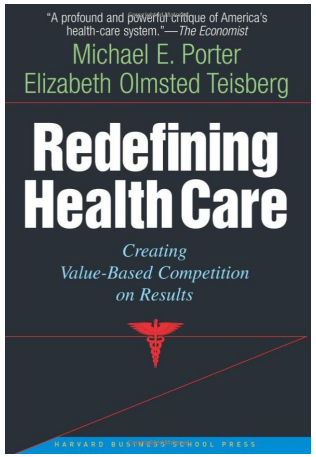


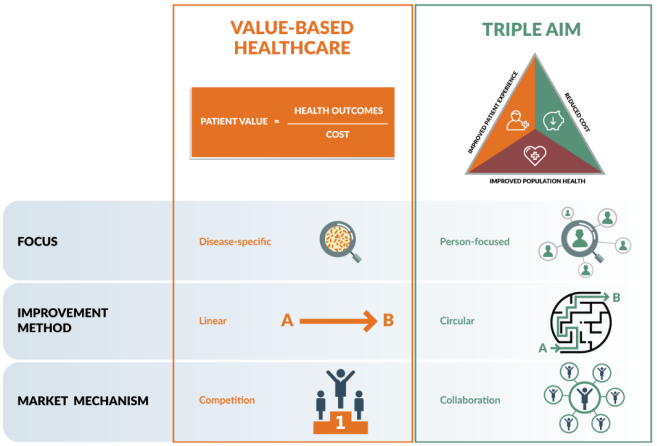


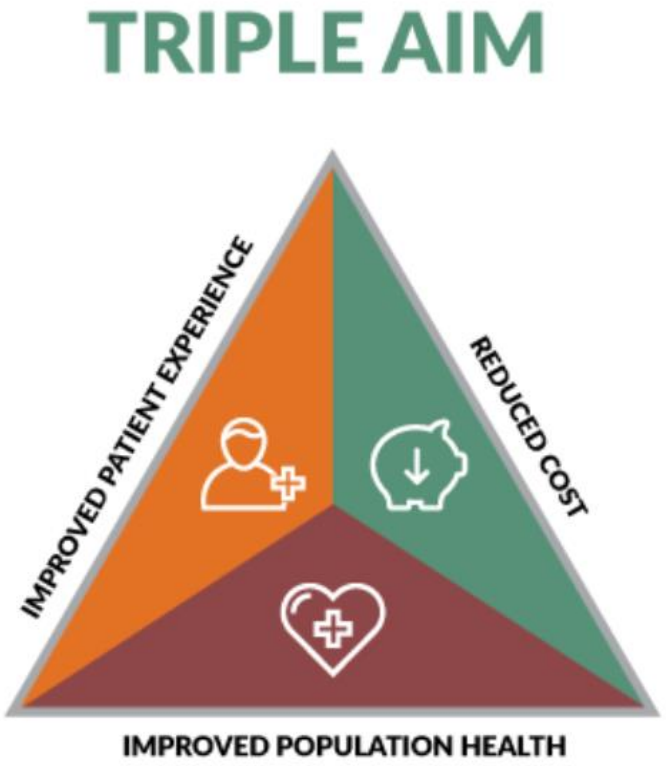
Quelle:https://www.essenburgh.com/en/blog/the-3-differences-between-value-based-healthcare-and-triple-aim-that-you-need-to-know

Kontexte
Internationale Entwicklungen

» Von „Output“ zu „Value“







Quelle:https://www.essenburgh.com/en/blog/the-3-differences-between-value-based-healthcare-and-triple-aim-that-you-need-to-know

Kontexte
Internationale Entwicklungen

- Von „Output“ zu „Value“

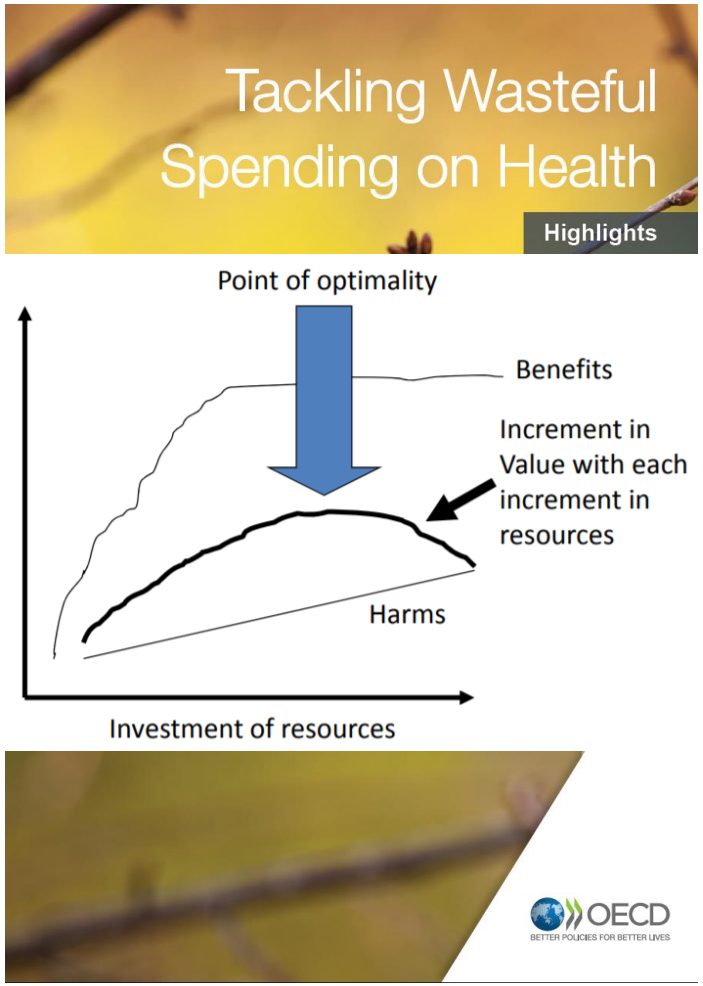
- Zur Identifikation und Vermeidung von
  - **Über**versorgung
  - Fehlversorgung
  - (Unterversorgung)

Quelle: OECD, 2017

Kontexte
Internationale Entwicklungen

- Von „Output“ zu „Value“

- Zur Identifikation und Vermeidung von
  - **Über**versorgung
  - Fehlversorgung
  - (Unterversorgung)



Quelle: OECD, 2017

Kontexte
Internationale Entwicklungen

- Von „Output“ zu „Value“
- Zur Identifikation und Vermeidung von
  - **Über**versorgung
  - Fehlversorgung
  - (Unterversorgung)
- Zu einem standardisierten Berichtswesen
  - OECD – Health at a glance

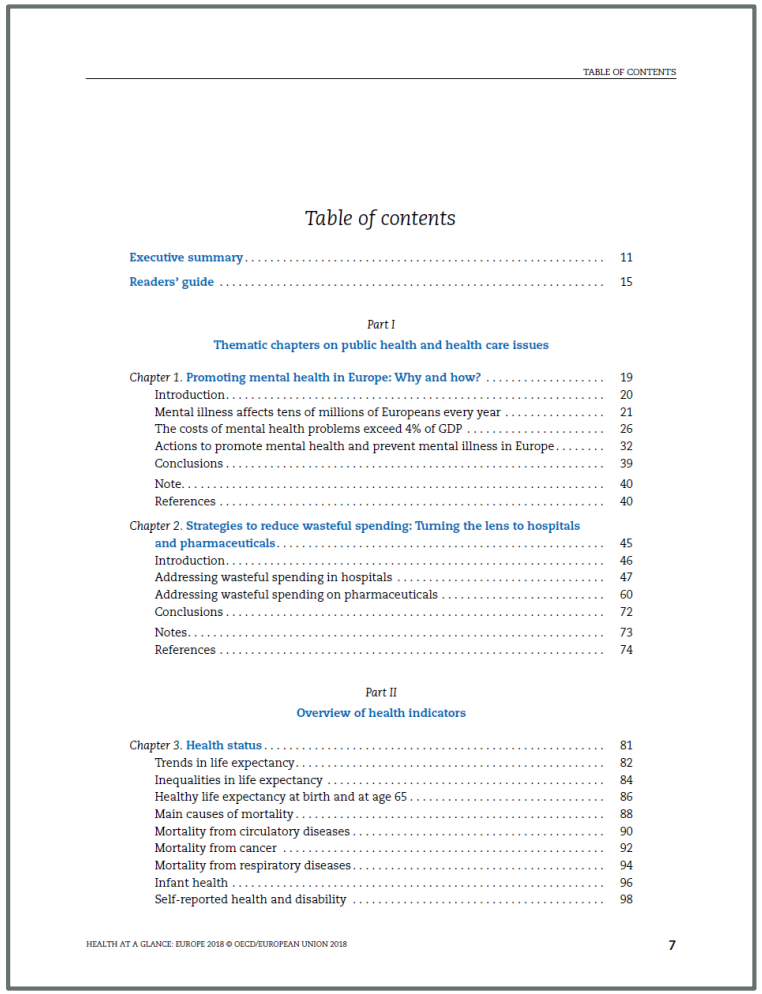


TABLE OF CONTENTS

Table of contents

Executive summary 11
Readers' guide 15

Part I
Thematic chapters on public health and health care issues

Chapter 1. **Promoting mental health in Europe: Why and how?** 19
Introduction 20
Mental illness affects tens of millions of Europeans every year 21
The costs of mental health problems exceed 4% of GDP 26
Actions to promote mental health and prevent mental illness in Europe 32
Conclusions 39
Note 40
References 40

Chapter 2. **Strategies to reduce wasteful spending: Turning the lens to hospitals and pharmaceuticals** 45
Introduction 46
Addressing wasteful spending in hospitals 47
Addressing wasteful spending on pharmaceuticals 60
Conclusions 72
Notes 73
References 74

Part II
Overview of health indicators

Chapter 3. **Health status** 81
Trends in life expectancy 82
Inequalities in life expectancy 84
Healthy life expectancy at birth and at age 65 86
Main causes of mortality 88
Mortality from circulatory diseases 90
Mortality from cancer 92
Mortality from respiratory diseases 94
Infant health 96
Self-reported health and disability 98

HEALTH AT A GLANCE: EUROPE 2018 © OECD/EUROPEAN UNION 2018 7

Quelle: OECD, 2018

Kontexte
Internationale Entwicklungen

- » Von „Output“ zu „Value“
- » Zur Identifikation und Vermeidung von
  - » **Über**versor
  - » Fehlversor
  - » (Unterversc
- » Zu einem stan
  - » OECD – He

TABLE OF CONTENTS

Chapter 2. **Strategies to reduce wasteful spending: Turning the lens to hospitals and pharmaceuticals** 45
Introduction 46
Addressing wasteful spending in hospitals 47
Addressing wasteful spending on pharmaceuticals 60
Conclusions 72
Notes 73
References 74

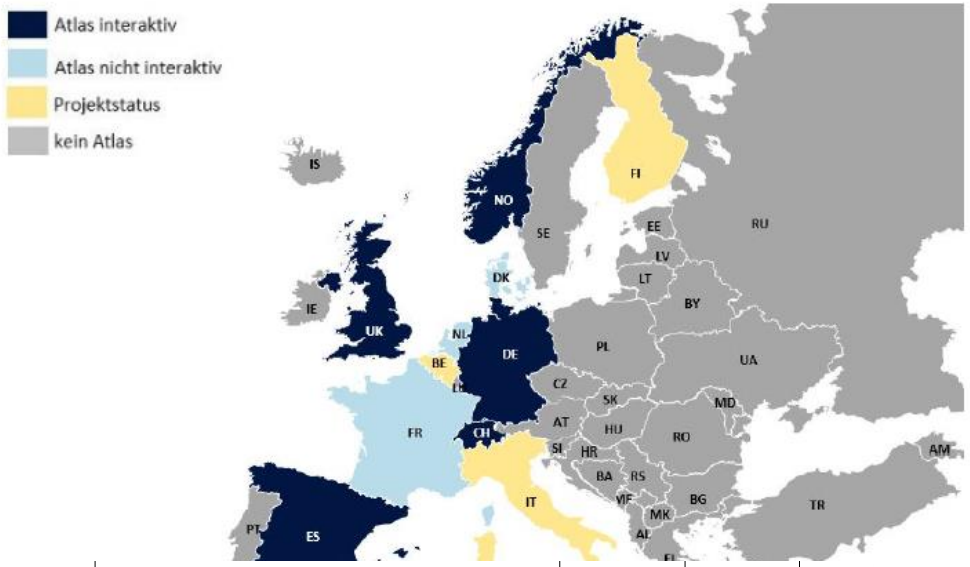
Trends in life expectancy 82
Inequalities in life expectancy 84
Healthy life expectancy at birth and at age 65 86
Main causes of mortality 88
Mortality from circulatory diseases 90
Mortality from cancer 92
Mortality from respiratory diseases 94
Infant health 96
Self-reported health and disability 98

HEALTH AT A GLANCE: EUROPE 2018 © OECD/EUROPEAN UNION 2018 7

Quelle: OECD, 2017

Kontexte
Internationale Entwicklungen

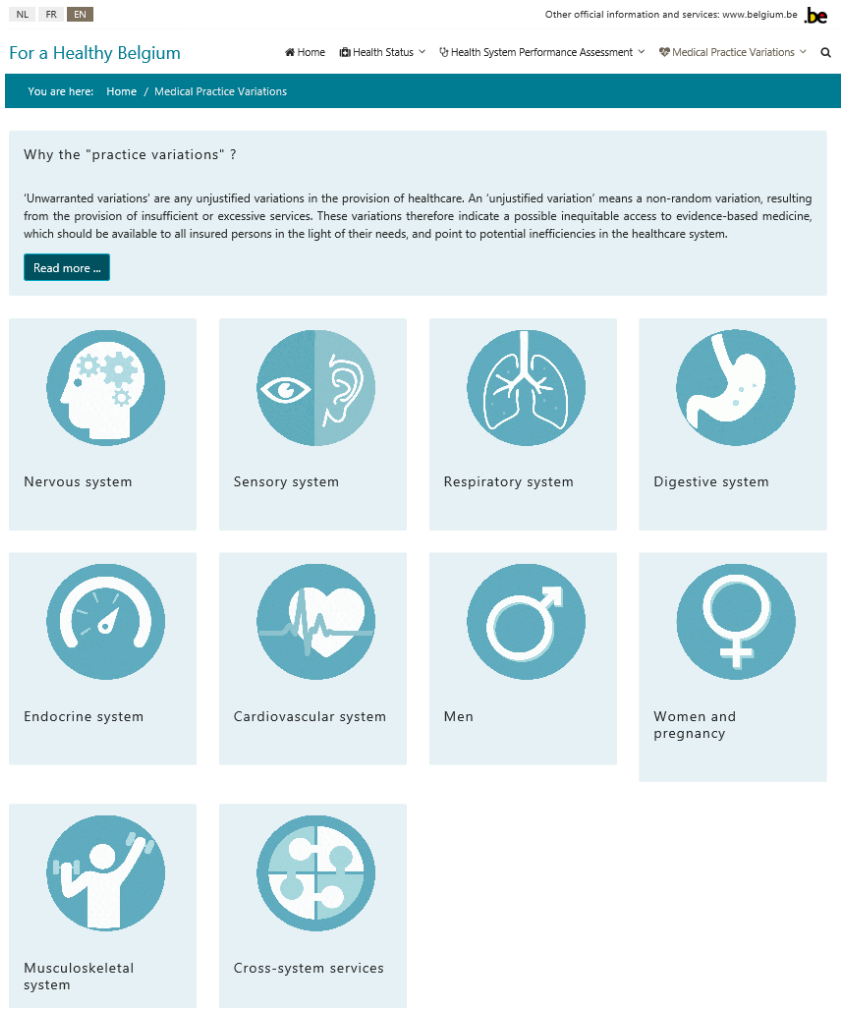
- Von „Output“ zu „Value“
- Zur Identifikation und Vermeidung von
  - **Über**versorgung
  - Fehlversorgung
  - (Unterversorgung)
- Zu einem standardisierten Berichtswesen
  - OECD – Health at a glance
  - Länderberichte



Land	Atlas	Anzahl OPs	Interaktiv	Bericht
Deutschland	Faktencheck Gesundheit, Bertelsmann Stiftung	9	x	x
Deutschland	OP-Atlas Deutschland (WDR)	11	x	x
Frankreich	Atlas des variations de pratiques médicales	11	–	x
Großbritannien	NHS Compediums	6	x	x
Niederlande	item4-MPVproject-Netherlands	3	–	x
Norwegen	Helseatlas	12	x	x
Spanien	Atlas of Variations in Medical Practice in the Spanish National Health System (VPM)	23	x	x
Schweiz	Versorgungsatlas Schweiz	25	x	x
Australien	Australian Atlas of Healthcare Variation	14	x	x
Neuseeland	Atlas of Healthcare Variation NZ	2	x	x
USA	Dartmouth Atlas of Health Care Series	6	x	x
Belgien	Belgian Healthcare Knowledge Centre (KCE)	–	–	–
Finnland	Erhebung OECD-Studie	–	–	–
Italien	Erhebung OECD-Studie	–	–	–

Kontexte
Internationale Entwicklungen

- Von „Output“ zu „Value“
- Zur Identifikation und Vermeidung von
  - **Über**versorgung
  - Fehlversorgung
  - (Unterversorgung)
- Zu einem standardisierten Berichtswesen
  - OECD – Health at a glance
  - Länderberichte



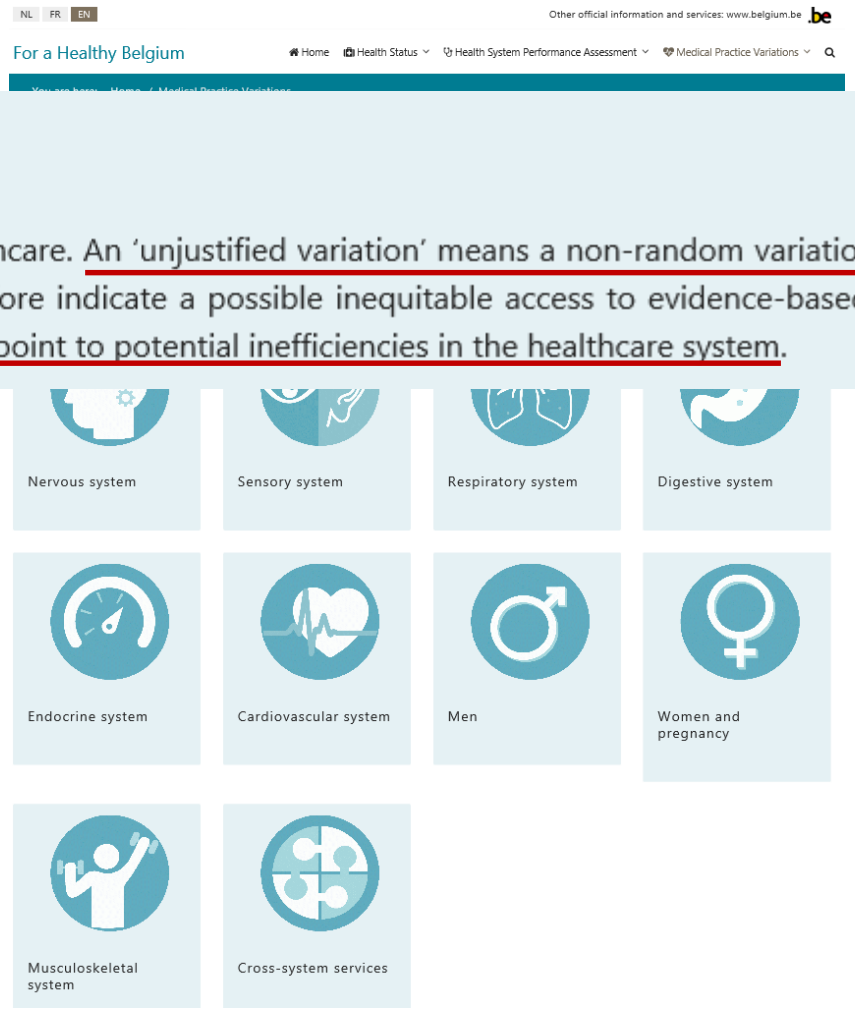
Quelle: https://www.healthybelgium.be/en/medical-practice-variations

Kontexte
Internationale Entwicklungen

- » Von „Output“ zu „Value“
- » Zur
  - » I
  - » I Unterversorgung
  - » (Unterversorgung)
- » Zu einem standardisierten Berichtswesen
  - » OECD – Health at a glance
  - » Länderberichte

Why the "practice variations" ?

‘Unwarranted variations’ are any unjustified variations in the provision of healthcare. An ‘unjustified variation’ means a non-random variation, resulting from the provision of insufficient or excessive services. These variations therefore indicate a possible inequitable access to evidence-based medicine, which should be available to all insured persons in the light of their needs, and point to potential inefficiencies in the healthcare system.

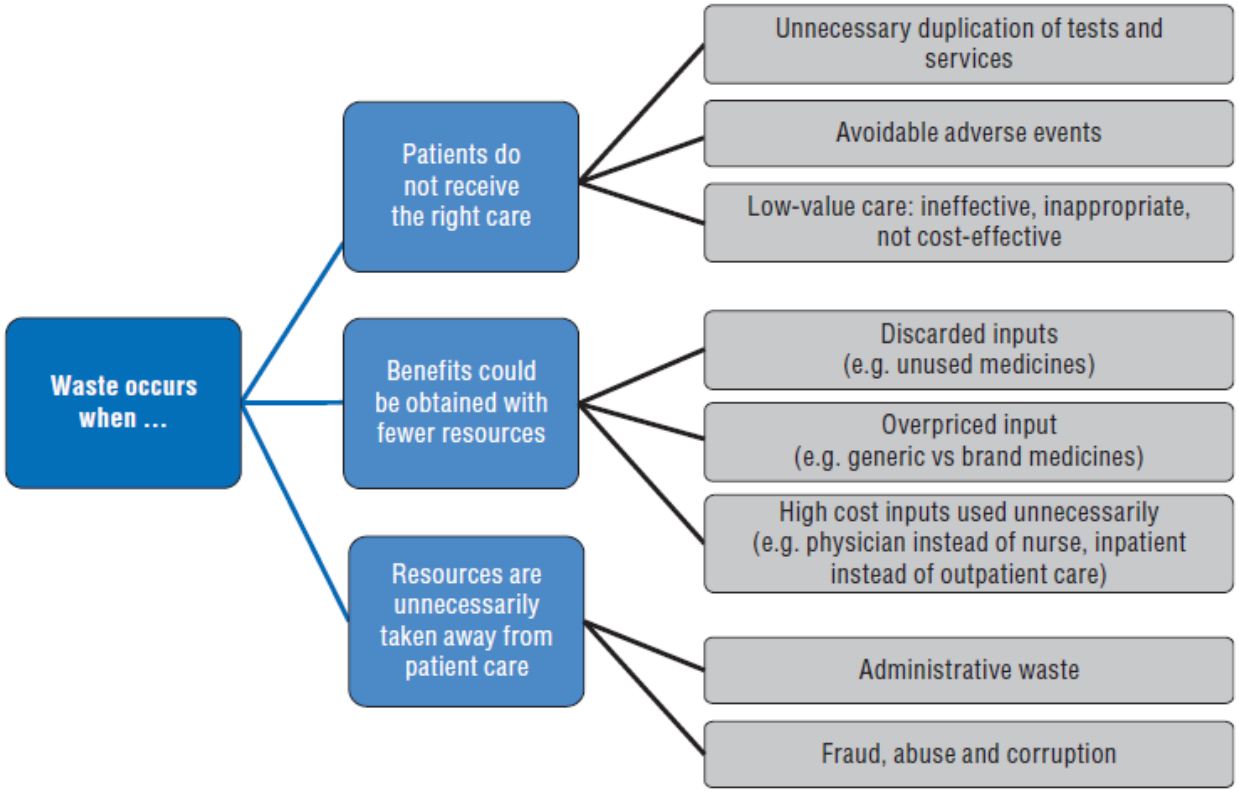


Quelle: https://www.healthybelgium.be/en/medical-practice-variations

VBHC in a nutshell
Steuerungslogik allgemein

VBHC in a nutshell
Steuerungslogik allgemein

Figure 2.1. **A pragmatic approach to identifying and categorising wasteful spending on health**

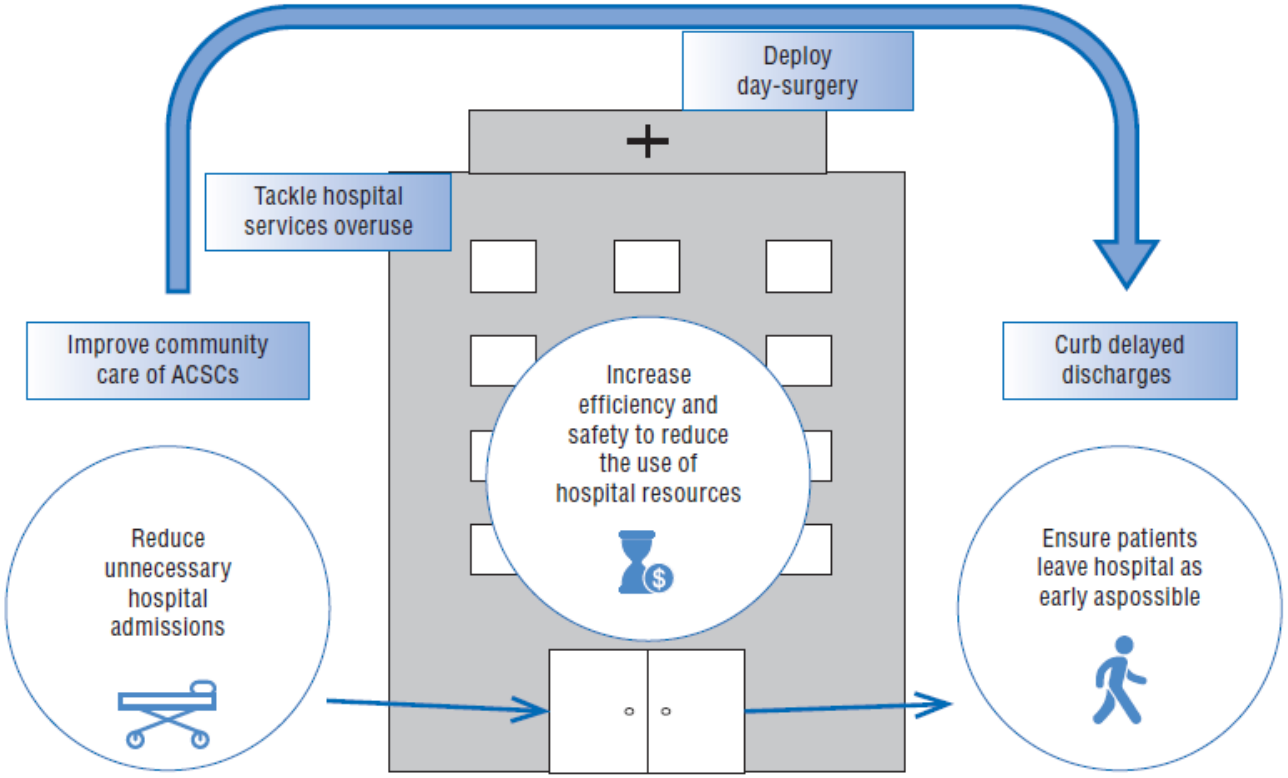


Source: Adapted from OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en.*

Source: OECD, 2018

VBHC in a nutshell
Steuerungslogik – Fokus Krankenanstalten

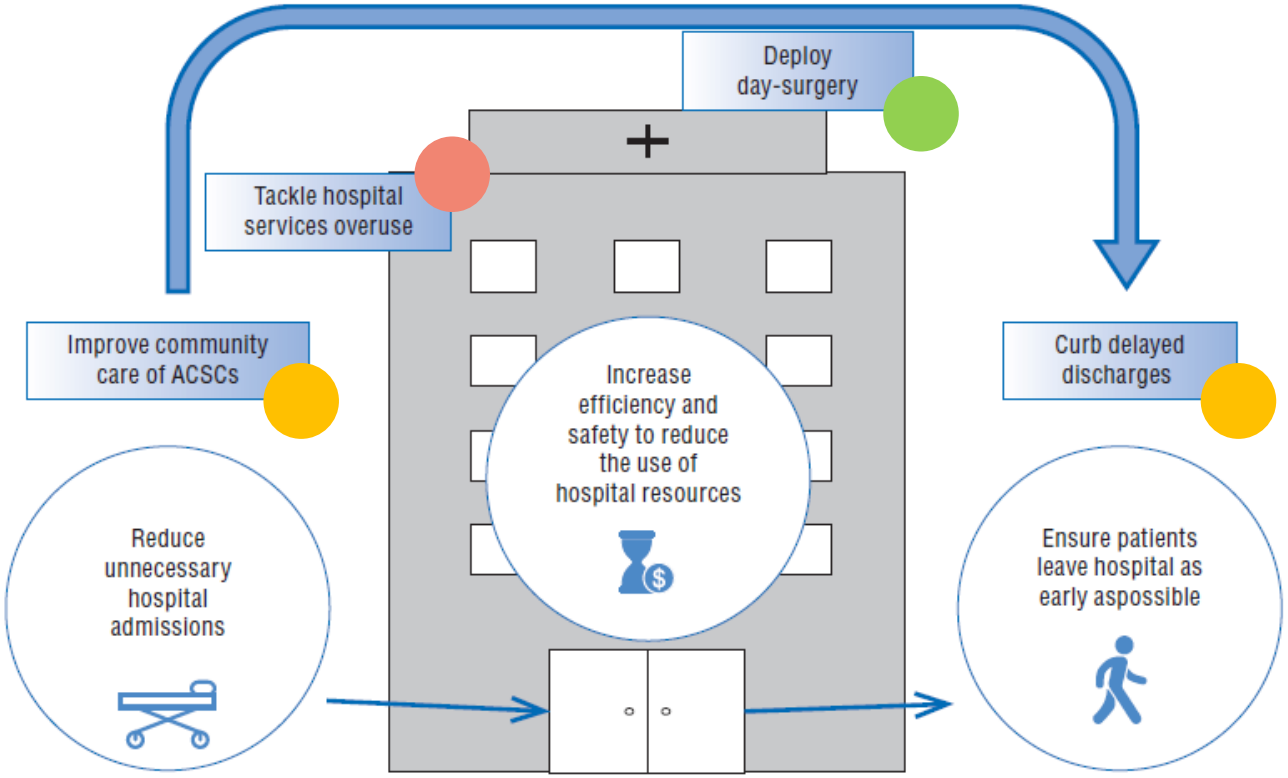
Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**



Source: OECD, 2018

VBHC in a nutshell
Steuerungslogik – Fokus Krankenanstalten

Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**



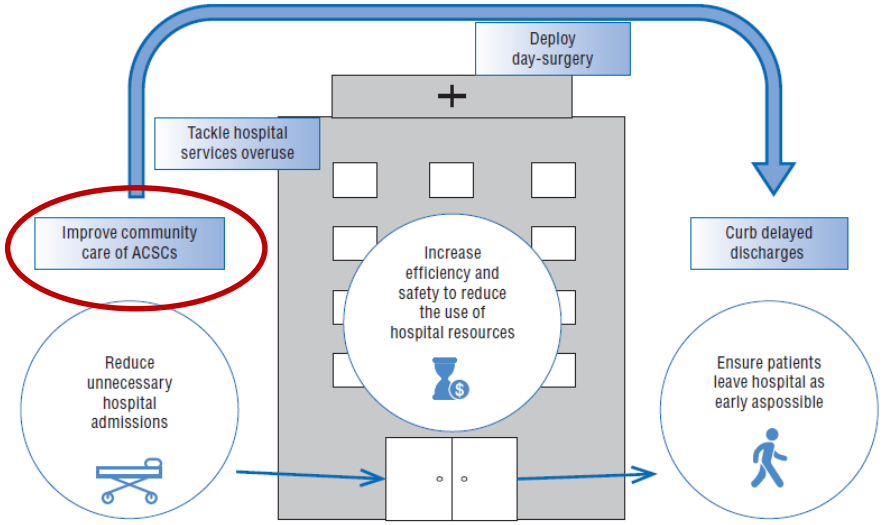
Source: OECD, 2018

Ausgewählte Befunde in Österreich Fokus ACSC

» BZV 2013–2016

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	
6.2.6.	**Operatives Ziel**	Akutstationären Bereich entlasten durch Sicherstellung entsprechender Versorgung in Bezug auf ausgewählte medizinisch begründete vermeidbare Aufenthalte	
	Maßnahme(n)	Maßnahme 1	Definition von medizinisch begründet vermeidbaren Aufenthalten an internationalen Vorbildern orientiert und im österreichischen Kontext angepasst bis Ende 2013
		Maßnahme 2	Systematische Analyse der Entwicklung von medizinisch begründet vermeidbaren Aufenthalten bis Mitte 2014 und Ausarbeiten von differenzierten Empfehlungen zur Reduktion bis Mitte 2015
	Messgröße(n)	1) Definition der medizinisch begründet vermeidbaren Aufenthalte liegt vor 2) Analyse liegt vor 3) Empfehlungen liegen vor 4) Entwicklung ausgewählter medizinisch begründeter vermeidbarer Aufenthalte im Zeitverlauf	
	Zielwert(e)	1) 1 2) 1 3) 1 4) Festlegung der Zielwerte erfolgt in Zusammenhang mit den Empfehlungen bis Mitte 2015	

Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**



Source: BMG, 2013

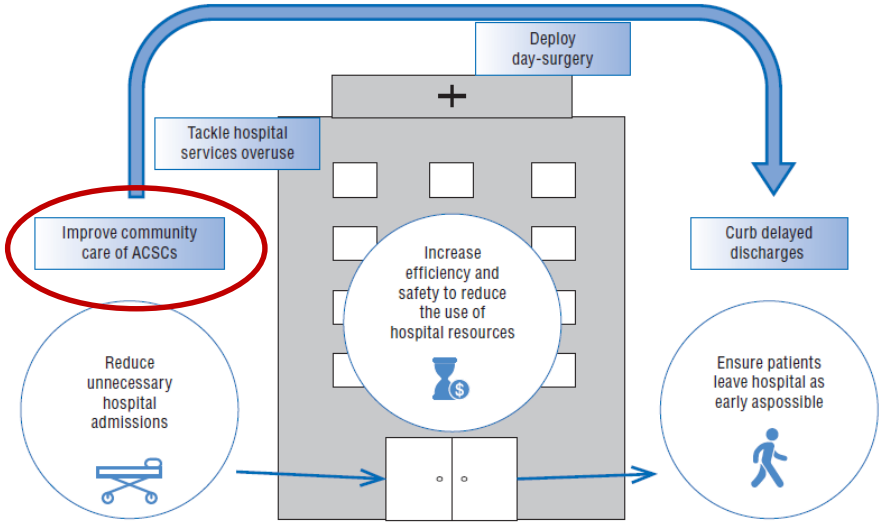
Ausgewählte Befunde in Österreich
Fokus ACSC

» BZV 2013–2016

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

6.2.6.	Maßnahme 1	Definition von medizinisch begründet vermeidbaren Aufenthalten an internationalen Vorbildern orientiert und im österreichischen Kontext angepasst bis Ende 2013
	Maßnahme 2	Systematische Analyse der Entwicklung von medizinisch begründet vermeidbaren Aufenthalten bis Mitte 2014 und Ausarbeiten von differenzierten Empfehlungen zur Reduktion bis Mitte 2015
	Zielwert(e)	1) 1 2) 1 3) 1 4) Festlegung der Zielwerte erfolgt in Zusammenhang mit den Empfehlungen bis Mitte 2015

Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**



Source: BMG, 2013

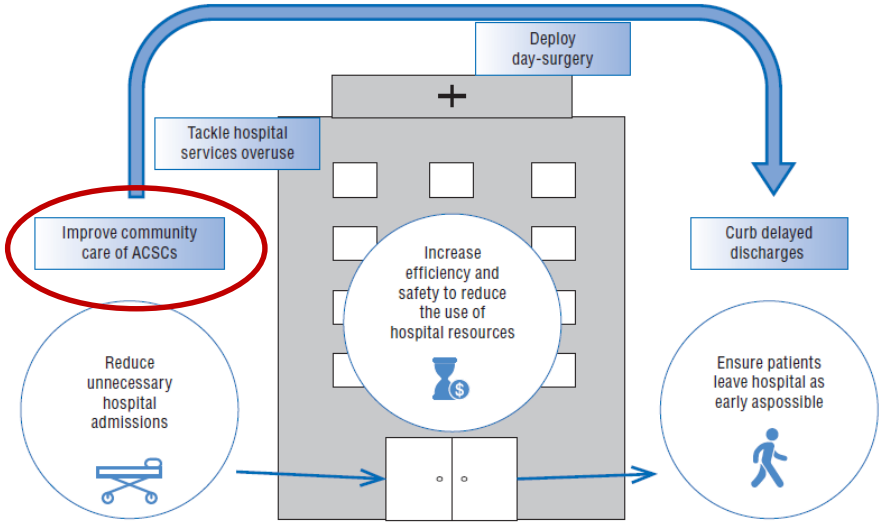
Ausgewählte Befunde in Österreich
Fokus ACSC

Tabelle 4.14:
Operatives Ziel 6.2.6.: Entwicklung ausgewählter medizinisch begründet vermeidbarer Aufenthalte im Zeitverlauf, Aufenthalte je 100.000 Einwohner/innen

Bundesland	ACSC-Diagnose	2011	2012	2013	2014	2015	Entwick-lung 2011-2015*
Steiermark	**gesamt**	**2.332**	**2.246**	**2.136**	**2.111**	**2.049**	-3,18 %
Steiermark	Angina Pectoris	75	70	66	59	58	-6,23 %
Steiermark	Asthma Bronchiale, COPD, Emphysem	211	228	240	224	234	2,60 %
Steiermark	Dehydration mit Gastroenteritis	174	170	120	118	121	-8,64 %
Steiermark	Dekubitus und Ulcus der Haut	30	31	25	25	28	-1,70 %
Steiermark	Diabetes Mellitus mit Komplikationen	90	104	86	69	69	-6,39 %
Steiermark	Erkrankungen der Atemwege	110	70	86	72	76	-8,90 %
Steiermark	Grippe und Pneumonie	301	285	254	274	302	0,09 %
Steiermark	Herzinsuffizienz	195	206	201	222	205	1,21 %
Steiermark	HNO-Infektionen	166	132	139	141	146	-3,12 %
Steiermark	Hypertonie	267	262	239	229	195	-7,57 %
Steiermark	Osteoporose	21	17	13	13	11	-14,73 %
Steiermark	Rückenschmerzen	693	672	667	664	604	-3,38 %

Source: BMGF, 2017

Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**



Ausgewählte Befunde in Österreich
Fokus ACSC

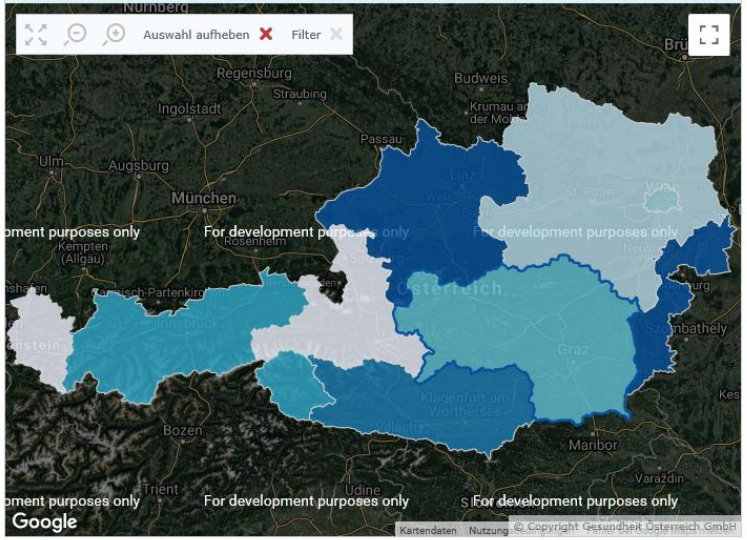
Gesundheit Österreich GmbH

Monitoring Atlas

Gewählter Indikator: Vermeidbare Krankenhausaufenthalte je 100.000 Einwohner/innen (ACSC) gesamt (2015)

Karte | Tabelle | Karten | Download Excel | Profil

Vermeidbare Spitalsaufenthalte (ACSC) je 100.000 Einwohner (Operatives Ziel 6.2.6) >> Vermeidbare Krankenhausaufenthalte je 100.000 Einwohner/innen (ACSC) gesamt (2015)



Indikatoren (2015)

Indikator	Gebiet	Wert	Ø Ö	Ziel	WTR p.a. (Vorjahr)	WTR p.a. (Beginn)
Finanzzielsteuerung						
ZSG-relevante GHA Länder (2010 = 100)	Österreich	116,52	116,36	121,01	3,55	3,10
	Steiermark	114,69	116,36	121,68	3,94	2,78
ZSG-relevante GHA Länder in % AOG	Österreich	0,97	0,97		0,02	-0,64
	Steiermark	0,94	0,97		-0,09	-1,16
ZSG-relevante GHA ges. KV (2010 = 100)	Österreich	116,61	116,61	121,81	3,95	3,12
	Steiermark	112,96	116,61	121,81	3,28	2,47
ZSG-relevante GHA ges. KV in % AOG	Österreich	0,96	0,96		0,01	-0,87
	Steiermark	0,93	0,96		-0,63	-1,50
ZSG-relevante GHA Länder + ges. KV (2010 = 100)	Österreich	116,56	116,56	120,31	3,74	3,11
	Steiermark	113,84	116,56	121,57	3,62	2,63
ZSG-relevante GHA Länder + ges. KV in % AOG	Österreich	0,96	0,97		0,02	-0,75
	Steiermark	0,94	0,97		-0,35	-1,32
Indikatoren Steuerungsbereiche Versorgungsstrukturen						
Anteil tagesklinisch erbrachter Leistungen (Operatives Ziel 6.2.2)						
Vermeidbare Spitalsaufenthalte (ACSC) je 100.000 Einwohner (Operatives Ziel 6.2.6)						

Legende

- Bundesländer
- 1.727,2 - 1.787,3
- 1.787,4 - 1.847,5
- 1.847,6 - 1.907,6
- 1.907,7 - 1.967,8
- 1.967,9 - 2.027,9
- 2.028,0 - 2.088,1
- 2.088,2 - 2.148,2
- 2.148,3 - 2.208,4
- 2.208,5 - 2.268,5

Metadaten zum Indikator

Definition/Berechnung: Vermeidbare Krankenhausaufenthalte je 100.000 Einwohner/innen (ACSC)

Aufenthalte in Akutkrankenanstalten (LGF-finanzierte KA, Sanatorien, UKH) mit ausgewählten medizinisch begründet vermeidbaren Aufenthalten. Einschließlich Null-Tagesaufenthalte. Auswertung nach Wohnort der Patienten, alters- und geschlechtsstandardisiert nach Europabevölkerung 1976. Siehe auch: http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitsreform Datenquelle: Operatives Ziel 6.2.6 B-ZV 2013, Monitoring Zielsteuerung Gesundheit"

Hilfe | Drucken

- / + | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015

Zeitreihe des gewählten Indikators

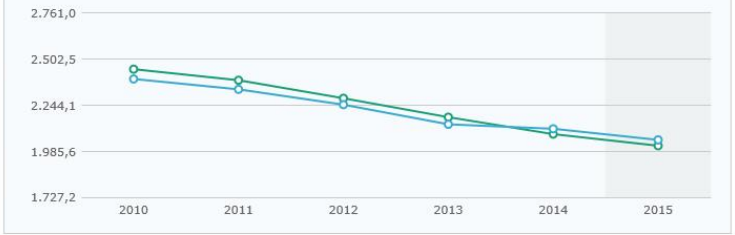
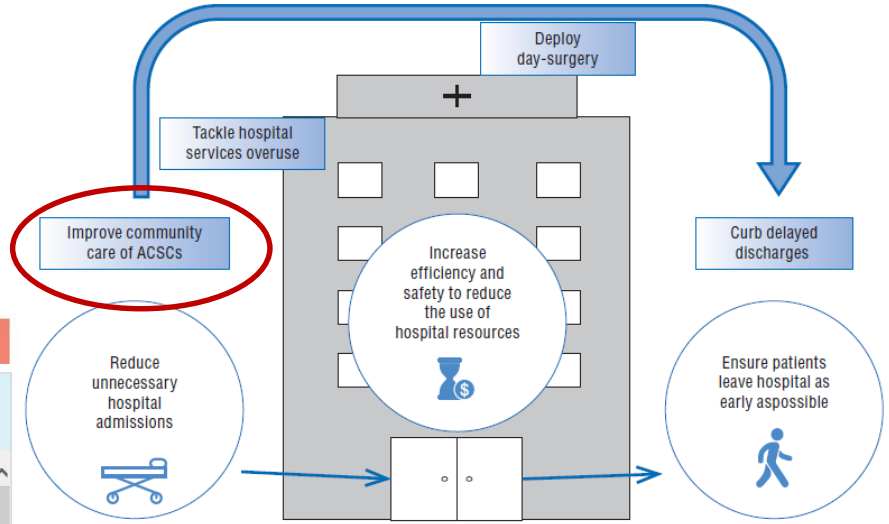


Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**



Ausgewählte Befunde in Österreich
Fokus Tagesklinik

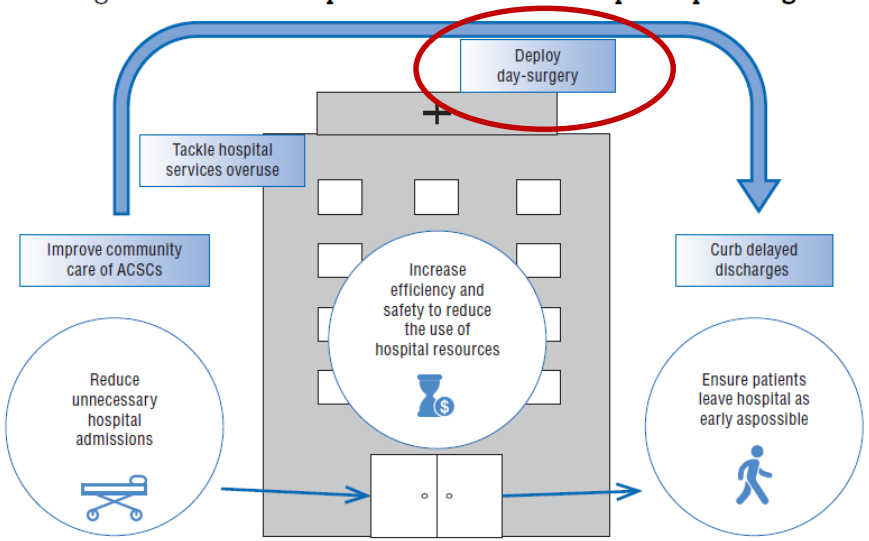
» BZV 2013–16, BZV 2017–2021

Strategisches Ziel 1	Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes
Operatives Ziel 1.3	**Bedarfsgerechte Anpassung der stationären Versorgungsstrukturen**
Messgrößen und Zielwerte	(4) Krankenhaushäufigkeit in FKA *Zielwert: Reduktion österreichweit um mindestens 2 % jährlich* (5) Belagstagedichte in FKA *Zielwert: Reduktion österreichweit um mindestens 2 % jährlich* (6) Ausgewählte TK-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden *Zielwert: pro Leistungsbündel definiert (siehe Anlage 2)*

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen in Bezug auf Grundlage der Regelungen im ÖSG (z.B. KAKuG)	Juni 2018
Landesebene	1: Analyse und gemeinsame regionale Planung der akutstationären Versorgung auf Grundlage des neuen ÖSG im jeweiligen RSG (Art. 5 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG OF, Art. 13 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG ZS-G) insbesondere • Forcierung der ambulanten und tagesklinischen Leistungserbringung, • Bündelung komplexer Leistungen und weitgehende Überwindung kleinteiliger Organisationsformen und • Umsetzung der gemeinsam vereinbarten ÜRVP	Dezember 2018
	2: Gezielter Aufbau/Ergänzung von noch fehlenden HOS/PAL Einrichtungen/Kapazitäten im stationären Bereich inkl. Kinder-Palliativbetten auf Basis der Analyseergebnisse und Empfehlungen zur Finanzierung zusätzlicher Strukturen (siehe auch op. Ziel 1)	Dezember 2021

Source: BMGF, 2017

Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**



Ausgewählte Befunde in Österreich
Fokus Tagesklinik

» BZV 2013–16, BZV 2017–2021

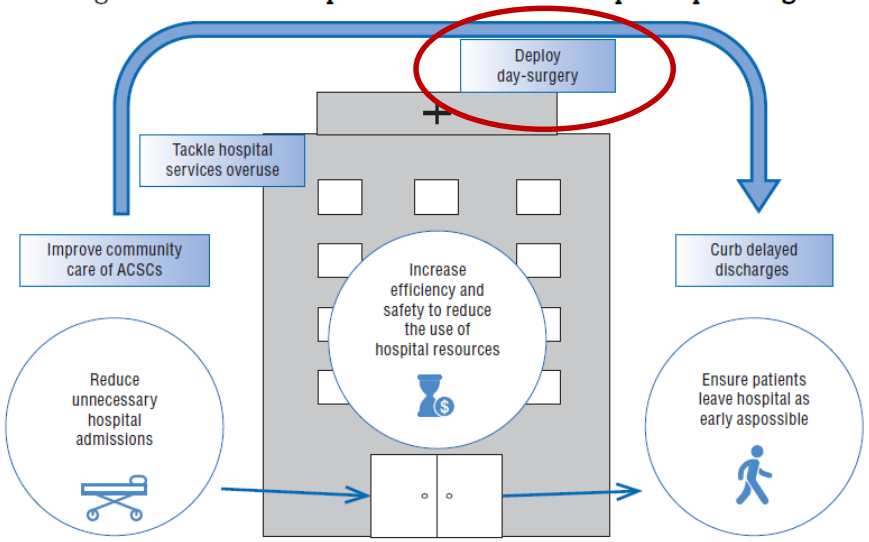
Strategisches Ziel 1	Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes
Operatives Ziel 1.3	**Bedarfsgerechte Anpassung der stationären Versorgungsstrukturen**
Messgrößen und	(4) Krankenhaushäufigkeit in FKA

(6) Ausgewählte TK-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden

Zielwert: pro Leistungsbündel definiert (siehe Anlage 2)

Bundesebene	1: Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen in Bezug auf Grundlage der Regelungen im ÖSG (z.B. KAKuG)	Juni 2018
Landesebene	1: Analyse und gemeinsame regionale Planung der akutstationären Versorgung auf Grundlage des neuen ÖSG im jeweiligen RSG (Art. 5 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG OF, Art. 13 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG ZS-G) insbesondere • Forcierung der ambulanten und tagesklinischen Leistungserbringung, • Bündelung komplexer Leistungen und weitgehende Überwindung kleinteiliger Organisationsformen und • Umsetzung der gemeinsam vereinbarten ÜRVP	Dezember 2018
	2: Gezielter Aufbau/Ergänzung von noch fehlenden HOS/PAL Einrichtungen/Kapazitäten im stationären Bereich inkl. Kinder-Palliativbetten auf Basis der Analyseergebnisse und Empfehlungen zur Finanzierung zusätzlicher Strukturen (siehe auch op. Ziel 1)	Dezember 2021

Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**



Source: BMGF, 2017

Ausgewählte Befunde in Österreich
Fokus Tagesklinik

Tabelle 7.7:
Messgröße 6: Ausgewählte Tagesklinik-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden in Prozent der durchgeführten Leistungen 2017, Vorjahreswerte (2016) in Klammer

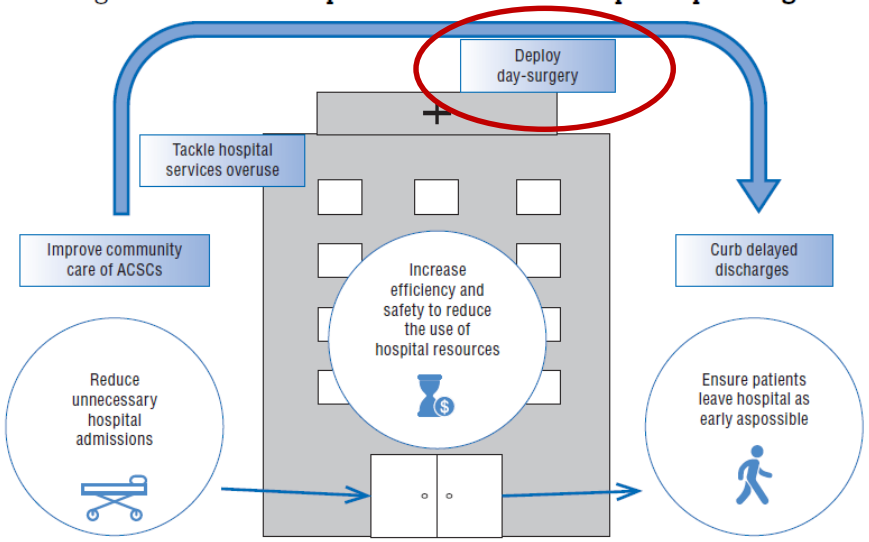
	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö	Ziel-wert 2021
Adenotomie/ Paracentese	41,0 (37,0)	30,2 (24,6)	54,8 (53,1)	58,5 (59,2)	13,9 (10,0)	19,4 (11,1)	38,4 (35,8)	62,9 (63,6)	40,4 (41,5)	42,3 (41,1)	40
Curettage	62,4 (64,3)	63,1 (57,7)	66,4 (64,4)	60,3 (60,8)	49,5 (32,9)	57,4 (45,2)	43,9 (36,3)	65,7 (60,8)	42,0 (40,8)	55,0 (51,2)	50
Eingriffe Bewegungsapparat	38,0 (34,8)	42,4 (35,7)	43,9 (43,1)	32,7 (35,0)	29,3 (17,1)	50,5 (43,6)	27,9 (24,9)	51,9 (52,4)	30,7 (26,0)	35,8 (32,9)	40
Eingriffe Haut mit Lappenplastik	42,6 (47,4)	43,8 (30,5)	26,8 (24,8)	24,7 (21,6)	35,2 (32,7)	22,1 (16,1)	62,6 (70,3)	24,9 (18,4)	52,7 (45,5)	43,3 (41,3)	40
Hernien OP	0,9 (0,4)	11,4 (3,9)	7,0 (8,5)	2,8 (3,4)	0,5 (0,7)	5,8 (3,6)	1,2 (0,6)	10,1 (12,2)	1,4 (0,7)	4,2 (3,8)	15
Karpaltunnel OP	85,9 (91,2)	84,7 (79,2)	84,8 (82,5)	76,9 (73,8)	47,5 (23,9)	66,3 (44,5)	82,8 (72,9)	68,2 (72,0)	57,7 (50,5)	73,5 (65,3)	65
Katarakt OP	99,9 (99,4)	97,3 (91,7)	93,7 (93,1)	85,9 (82,5)	89,6 (83,9)	80,4 (76,9)	86,2 (85,8)	74,5 (73,8)	86,1 (83,6)	87,1 (84,4)	70
Knie Arthroskopie	40,5 (42,2)	54,8 (34,9)	45,6 (41,2)	14,0 (13,0)	12,2 (4,7)	5,9 (1,9)	7,6 (4,7)	45,8 (43,3)	20,6 (15,2)	26,5 (22,1)	30
Metallentfernung	40,7 (37,2)	58,5 (40,7)	48,4 (45,5)	50,6 (51,1)	32,7 (27,7)	35,0 (26,8)	31,8 (29,0)	44,6 (42,7)	34,8 (33,3)	42,0 (38,8)	40
sonst. Eingriffe Auge	100,0 (99,7)	90,4 (88,0)	83,2 (77,3)	77,5 (75,5)	74,6 (62,5)	82,3 (61,5)	85,3 (90,8)	13,2 (12,8)	90,2 (88,3)	82,5 (77,8)	70
sonst. Eingriffe HNO	1,4 (0,0)	2,6 (0,8)	0,2 (1,2)	18,3 (12,1)	2,1 (2,2)	0,6 (0,3)	1,7 (2,2)	1,8 (0,7)	0,8 (0,7)	4,6 (3,1)	20
sonst. Eingriffe Urologie	44,6 (44,6)	59,5 (52,8)	67,8 (67,3)	52,9 (58,0)	62,2 (59,9)	54,8 (51,6)	40,2 (40,2)	22,8 (24,2)	47,7 (50,3)	52,9 (53,4)	60
sonst. Eingriffe Uterus	66,7 (68,4)	58,7 (52,5)	66,5 (64,1)	50,5 (48,1)	47,2 (25,4)	50,2 (42,4)	43,0 (32,6)	69,5 (59,7)	20,1 (13,9)	49,1 (43,2)	40
Varizen OP	4,6 (3,5)	51,9 (43,5)	43,3 (41,3)	23,5 (24,2)	15,8 (14,0)	22,6 (19,4)	23,0 (15,0)	37,2 (36,9)	23,7 (12,8)	28,7 (24,6)	30
Gewichteter Mittelwert (Fälle)	53,3 (52,2)	67,1 (59,6)	64,3 (62,0)	58,9 (57,5)	50,9 (41,7)	50,1 (43,0)	50,5 (48,6)	54,2 (52,6)	57,5 (53,6)	57,4 (53,7)	

Zielvorgabe: steigender Trend, leistungsspezifische Zielwerte 2021
Werte für 2018 sind aufgrund noch nicht vorliegender ambulanter Daten zum Zeitpunkt der Berichtslegung nicht verfügbar

Quelle: BMASGK (2019a)

Source: BMASGK, 2019

Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**



Ausgewählte Befunde in Österreich
Fokus Tagesklinik

Tabelle 7.7:
Messgröße 6: Ausgewählte Tagesklinik-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden in Prozent der durchgeführten Leistungen 2017, Vorjahreswerte (2016) in Klammer

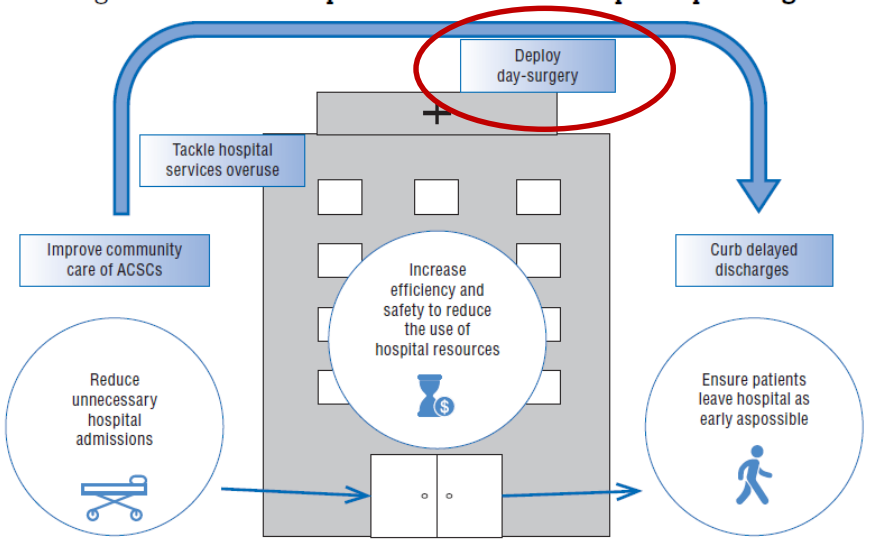
	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö	Ziel-wert 2021
Adenotomie/ Paracentese	41,0 (37,0)	30,2 (24,6)	54,8 (53,1)	58,5 (59,2)	13,9 (10,0)	19,4 (11,1)	38,4 (35,8)	62,9 (63,6)	40,4 (41,5)	42,3 (41,1)	40
Curettage	62,4 (64,3)	63,1 (57,7)	66,4 (64,4)	60,3 (60,8)	49,5 (32,9)	57,4 (45,2)	43,9 (36,3)	65,7 (60,8)	42,0 (40,8)	55,0 (51,2)	50
Eingriffe Bewegungsapparat	38,0 (34,8)	42,4 (35,7)	43,9 (43,1)	32,7 (35,0)	29,3 (17,1)	50,5 (43,6)	27,9 (24,9)	51,9 (52,4)	30,7 (26,0)	35,8 (32,9)	40
Eingriffe Haut mit Lappenplastik	42,6 (47,4)	43,8 (30,5)	26,8 (24,8)	24,7 (21,6)	35,2 (32,7)	22,1 (16,1)	62,6 (70,3)	24,9 (18,4)	52,7 (45,5)	43,3 (41,3)	40
Hernien OP	0,9 (0,4)	11,4 (3,9)	7,0 (8,5)	2,8 (3,4)	0,5 (0,7)	5,8 (3,6)	1,2 (0,6)	10,1 (12,2)	1,4 (0,7)	4,2 (3,8)	15
Karpaltunnel OP	85,9 (91,2)	84,7 (79,2)	84,8 (82,5)	76,9 (73,8)	47,5 (23,9)	66,3 (44,5)	82,8 (72,9)	68,2 (72,0)	57,7 (50,5)	73,5 (65,3)	65
Katarakt OP	99,9 (99,4)	97,3 (91,7)	93,7 (93,1)	85,9 (82,5)	89,6 (83,9)	80,4 (76,9)	86,2 (85,8)	74,5 (73,8)	86,1 (83,6)	87,1 (84,4)	70
Knie Arthroskopie	40,5 (42,2)	54,8 (34,9)	45,6 (41,2)	14,0 (13,0)	12,2 (4,7)	5,9 (1,9)	7,6 (4,7)	45,8 (43,3)	20,6 (15,2)	26,5 (22,1)	30
Metallentfernung	40,7 (37,2)	58,5 (40,7)	48,4 (45,5)	50,6 (51,1)	32,7 (27,7)	35,0 (26,8)	31,8 (29,0)	44,6 (42,7)	34,8 (33,3)	42,0 (38,8)	40
sonst. Eingriffe Auge	100,0 (99,7)	90,4 (88,0)	83,2 (77,3)	77,5 (75,5)	74,6 (62,5)	82,3 (61,5)	85,3 (90,8)	13,2 (12,8)	90,2 (88,3)	82,5 (77,8)	70
sonst. Eingriffe HNO	1,4 (0,0)	2,6 (0,8)	0,2 (1,2)	18,3 (12,1)	2,1 (2,2)	0,6 (0,3)	1,7 (2,2)	1,8 (0,7)	0,8 (0,7)	4,6 (3,1)	20
sonst. Eingriffe Urologie	44,6 (44,6)	59,5 (52,8)	67,8 (67,3)	52,9 (58,0)	62,2 (59,9)	54,8 (51,6)	40,2 (40,2)	22,8 (24,2)	47,7 (50,3)	52,9 (53,4)	60
sonst. Eingriffe Uterus	66,7 (68,4)	58,7 (52,5)	66,5 (64,1)	50,5 (48,1)	47,2 (25,4)	50,2 (42,4)	43,0 (32,6)	69,5 (59,7)	20,1 (13,9)	49,1 (43,2)	40
Varizen OP	4,6 (3,5)	51,9 (43,5)	43,3 (41,3)	23,5 (24,2)	15,8 (14,0)	22,6 (19,4)	23,0 (15,0)	37,2 (36,9)	23,7 (12,8)	28,7 (24,6)	30
Gewichteter Mittelwert (Fälle)	53,3 (52,2)	67,1 (59,6)	64,3 (62,0)	58,9 (57,5)	50,9 (41,7)	50,1 (43,0)	50,5 (48,6)	54,2 (52,6)	57,5 (53,6)	57,4 (53,7)	

Zielvorgabe: steigender Trend, leistungsspezifische Zielwerte 2021
Werte für 2018 sind aufgrund noch nicht vorliegender ambulanter Daten zum Zeitpunkt der Berichtslegung nicht verfügbar

Quelle: BMASGK (2019a)

Source: BMASGK, 2019

Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**



Ausgewählte Befunde in Österreich
Fokus Tagesklinik

Tabelle 7.7:
Messgröße 6: Ausgewählte Tagesklinik-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden in Prozent der durchgeführten Leistungen 2017, Vorjahreswerte (2016) in Klammer

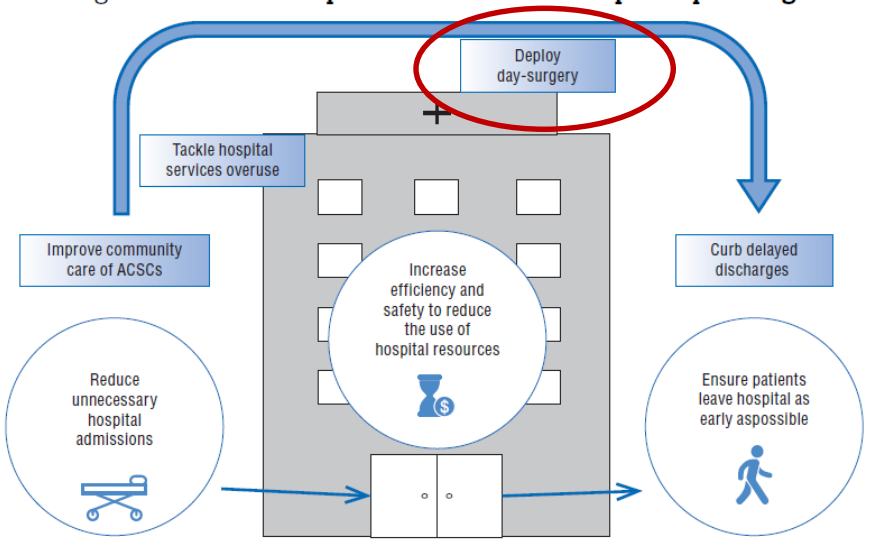
	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö	Ziel-wert 2021
Adenotomie/ Paracentese	41,0 (37,0)	30,2 (24,6)	54,8 (53,1)	58,5 (59,2)	13,9 (10,0)	19,4 (11,1)	38,4 (35,8)	62,9 (63,6)	40,4 (41,5)	42,3 (41,1)	40
Curettage	62,4 (64,3)	63,1 (57,7)	66,4 (64,4)	60,3 (60,8)	49,5 (32,9)	57,4 (45,2)	43,9 (36,3)	65,7 (60,8)	42,0 (40,8)	55,0 (51,2)	50
Eingriffe Bewegungsapparat	38,0 (34,8)	42,4 (35,7)	43,9 (43,1)	32,7 (35,0)	29,3 (17,1)	50,5 (43,6)	27,9 (24,9)	51,9 (52,4)	30,7 (26,0)	35,8 (32,9)	40
Eingriffe Haut mit Lappenplastik	42,6 (47,4)	43,8 (30,5)	26,8 (24,8)	24,7 (21,6)	35,2 (32,7)	22,1 (16,1)	62,6 (70,3)	24,9 (18,4)	52,7 (45,5)	43,3 (41,3)	40
Hernien OP	0,9 (0,4)	11,4 (3,9)	7,0 (8,5)	2,8 (3,4)	0,5 (0,7)	5,8 (3,6)	1,2 (0,6)	10,1 (12,2)	1,4 (0,7)	4,2 (3,8)	15
Karpaltunnel OP	85,9 (91,2)	84,7 (79,2)	84,8 (82,5)	76,9 (73,8)	47,5 (23,9)	66,3 (44,5)	82,8 (72,9)	68,2 (72,0)	57,7 (50,5)	73,5 (65,3)	65
Katarakt OP	99,9 (99,4)	97,3 (91,7)	93,7 (93,1)	85,9 (82,5)	89,6 (83,9)	80,4 (76,9)	86,2 (85,8)	74,5 (73,8)	86,1 (83,6)	87,1 (84,4)	70
Knie Arthroskopie	40,5 (42,2)	54,8 (34,9)	45,6 (41,2)	14,0 (13,0)	12,2 (4,7)	5,9 (1,9)	7,6 (4,7)	45,8 (43,3)	20,6 (15,2)	26,5 (22,1)	30
Metallentfernung	40,7 (37,2)	58,5 (40,7)	48,4 (45,5)	50,6 (51,1)	32,7 (27,7)	35,0 (26,8)	31,8 (29,0)	44,6 (42,7)	34,8 (33,3)	42,0 (38,8)	40
sonst. Eingriffe Auge	100,0 (99,7)	90,4 (88,0)	83,2 (77,3)	77,5 (75,5)	74,6 (62,5)	82,3 (61,5)	85,3 (90,8)	13,2 (12,8)	90,2 (88,3)	82,5 (77,8)	70
sonst. Eingriffe HNO	1,4 (0,0)	2,6 (0,8)	0,2 (1,2)	18,3 (12,1)	2,1 (2,2)	0,6 (0,3)	1,7 (2,2)	1,8 (0,7)	0,8 (0,7)	4,6 (3,1)	20
sonst. Eingriffe Urologie	44,6 (44,6)	59,5 (52,8)	67,8 (67,3)	52,9 (58,0)	62,2 (59,9)	54,8 (51,6)	40,2 (40,2)	22,8 (24,2)	47,7 (50,3)	52,9 (53,4)	60
sonst. Eingriffe Uterus	66,7 (68,4)	58,7 (52,5)	66,5 (64,1)	50,5 (48,1)	47,2 (25,4)	50,2 (42,4)	43,0 (32,6)	69,5 (59,7)	20,1 (13,9)	49,1 (43,2)	40
Varizen OP	4,6 (3,5)	51,9 (43,5)	43,3 (41,3)	23,5 (24,2)	15,8 (14,0)	22,6 (19,4)	23,0 (15,0)	37,2 (36,9)	23,7 (12,8)	28,7 (24,6)	30
Gewichteter Mittelwert (Fälle)	53,3 (52,2)	67,1 (59,6)	64,3 (62,0)	58,9 (57,5)	50,9 (41,7)	50,1 (43,0)	50,5 (48,6)	54,2 (52,6)	57,5 (53,6)	57,4 (53,7)	

Zielvorgabe: steigender Trend, leistungsspezifische Zielwerte 2021
Werte für 2018 sind aufgrund noch nicht vorliegender ambulanter Daten zum Zeitpunkt der Berichtslegung nicht verfügbar

Quelle: BMASGK (2019a)

Source: BMASGK, 2019

Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**



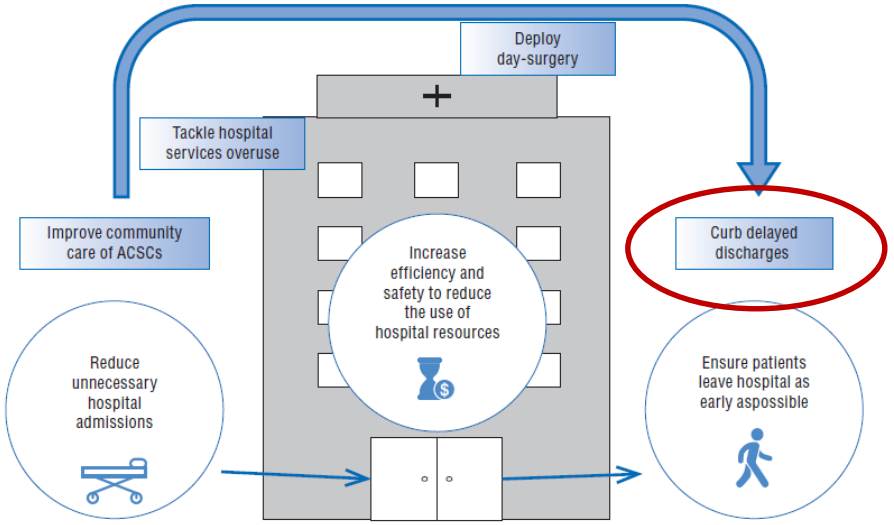
Ausgewählte Befunde in Österreich
Fokus (Präoperative) Verweildauer

» BZV 2013–16, BZV 2017–2021

Strategisches Ziel 2	Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse
Operatives Ziel 6	**Verbesserung der integrierten Versorgung**
Messgrößen und Zielwerte	(15) Aufenthalte mit kurzer präop. VWD in FKA *Zielwert: 94 %* (16) In Therapie Aktiv versorgte PatientInnen und teilnehmende ÄrztInnen (AM und IM) *Zielvorgabe: ↑*

Maßnahmen		**Zeitplan**
Bundesebene	1: Fertigstellung, Festlegung und Veröffentlichung bundesweit einheitliche Qualitätsstandards für die Bereiche Diabetes und Schlaganfall und Prüfung der Rahmenbedingungen für die Umsetzung	Dezember 2017
Landesebene	1: Umsetzung der bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards für Diabetes und Schlaganfall bei entsprechenden Arbeiten auf Landesebene	Dezember 2020

Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**



Source: BMGF, 2017

Ausgewählte Befunde in Österreich
Fokus (Präoperative) Verweildauer

» BZV 2013–16, BZV 2017–2021

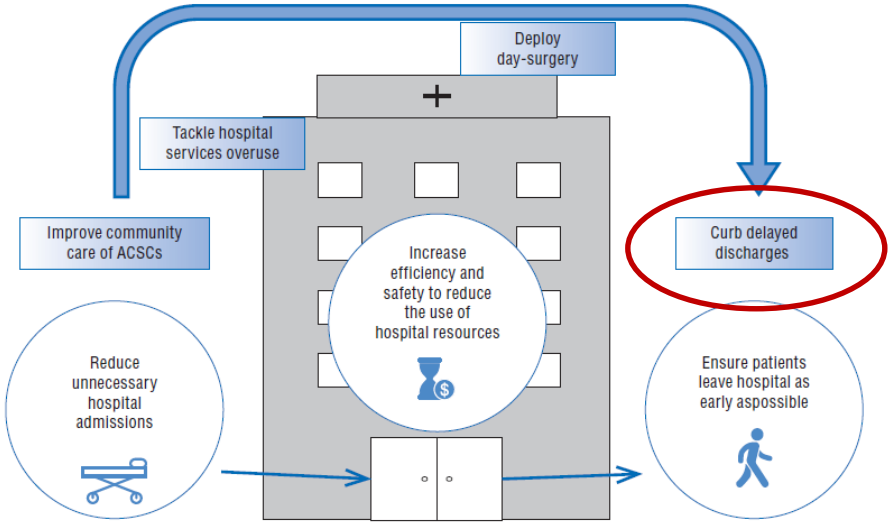
Strategisches Ziel 2	Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse
Operatives Ziel 6	Verbesserung der integrierten Versorgung

(15) Aufenthalte mit kurzer präop. VWD in FKA

Zielwert: 94 %

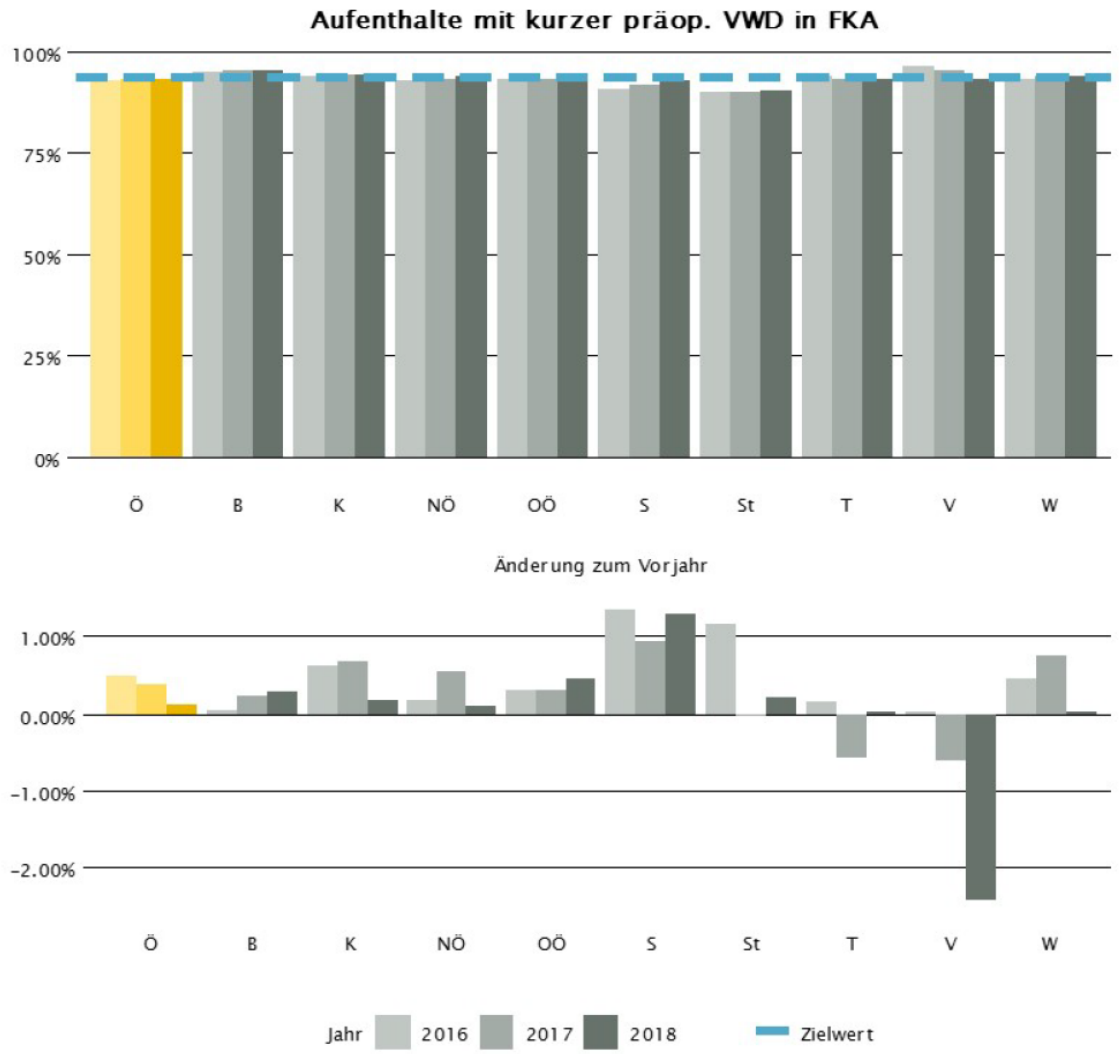
Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Fertigstellung, Festlegung und Veröffentlichung bundesweit einheitliche Qualitätsstandards für die Bereiche Diabetes und Schlaganfall und Prüfung der Rahmenbedingungen für die Umsetzung	Dezember 2017
Landesebene	1: Umsetzung der bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards für Diabetes und Schlaganfall bei entsprechenden Arbeiten auf Landesebene	Dezember 2020

Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**



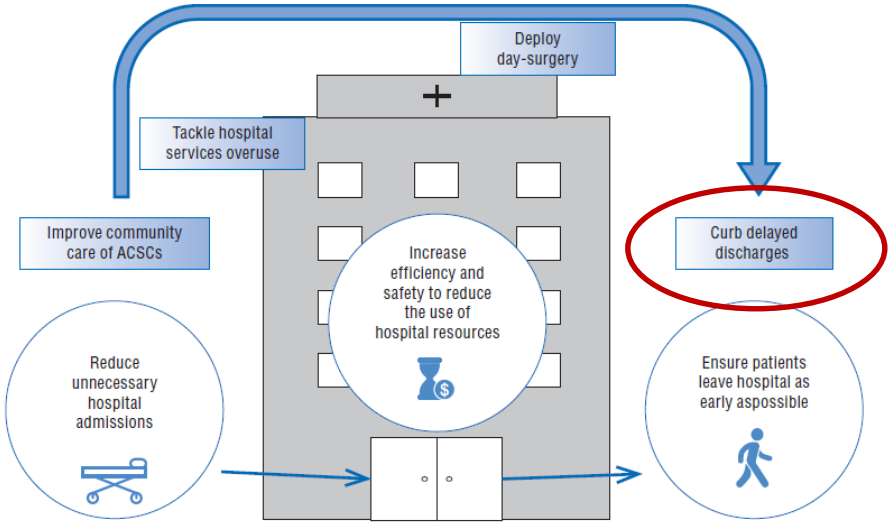
Source: BMGF, 2017

Ausgewählte Befunde in Österreich
Fokus (Präoperative) Verweildauer

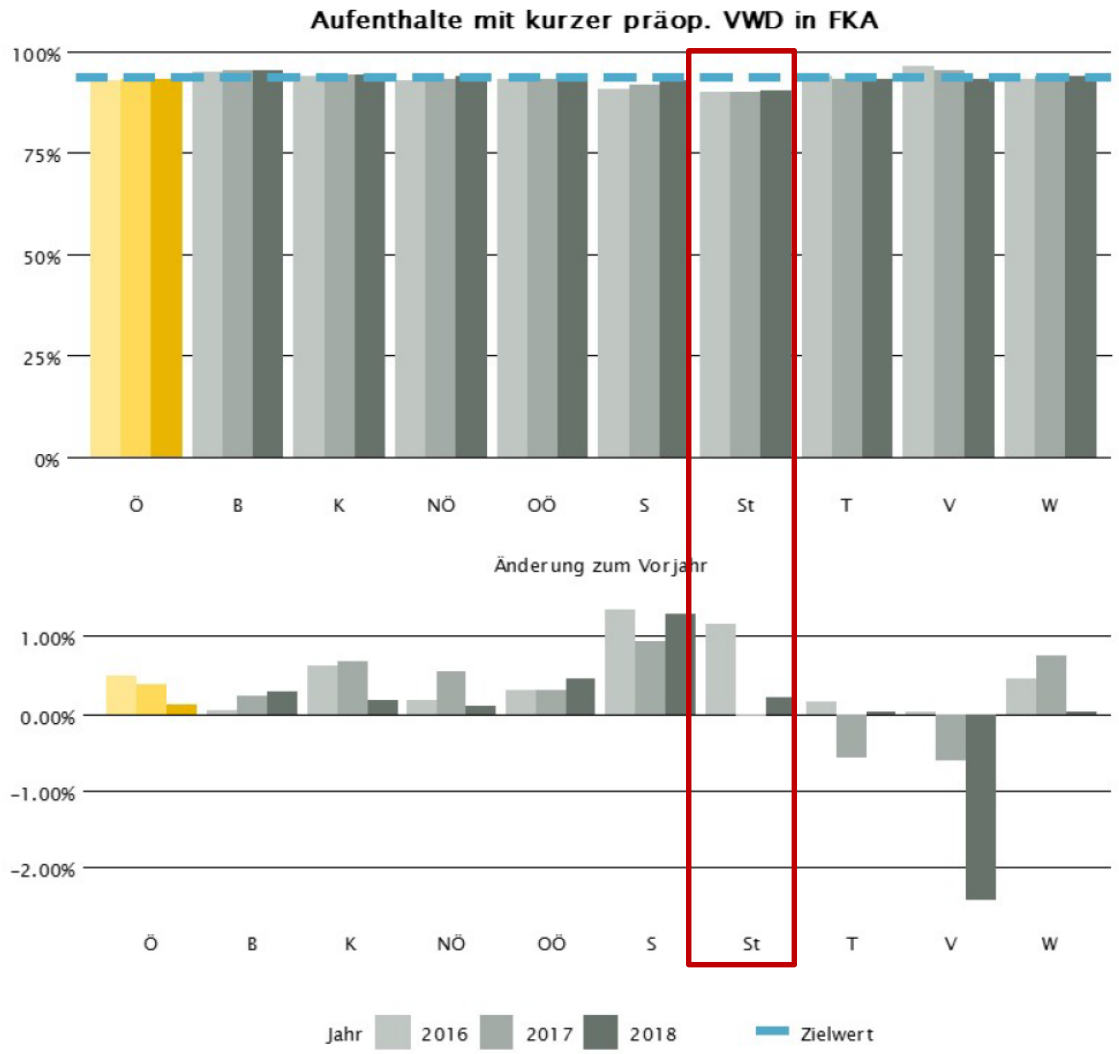


Source: BMASGK, 2019

Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**

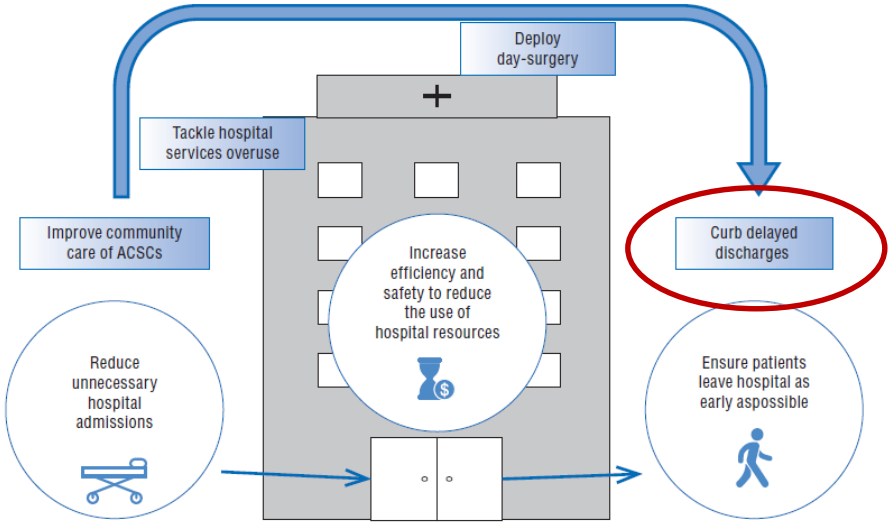


Ausgewählte Befunde in Österreich
Fokus (Präoperative) Verweildauer



Source: BMASGK, 2019

Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**



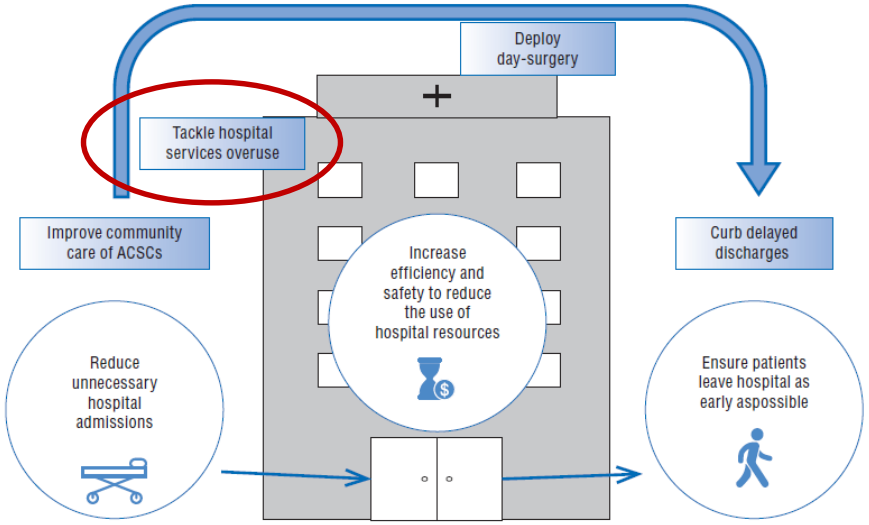
Ausgewählte Befunde in Österreich
Fokus Über-/Unter-/Fehlversorgung

» BZV 2013-2016

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	
6.2.7.	**Operatives Ziel**	Unterschiedliche Versorgungs- und Leistungsdichten im akutstationären und ambulanten Bereich vor dem Hintergrund vorhandener nationaler und internationaler Indikatoren mit Bandbreiten analysieren und evidente Über-, Unter- und Fehlversorgung auf Landesebene beseitigen	
	Maßnahme(n)	Maßnahme 1	Detaillierte Analyse unterschiedlicher Versorgungs- und Leistungsdichten mit regionaler und sektoraler Differenzierung bis Ende 2013 durchführen und sich daraus ergebende Verbesserungspotentiale unter Berücksichtigung der Versorgungsforschung aufzeigen
		Maßnahme 2	Entwicklung von weiteren Indikatoren zur Messung der Versorgungs- und Leistungsdichte bis Ende 2014
	Messgröße(n)	1) Analyse mit Verbesserungspotentialen liegt vor 2) Dokumentation der Entwicklung aller Indikatoren (gemäß Messgrößen 3) a) bis e)) wird laufend durchgeführt 3) Entwicklung der Versorgungs- und Leistungsdichte im Gesundheitswesen im Zeitverlauf, insbesondere anhand folgender Indikatoren: a) Belagstage je 1.000 Einwohner in Fondskrankenanstalten b) Krankenhaushäufigkeit je 1.000 Einwohner in Fondskrankenanstalten c) Durchschnittliche Verweildauer in Belagstagen in Fondskrankenanstalten d) Inanspruchnahme im ambulanten Bereich (e-Card Kontakte, Frequenzen in Spitalsambulanzen; ab 2014: Leistungshäufigkeiten) e) Davon abgeleitet die Kapazitäten: - Akutbettendichte - Versorgungswirksame Kapazitäten für den ambulanten Bereich (vgl. Anlage 2.3. - 2.5. in Teil E zur Berechnung von Indikatoren) 4) Weitere Indikatoren bzgl. Versorgungs- und Leistungsdichte liegen vor	

Source: BMG, 2013

Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**



Ausgewählte Befunde in Österreich
Fokus Über-/Unter-/Fehlversorgung

» BZV 2013-2016

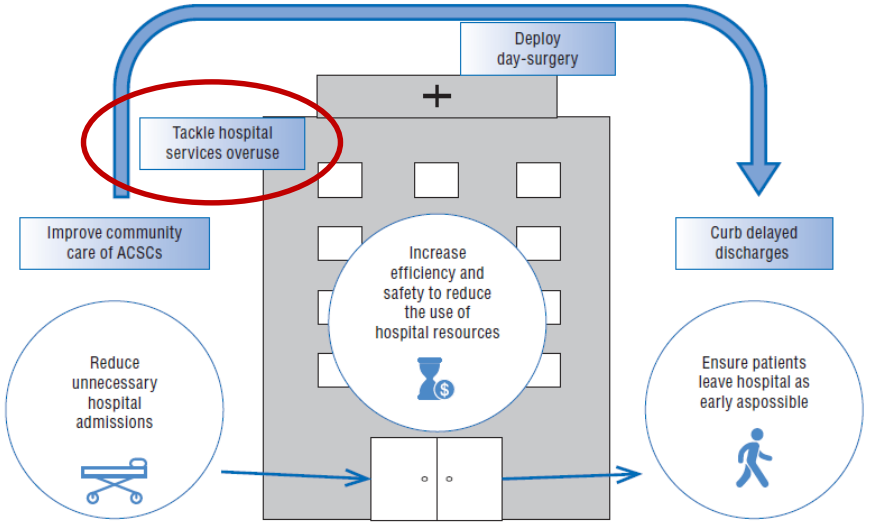
6	Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen	
6.2.	Strategisches Ziel	Versorgungsdichte in allen Versorgungsstufen bedarfsorientiert anpassen, insbesondere durch die Reduktion der Krankenhaushäufigkeit sowie der Verweildauer und dem Abbau bzw. der Verhinderung von Parallelstrukturen
6.2.7.	Operatives Ziel	Unterschiedliche Versorgungs- und Leistungsdichten im akutstationären und ambulanten Bereich vor dem Hintergrund vorhandener nationaler und

6.2.7.	**Operatives Ziel**	Unterschiedliche Versorgungs- und Leistungsdichten im akutstationären und ambulanten Bereich vor dem Hintergrund vorhandener nationaler und internationaler Indikatoren mit Bandbreiten analysieren und evidente Über-, Unter- und Fehlversorgung auf Landesebene beseitigen

		Versorgungs- und Leistungsdichte bis Ende 2014
	Messgröße(n)	1) Analyse mit Verbesserungspotentialen liegt vor 2) Dokumentation der Entwicklung aller Indikatoren (gemäß Messgrößen 3) a) bis e)) wird laufend durchgeführt 3) Entwicklung der Versorgungs- und Leistungsdichte im Gesundheitswesen im Zeitverlauf, insbesondere anhand folgender Indikatoren: a) Belagstage je 1.000 Einwohner in Fondskrankenanstalten b) Krankenhaushäufigkeit je 1.000 Einwohner in Fondskrankenanstalten c) Durchschnittliche Verweildauer in Belagstagen in Fondskrankenanstalten d) Inanspruchnahme im ambulanten Bereich (e-Card Kontakte, Frequenzen in Spitalsambulanzen; ab 2014: Leistungshäufigkeiten) e) Davon abgeleitet die Kapazitäten: - Akutbettendichte - Versorgungswirksame Kapazitäten für den ambulanten Bereich (vgl. Anlage 2.3. - 2.5. in Teil E zur Berechnung von Indikatoren) 4) Weitere Indikatoren bzgl. Versorgungs- und Leistungsdichte liegen vor

Source: BMG, 2013

Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**



Ausgewählte Befunde in Österreich
Fokus Über-/Unter-/Fehlversorgung

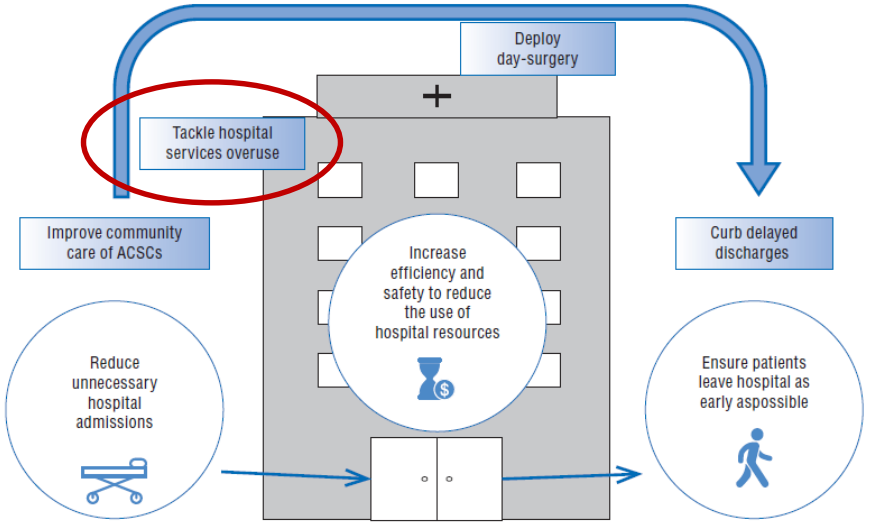
» „Volume“

Tabelle 4.16:
Operatives Ziel 6.2.7.: Belagstage je 1.000 Einwohner/innen:
Reduktion österreichweit um mindestens 1,8 Prozent, optimal um 2,2 Prozent jährlich

	2012	2013 II/2014	2014 II/2015	2015 I/2016	2016 I/2017	Veränderung ggü. Vorjahr
Burgenland	1.130	1.090	1.061	1.018	1.025	0,7%
Kärnten	1.413	1.397	1.364	1.305	1.235	-5,3%
Niederösterreich	1.216	1.193	1.165	1.127	1.099	-2,5%
Oberösterreich	1.329	1.286	1.263	1.240	1.226	-1,1%
Salzburg	1.253	1.234	1.200	1.160	1.137	-2,0%
Steiermark	1.300	1.281	1.272	1.232	1.211	-1,7%
Tirol	1.169	1.161	1.138	1.104	1.091	-1,2%
Vorarlberg	1.041	1.029	1.038	1.020	986	-3,4%
Wien	1.105	1.072	1.036	989	932	-5,8%
Österreich	**1.225**	**1.199**	**1.174**	**1.135**	**1.104**	**-2,8%**

Quelle: B-ZV Monitoring gem. Art. 14 B-ZV, Meldezeitpunkt März 2017; vorläufige DLB-Jahresmeldung 2016 aus DIAG

Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**



Source: BMG, 2013

Ausgewählte Befunde in Österreich
Fokus Über-/Unter-/Fehlversorgung

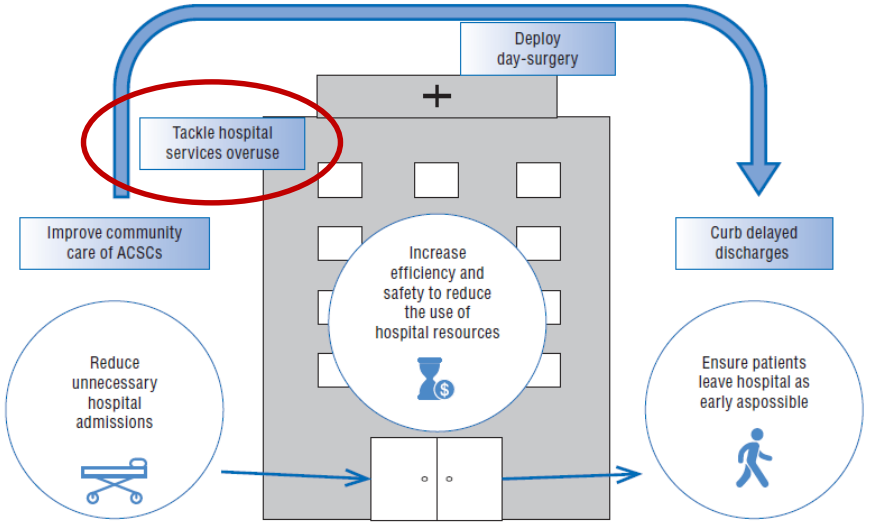
» „Volume“

Tabelle 4.16:
Operatives Ziel 6.2.7.: Belagstage je 1.000 Einwohner/innen:
Reduktion österreichweit um mindestens 1,8 Prozent, optimal um 2,2 Prozent jährlich

	2012	2013 II/2014	2014 II/2015	2015 I/2016	2016 I/2017	Veränderung ggü. Vorjahr
Burgenland	1.130	1.090	1.061	1.018	1.025	0,7%
Kärnten	1.413	1.397	1.364	1.305	1.235	-5,3%
Niederösterreich	1.216	1.193	1.165	1.127	1.099	-2,5%
Oberösterreich	1.329	1.286	1.263	1.240	1.226	-1,1%
Salzburg	1.253	1.234	1.200	1.160	1.137	-2,0%
Steiermark	1.300	1.281	1.272	1.232	1.211	-1,7%
Tirol	1.169	1.161	1.138	1.104	1.091	-1,2%
Vorarlberg	1.041	1.029	1.038	1.020	986	-3,4%
Wien	1.105	1.072	1.036	989	932	-5,8%
Österreich	**1.225**	**1.199**	**1.174**	**1.135**	**1.104**	**-2,8%**

Quelle: B-ZV Monitoring gem. Art. 14 B-ZV, Meldezeitpunkt März 2017; vorläufige DLB-Jahresmeldung 2016 aus DIAG

Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**



Source: BMG, 2013

Ausgewählte Befunde in Österreich
Fokus Über-/Unter-/Fehlversorgung

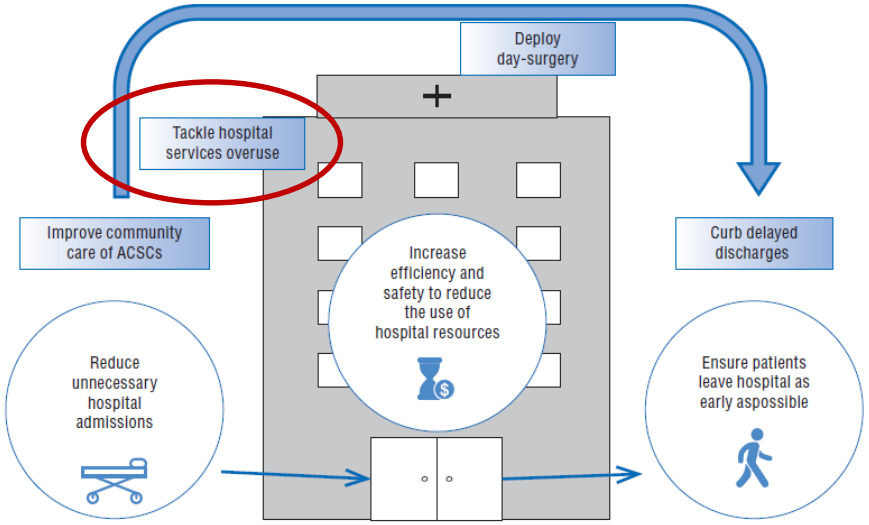
» „Volume“

Tabelle 4.17:
Operatives Ziel 6.2.7.: Krankenhaushäufigkeit je 1.000 Einwohner/innen:
Reduktion österreichweit um mindestens 1,1 Prozent, optimal um 4 Prozent

	2012	2013 II/2014	2014 II/2015	2015 I/2016	2016 I/2017	Veränderung ggü. Vorjahr
Burgenland	218,15	213,84	207,71	200,76	198,37	-1,2%
Kärnten	260,93	258,18	256,65	246,11	235,21	-4,4%
Niederösterreich	230,70	227,44	223,62	218,88	213,19	-2,6%
Oberösterreich	262,49	254,86	252,05	246,45	245,54	-0,4%
Salzburg	241,36	237,67	232,92	224,76	221,49	-1,5%
Steiermark	236,10	231,89	231,09	224,50	222,37	-0,9%
Tirol	234,54	234,12	229,91	223,04	219,44	-1,6%
Vorarlberg	211,13	209,28	213,19	208,19	202,04	-3,0%
Wien	197,88	193,47	188,34	183,07	174,53	-4,7%
Österreich	**231,79**	**227,65**	**224,41**	**218,21**	**213,22**	**-2,3%**

Quelle: B-ZV Monitoring gem. Art. 14 B-ZV, Meldezeitpunkt März 2017; vorläufige DLB-Jahresmeldung 2016 aus DIAG

Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**



Source: BMG, 2013

Ausgewählte Befunde in Österreich
Fokus Über-/Unter-/Fehlversorgung

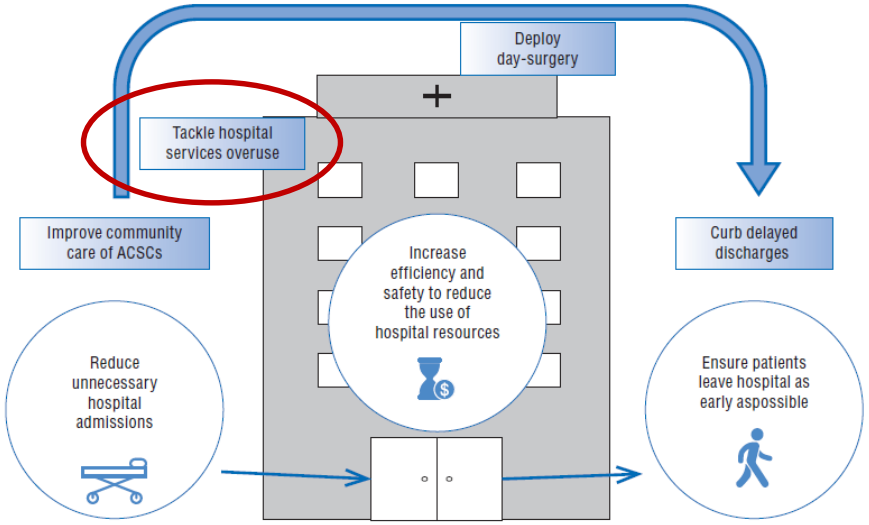
» „Volume“

Tabelle 4.17:
Operatives Ziel 6.2.7.: Krankenhaushäufigkeit je 1.000 Einwohner/innen:
Reduktion österreichweit um mindestens 1,1 Prozent, optimal um 4 Prozent

	2012	2013 II/2014	2014 II/2015	2015 I/2016	2016 I/2017	Veränderung ggü. Vorjahr
Burgenland	218,15	213,84	207,71	200,76	198,37	-1,2%
Kärnten	260,93	258,18	256,65	246,11	235,21	-4,4%
Niederösterreich	230,70	227,44	223,62	218,88	213,19	-2,6%
Oberösterreich	262,49	254,86	252,05	246,45	245,54	-0,4%
Salzburg	241,36	237,67	232,92	224,76	221,49	-1,5%
Steiermark	236,10	231,89	231,09	224,50	222,37	-0,9%
Tirol	234,54	234,12	229,91	223,04	219,44	-1,6%
Vorarlberg	211,13	209,28	213,19	208,19	202,04	-3,0%
Wien	197,88	193,47	188,34	183,07	174,53	-4,7%
Österreich	**231,79**	**227,65**	**224,41**	**218,21**	**213,22**	**-2,3%**

Quelle: B-ZV Monitoring gem. Art. 14 B-ZV, Meldezeitpunkt März 2017; vorläufige DLB-Jahresmeldung 2016 aus DIAG

Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**



Source: BMG, 2013

Ausgewählte Befunde in Österreich
Fokus Über-/Unter-/Fehlversorgung

» „Value“

Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**

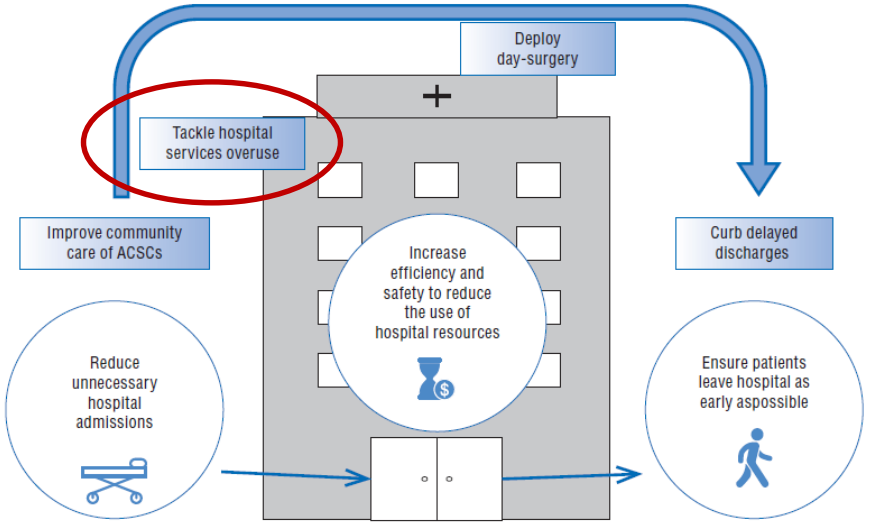


Tabelle 4.15:
Operatives Ziel 6.2.7.: Istwerte und Einschätzung zur Zielerreichung

Unterschiedliche Versorgungs- und Leistungsdichten im akutstationären und ambulanten Bereich vor dem Hintergrund vorhandener nationaler und internationaler Indikatoren mit Bandbreiten analysieren und evidente Über-, Unter- und Fehlversorgung auf Landesebene beseitigen.

MN	MG	Zielwert	Umsetzungs-frist	Istwert	Einschätzung zum Grad der Zielerreichung bis zum Ablauf der Umsetzungsfrist	Für Meldung verantwortli-che Vertragspartei bzw. zuständiges Gremium	%-Abweichung zum Zielwert bei quantitativen MG	Kommentierung
1	1	1	12/2013	0	Zielerreichung innerhalb Umsetzungsfrist nicht möglich	FG Planung	-	Verfügbarkeit (DIAG) von Datengrundlagen zur ambulanten Leistungserbringung auf Basis der mit 1. 1. 2014 bundesweit und flächendeckend einzuführenden *„ambulanten Leistungsdokumenta-tion* ist erreicht; soweit möglich parallel dazu auch differenzierte Analyse von Versorgungs-/ Leistungsdichten in Arbeit (in der AG VFD); Identifikation von Verbesserungspotenzialen erst nach Abschluss dieser Arbeiten möglich.

Source: BMGF, 2017

Ausgewählte Befunde in Österreich
Fokus Über-/Unter-/Fehlversorgung

» „Value“

Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**

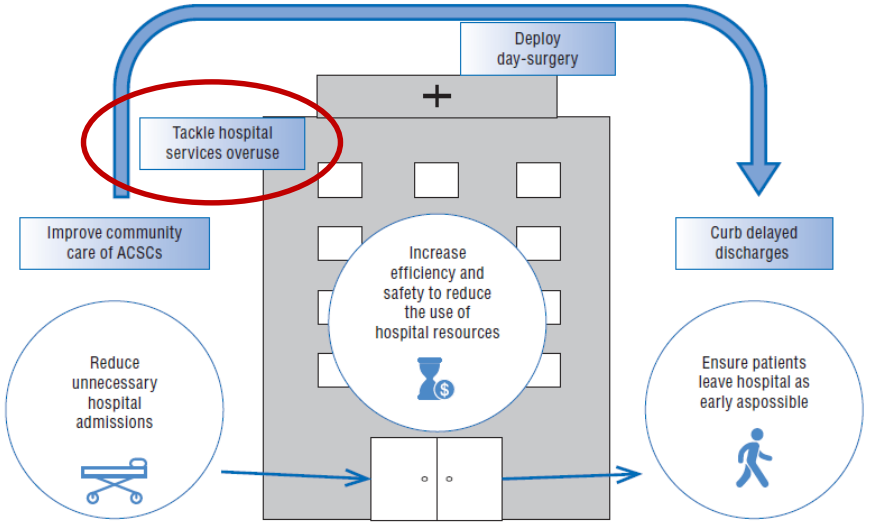


Tabelle 4.15:
Operatives Ziel 6.2.7.: Istwerte und Einschätzung zur Zielerreichung

Unterschiedliche Versorgungs- und Leistungsdichten im akutstationären und ambulanten Bereich vor dem Hintergrund vorhandener nationaler und internationaler Indikatoren mit Bandbreiten analysieren und evidente Über-, Unter- und Fehlversorgung auf Landesebene beseitigen.

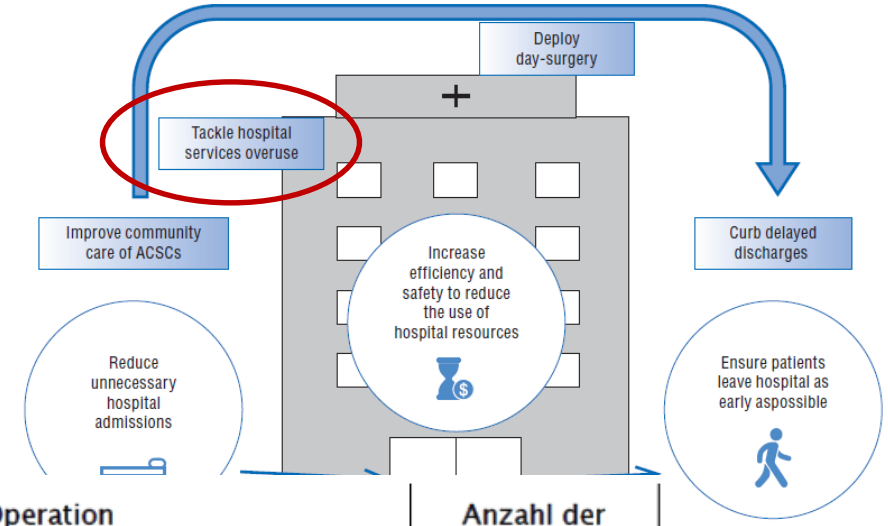
MN	MG	Zielwert	Umsetzungs-frist	Istwert	Einschätzung zum Grad der Zielerreichung bis zum Ablauf der Umsetzungsfrist	Für Meldung verantwortli-che Vertragspartei bzw. zuständiges Gremium	%-Abweichung zum Zielwert bei quantitativen MG	Kommentierung
1	1	1	12/2013	0	Zielerreichung innerhalb Umsetzungsfrist nicht möglich	FG Planung	-	Verfügbarkeit (DIAG) von Datengrundlagen zur ambulanten Leistungserbringung auf Basis der mit 1. 1. 2014 bundesweit und flächendeckend einzuführenden *„ambulanten Leistungsdokumenta-tion* ist erreicht; soweit möglich parallel dazu auch differenzierte Analyse von Versorgungs-/ Leistungsdichten in Arbeit (in der AG VFD); Identifikation von Verbesserungspotenzialen erst nach Abschluss dieser Arbeiten möglich.

Source: BMGF, 2017

Ausgewählte Befunde in Österreich
Fokus Über-/Unter-/Fehlversorgung

» Mögliche Themen

Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**



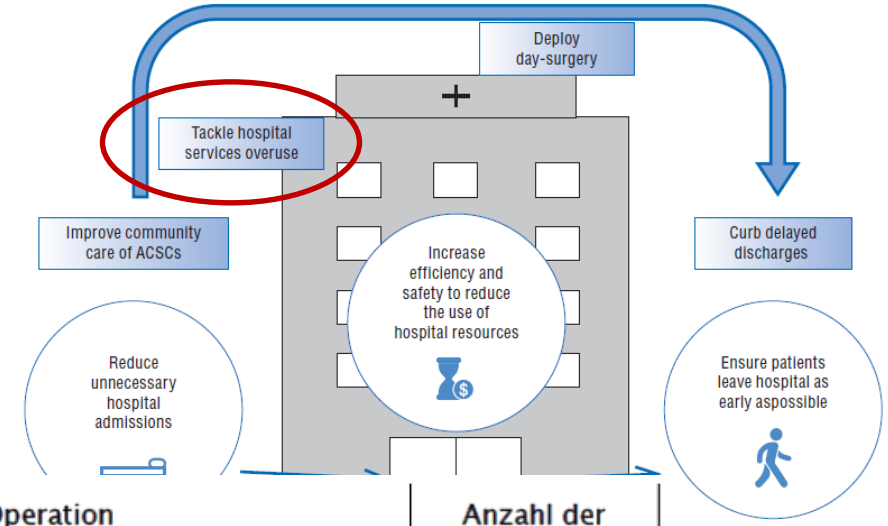
Operation	Anzahl der Nennungen in internationalen Atlanten
E00–E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	
Bariatrische Chirurgie	3
H00–H59 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	
Kataraktoperationen	3
I00–I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	
Herzschrittmacher/Defibrillatoren	2
Koronare Bypass-Operation	2
Herzkatheter mit Stents und Koronarangioplastie mit Ballons (PTCA)	2
J00–J99 Krankheiten des Atmungssystems	
Tonsillektomie	5

Operation	Anzahl der Nennungen in internationalen Atlanten
K00–K93 Krankheiten des Verdauungssystems	
Appendektomie	6
Cholezystektomie	6
M00–M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewe	
Hüftgelenksendoprothetik	4
Kniegelenksendoprothetik	5
Kniegelenksarthroskopie	3
Operation an der Wirbelsäule	5
N00–N99 Krankheiten des Urogenitalsystems	
Prostatektomie	5
Hysterektomie	4
O00–O99 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	
Sectio caesarea	7

Ausgewählte Befunde in Österreich
Fokus Über-/Unter-/Fehlversorgung

» Mögliche Themen

Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**



Operation	Anzahl der Nennungen in internationalen Atlanten
E00–E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	
Bariatrische Chirurgie	3
H00–H59 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	
Kataraktoperationen	3
I00–I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	
Herzschrittmacher/Defibrillatoren	2
Koronare Bypass-Operation	2
Herzkatheter mit Stents und Koronarangioplastie mit Ballons (PTCA)	2
J00–J99 Krankheiten des Atmungssystems	
Tonsillektomie	5

Operation	Anzahl der Nennungen in internationalen Atlanten
K00–K93 Krankheiten des Verdauungssystems	
Appendektomie	6
Cholezystektomie	6
M00–M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewe	
Hüftgelenksendoprothetik	4
Kniegelenksendoprothetik	5
Kniegelenksarthroskopie	3
Operation an der Wirbelsäule	5
N00–N99 Krankheiten des Urogenitalsystems	
Prostatektomie	5
Hysterektomie	4
O00–O99 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	
Sectio caesarea	7

Ausgewählte Befunde in Österreich
Fokus Über-/Unter-/Fehlversorgung

» Bariatrische Chirurgie 2014-2017

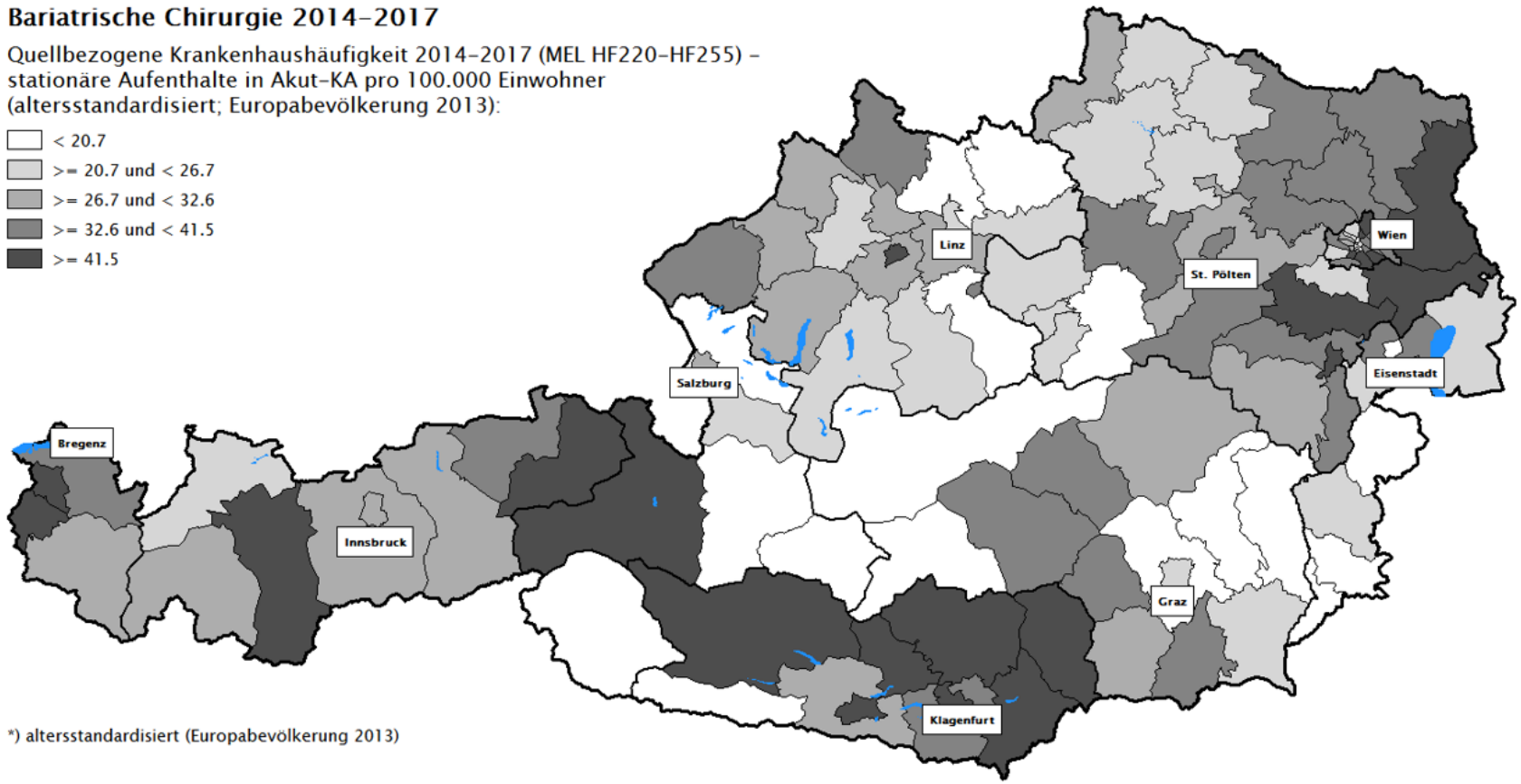
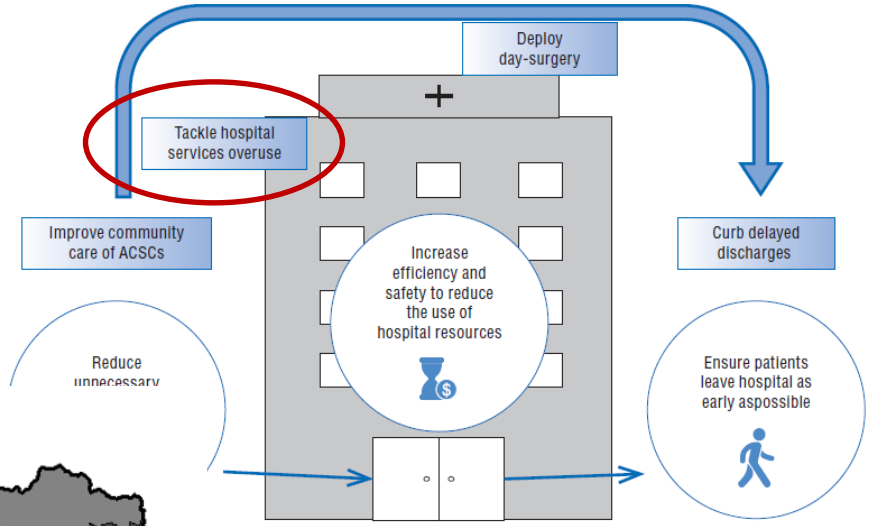


Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**



Ausgewählte Befunde in Österreich
Fokus Über-/Unter-/Fehlversorgung

» Bariatrische Chirurgie 2014-2017

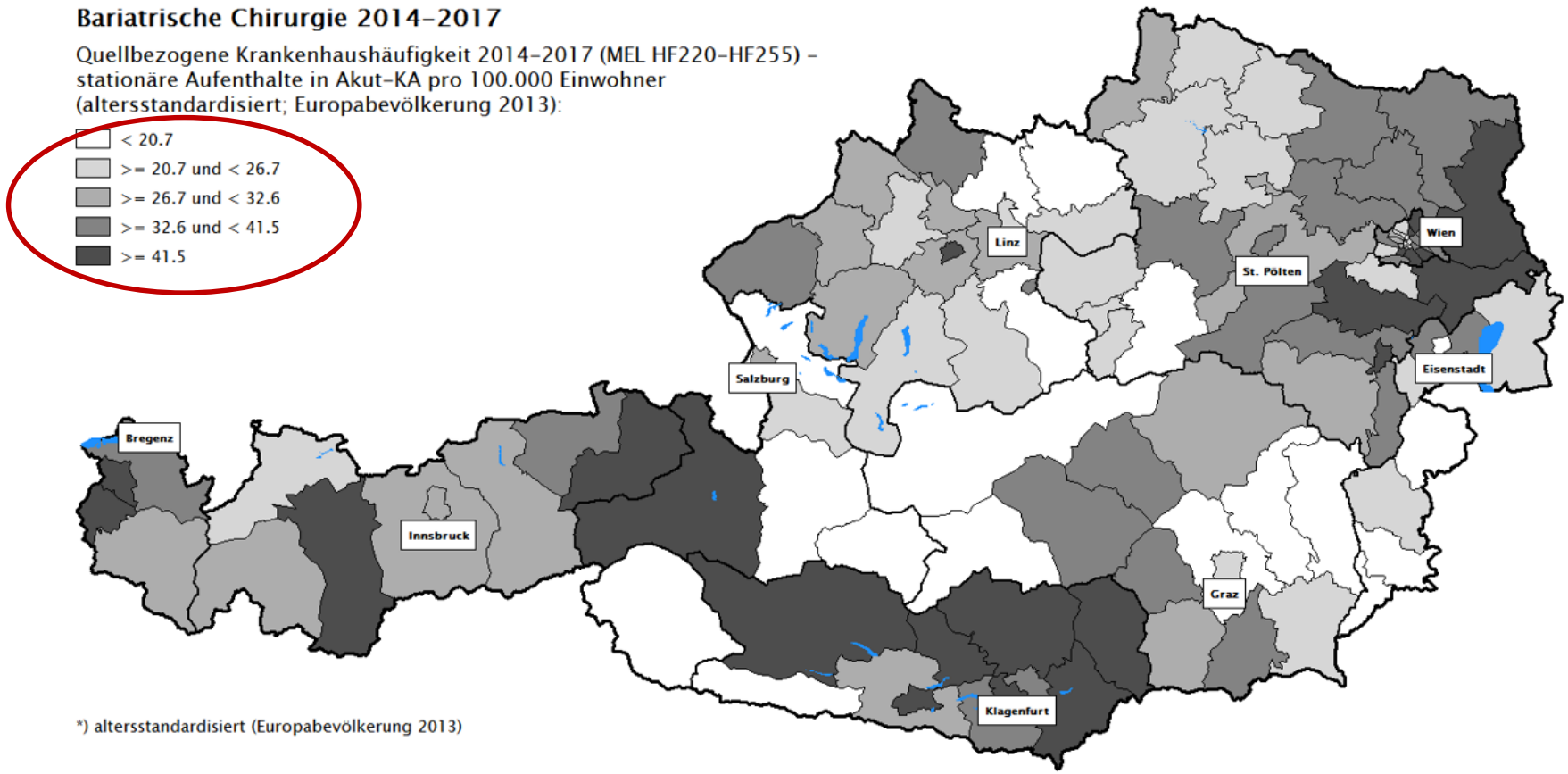
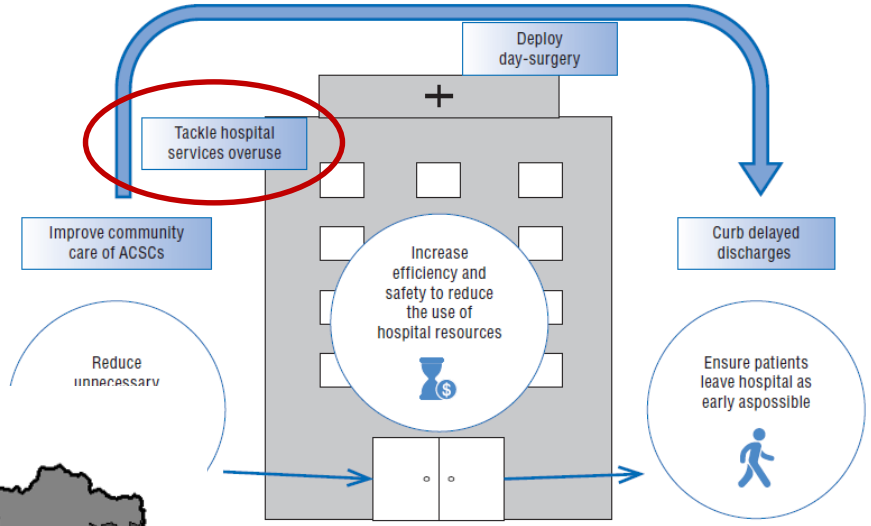
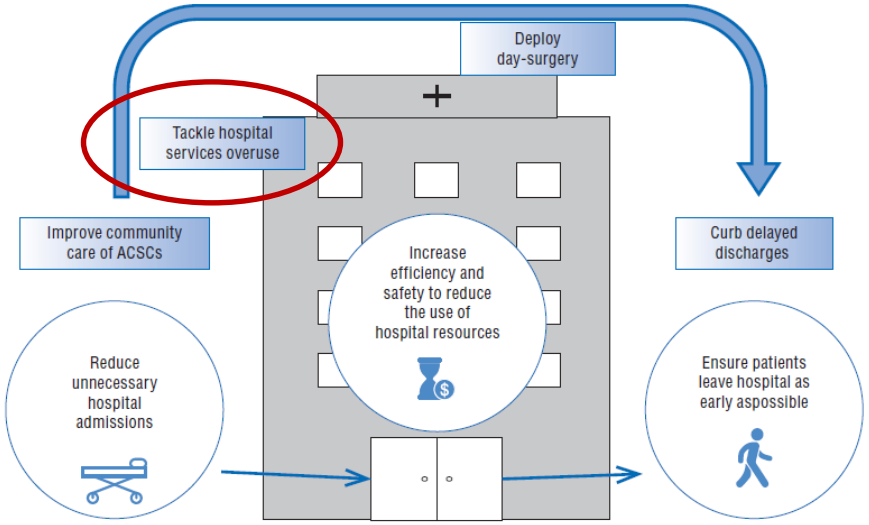


Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**

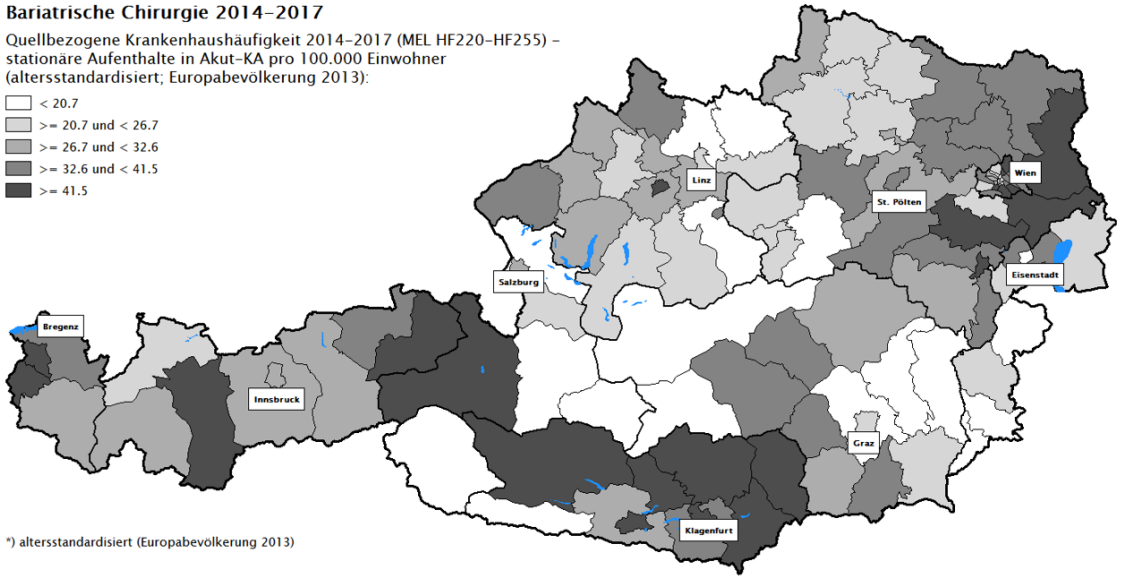


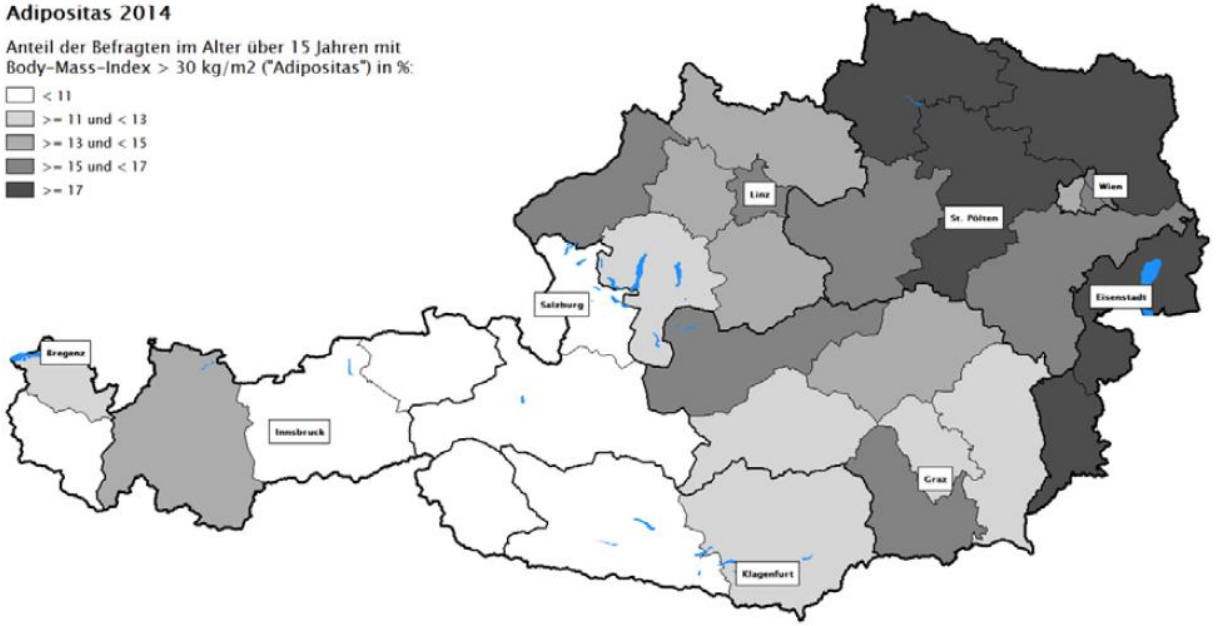
Ausgewählte Befunde in Österreich
Fokus Über-/Unter-/Fehlversorgung

Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**



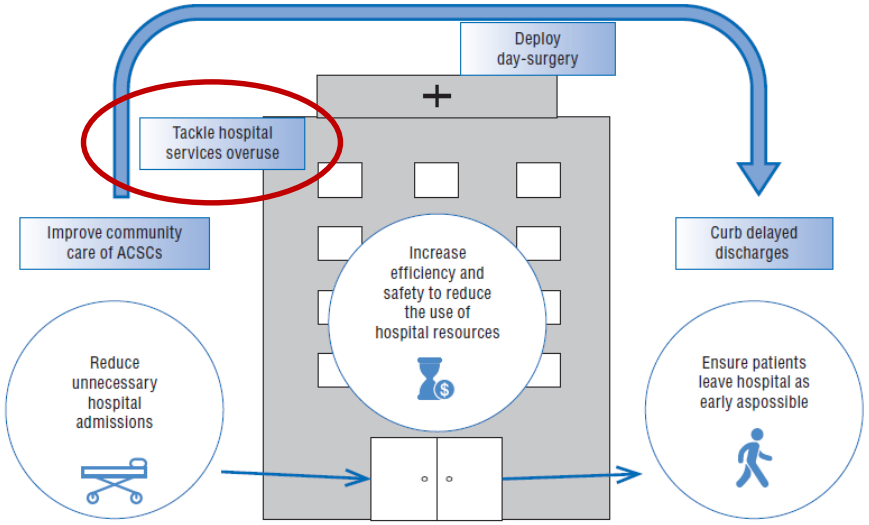
» Bariatrische Chirurgie 2014-2017



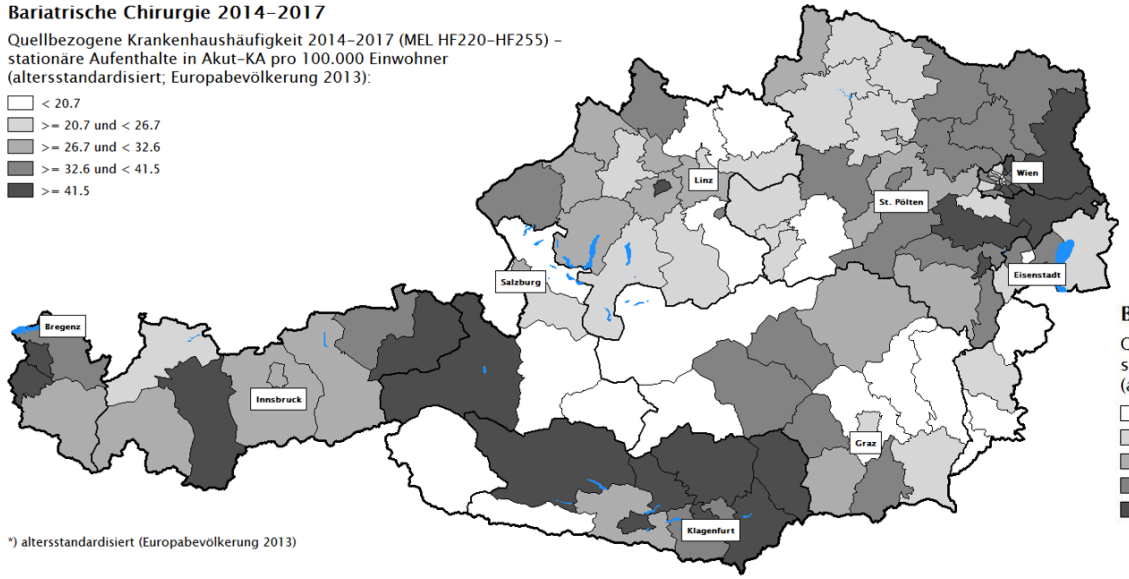


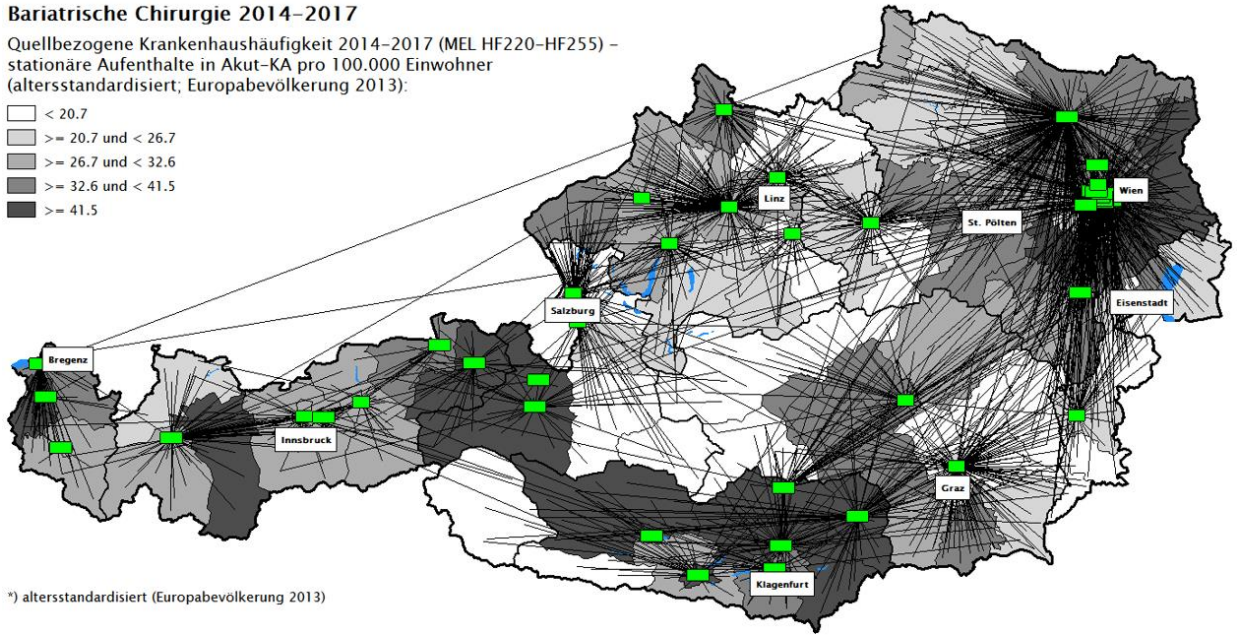
Ausgewählte Befunde in Österreich
Fokus Über-/Unter-/Fehlversorgung

Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**



» Bariatrische Chirurgie 2014-2017





Ausgewählte Befunde in Österreich
Fokus Über-/Unter-/Fehlversorgung

» Hüftgelenks-Endoprothetik 2014-2017

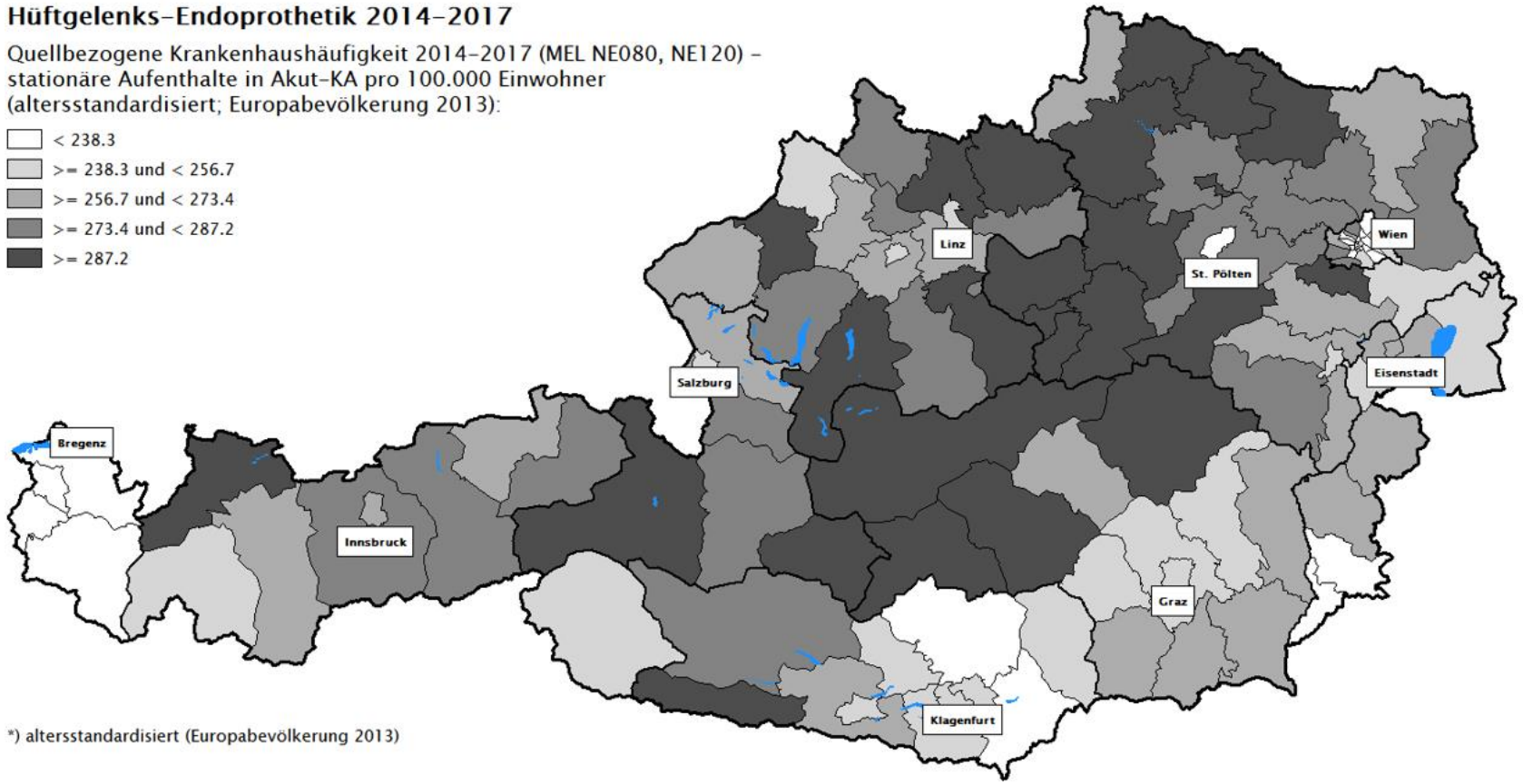
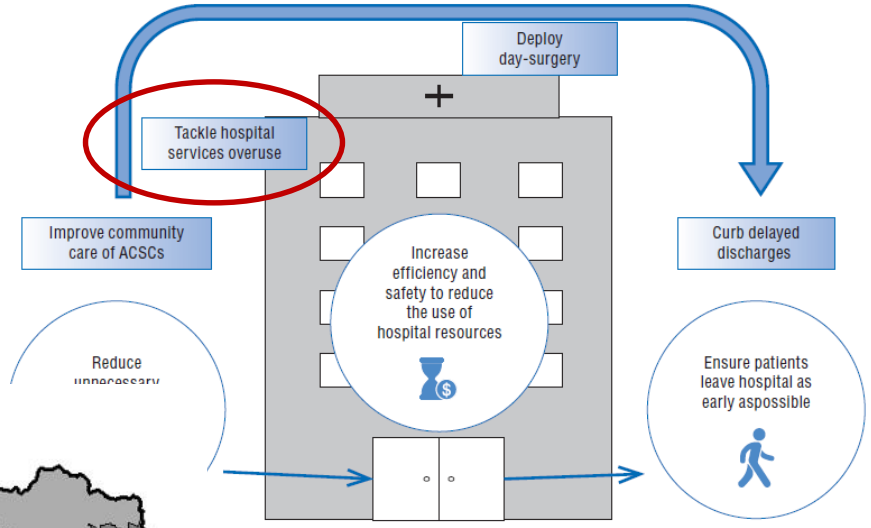
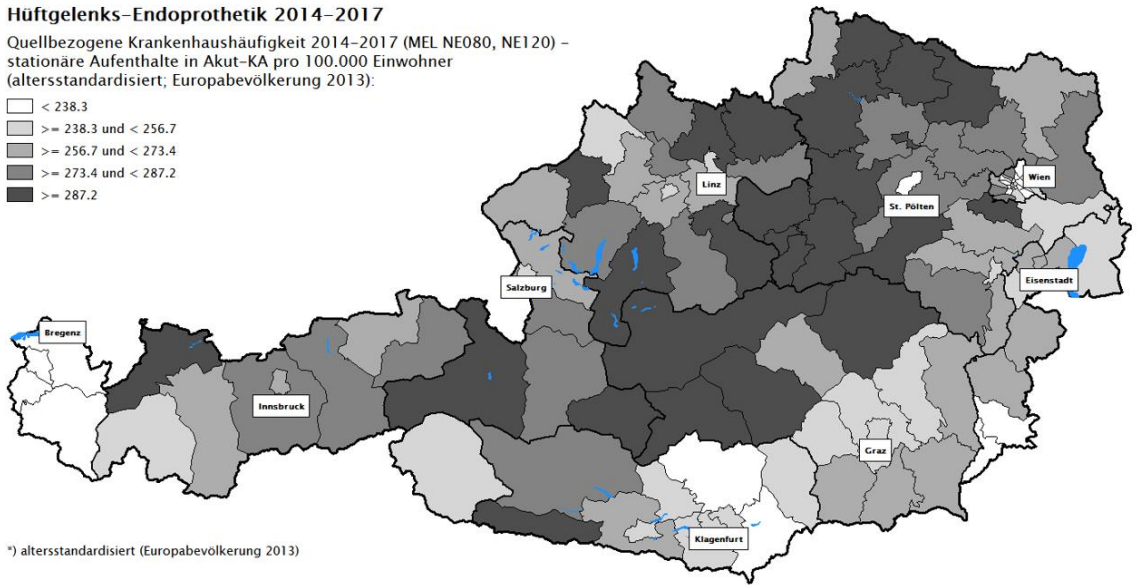


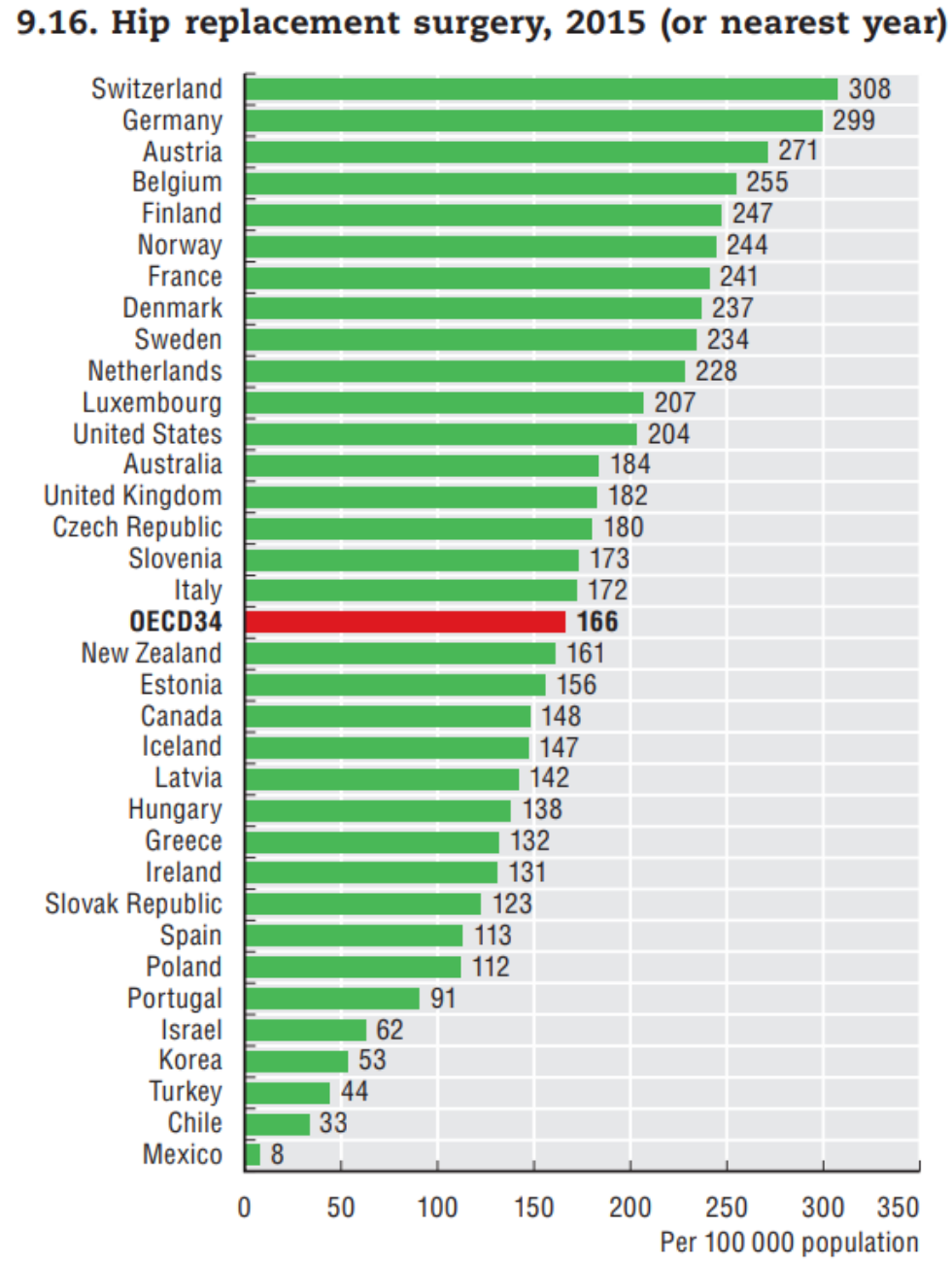
Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**



Ausgewählte Befunde in Österreich
Fokus Über-/Unter-/Fehlversorgung

» Hüftgelenks-Endoprothetik 2014-2017



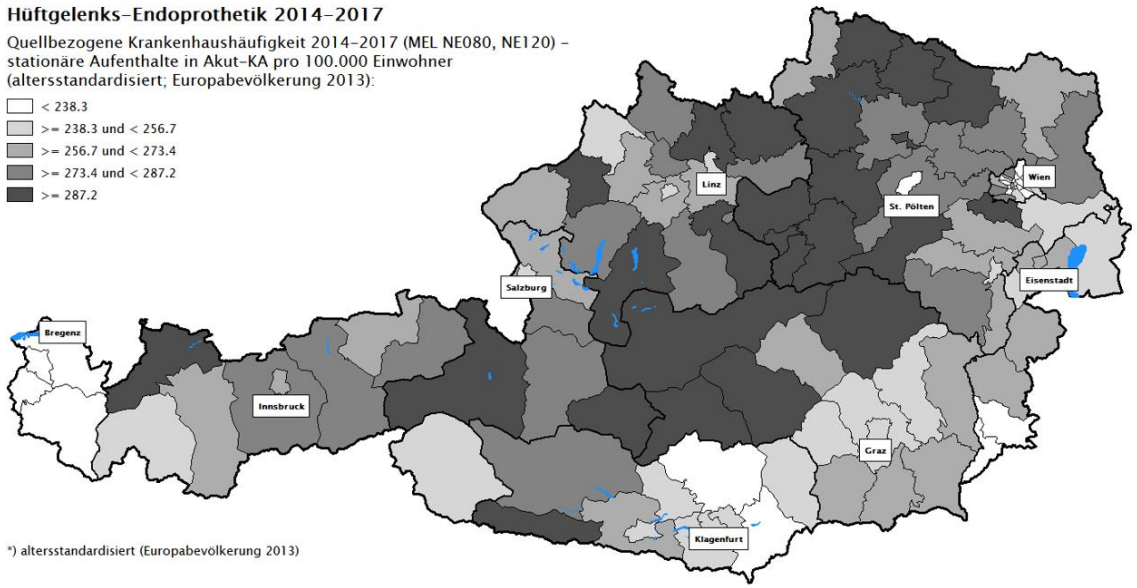


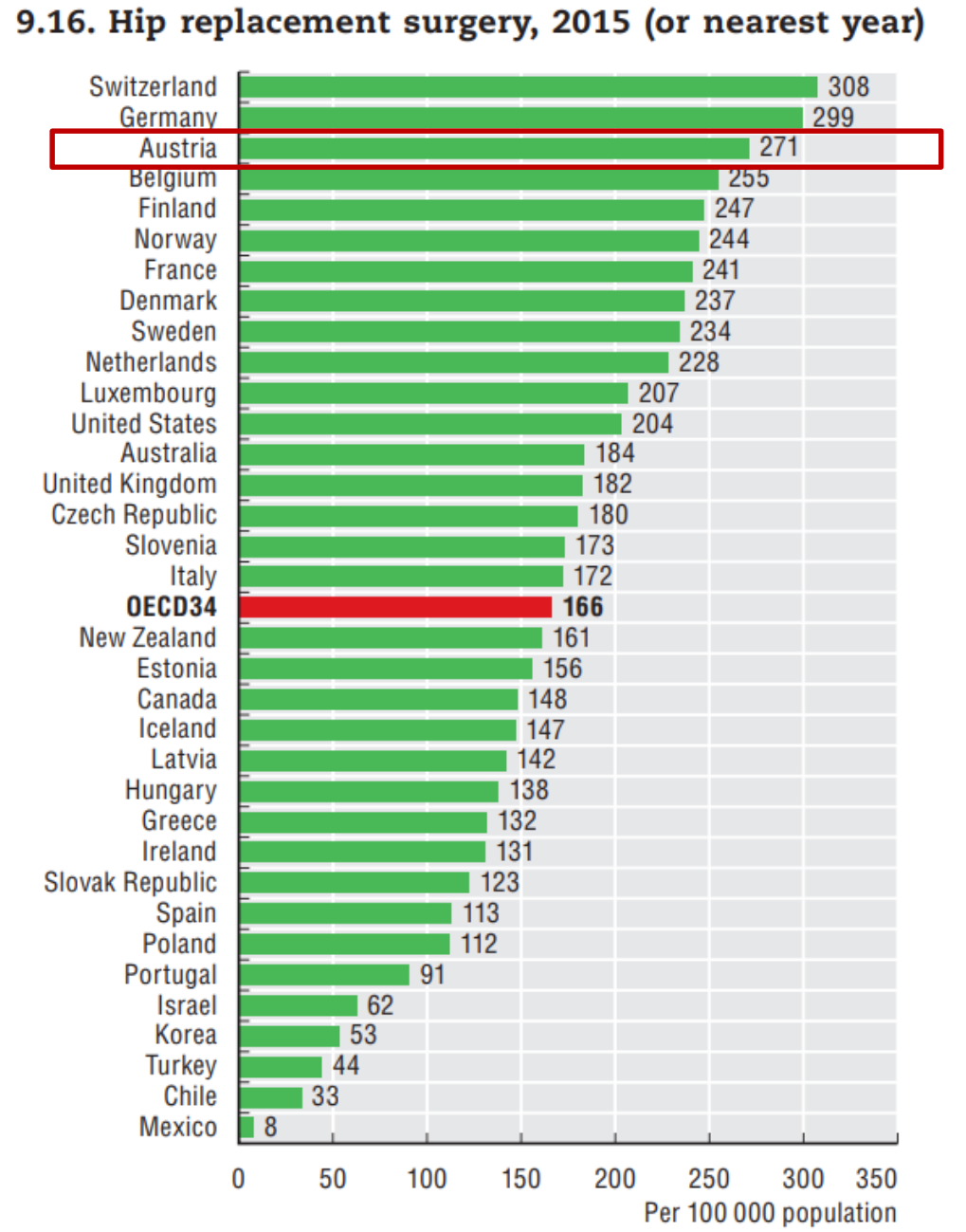
Source: OECD Health Statistics 2017.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933605236

Ausgewählte Befunde in Österreich
Fokus Über-/Unter-/Fehlversorgung

» Hüftgelenks-Endoprothetik 2014-2017





Source: OECD Health Statistics 2017.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933605236

Ausgewählte Befunde in Österreich
Fokus Über-/Unter-/Fehlversorgung

» Hüftgelenks-Endoprothetik 2014-2017

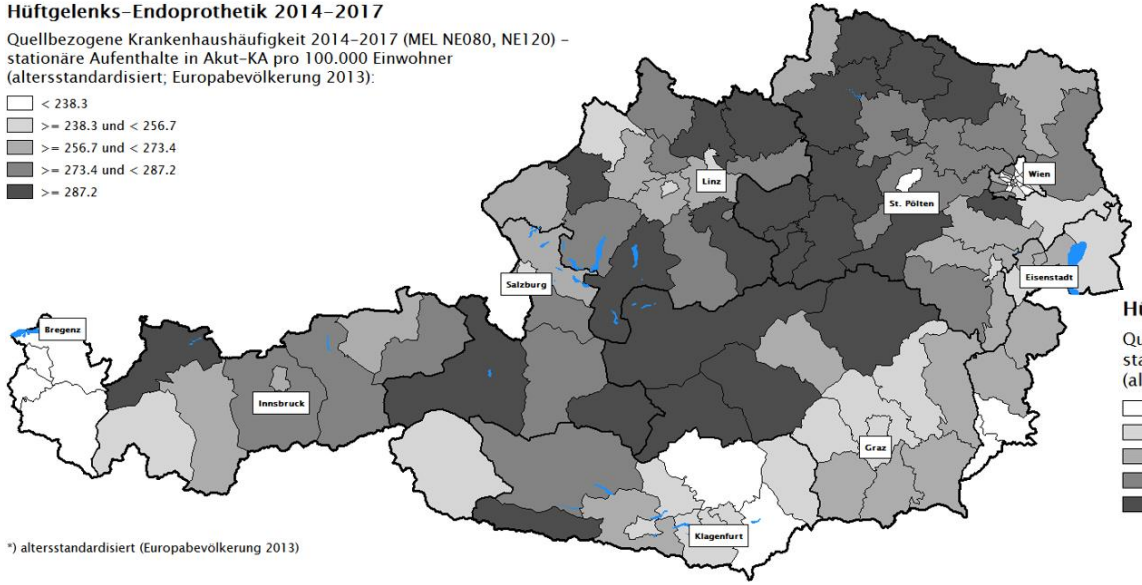
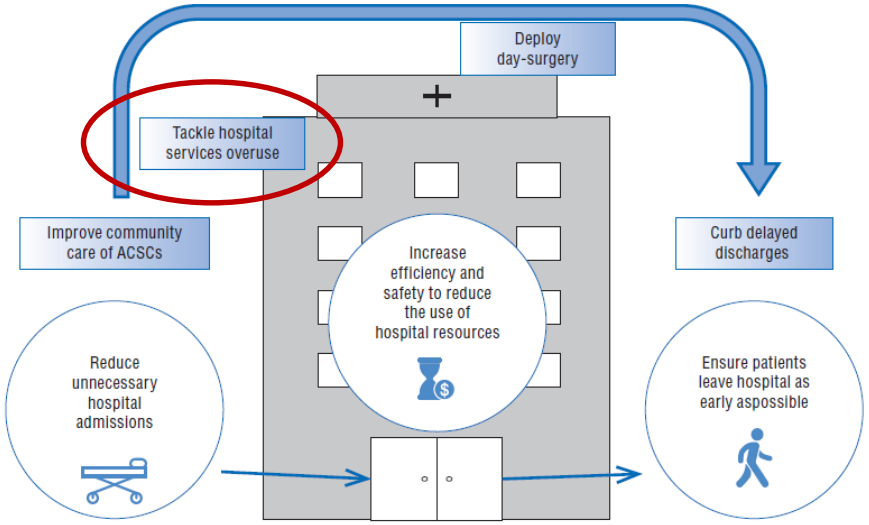
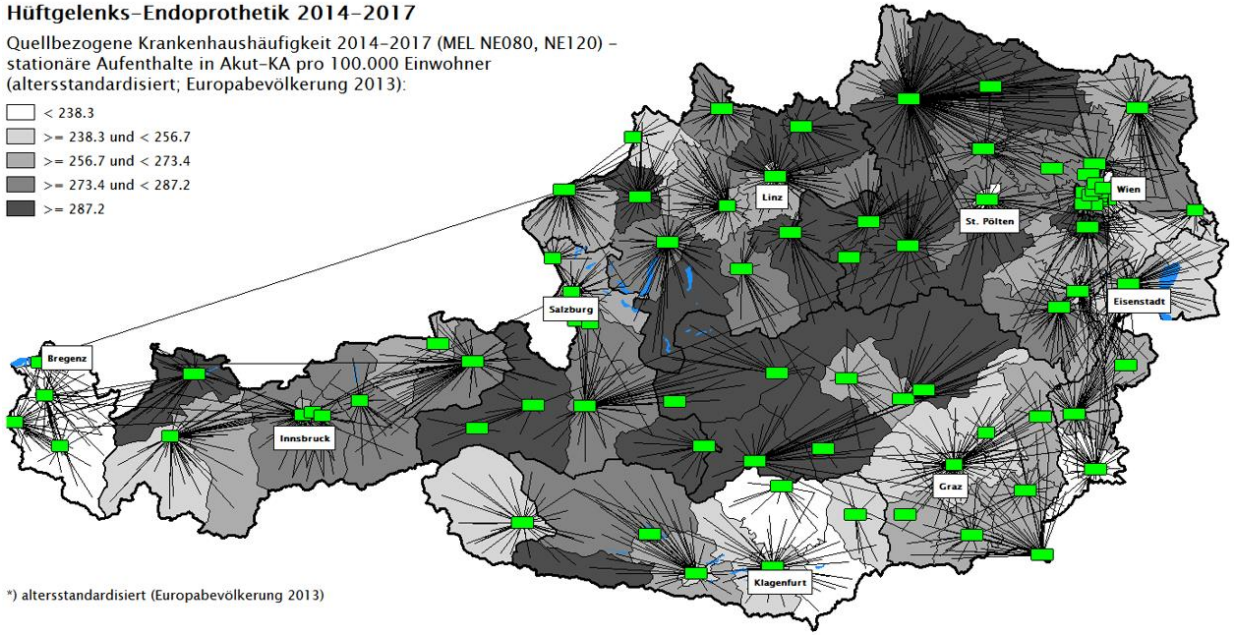


Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**





Ausgewählte Befunde in Österreich
Fokus Über-/Unter-/Fehlversorgung

» Sectio Cäsarea 2014-2017

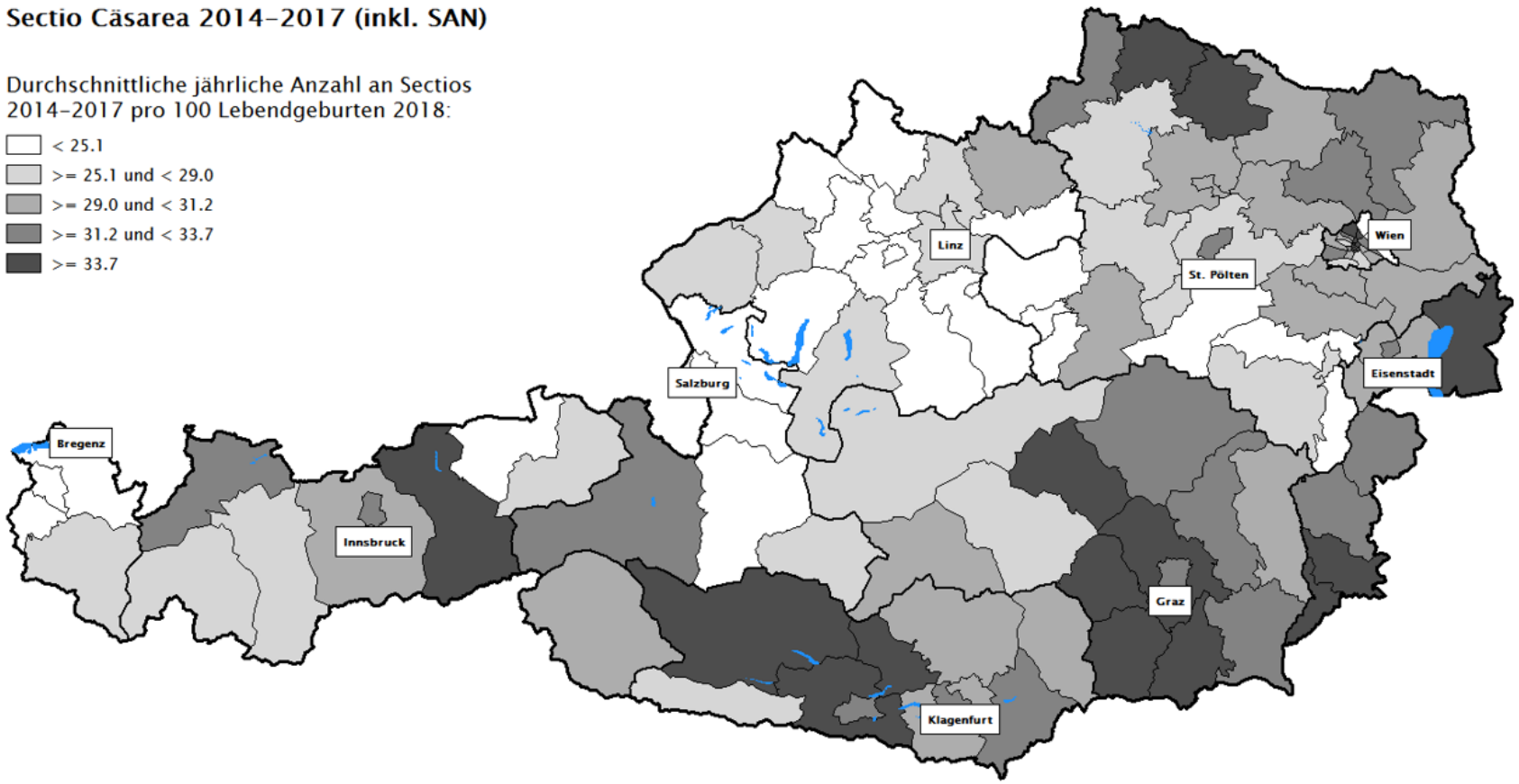
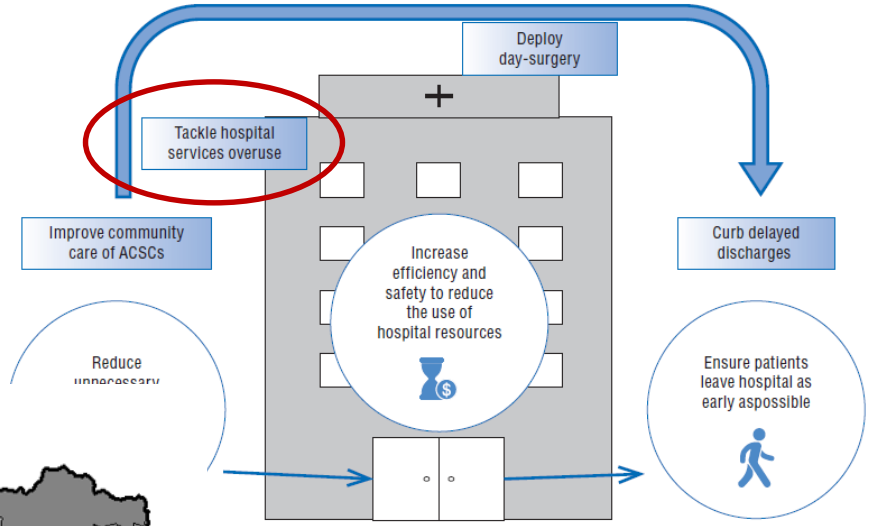
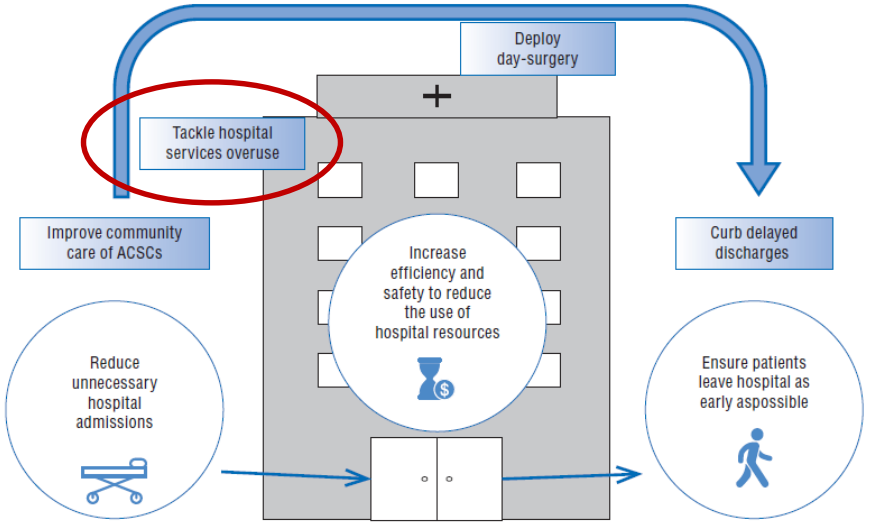


Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**



Ausgewählte Befunde in Österreich
Fokus Über-/Unter-/Fehlversorgung

Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**

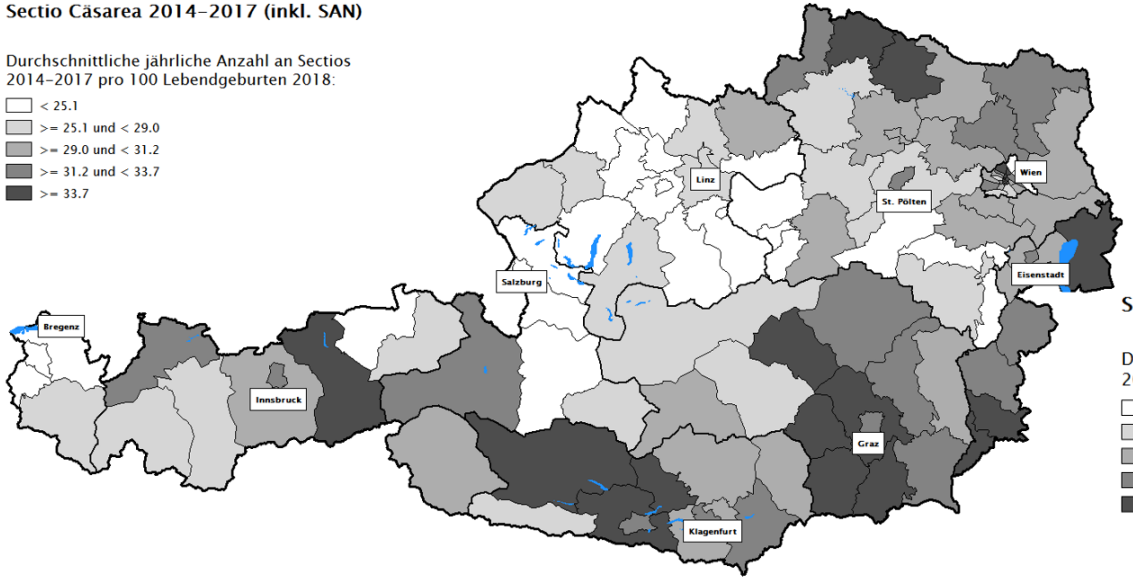


» Sectio Cäsarea 2014-2017

Sectio Cäsarea 2014-2017 (inkl. SAN)

Durchschnittliche jährliche Anzahl an Sectios 2014-2017 pro 100 Lebendgeburten 2018:

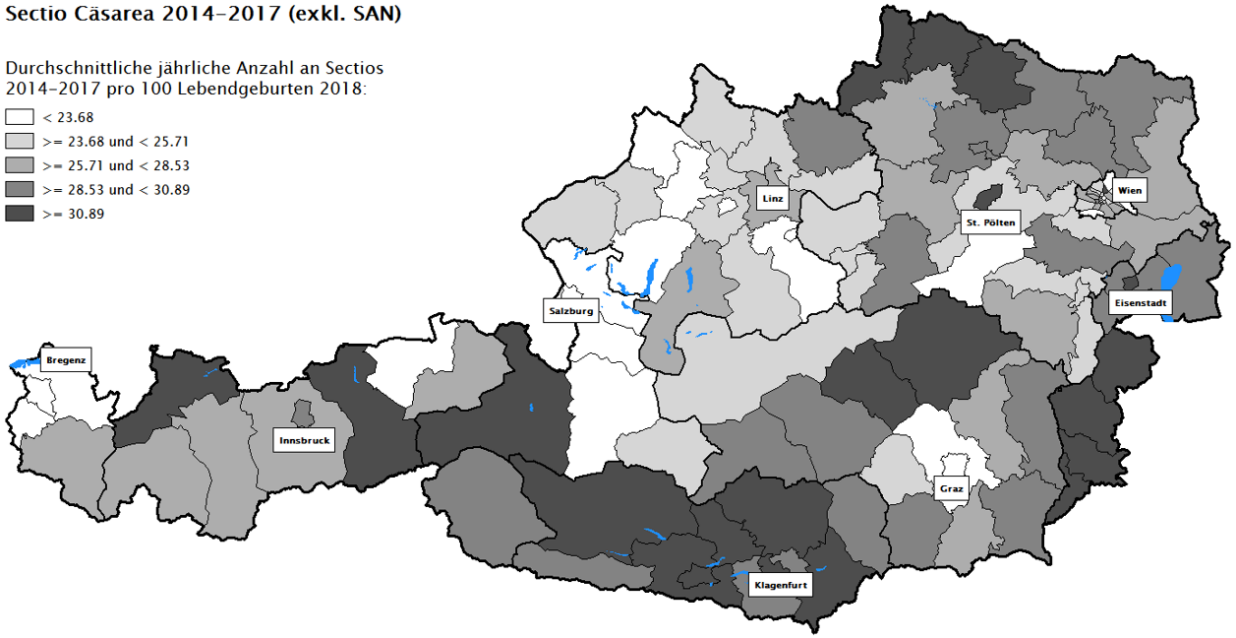
- < 25.1
- >= 25.1 und < 29.0
- >= 29.0 und < 31.2
- >= 31.2 und < 33.7
- >= 33.7



Sectio Cäsarea 2014-2017 (exkl. SAN)

Durchschnittliche jährliche Anzahl an Sectios 2014-2017 pro 100 Lebendgeburten 2018:

- < 23.68
- >= 23.68 und < 25.71
- >= 25.71 und < 28.53
- >= 28.53 und < 30.89
- >= 30.89



Entwicklungsperspektiven
Handlungsfelder

BMJ 2017;358:j3879 doi: 10.1136/bmj.j3879 (Published 2017 August 16)

ANALYSIS

Check for updates

TOO MUCH MEDICINE

Mapping the drivers of overdiagnosis to potential solutions

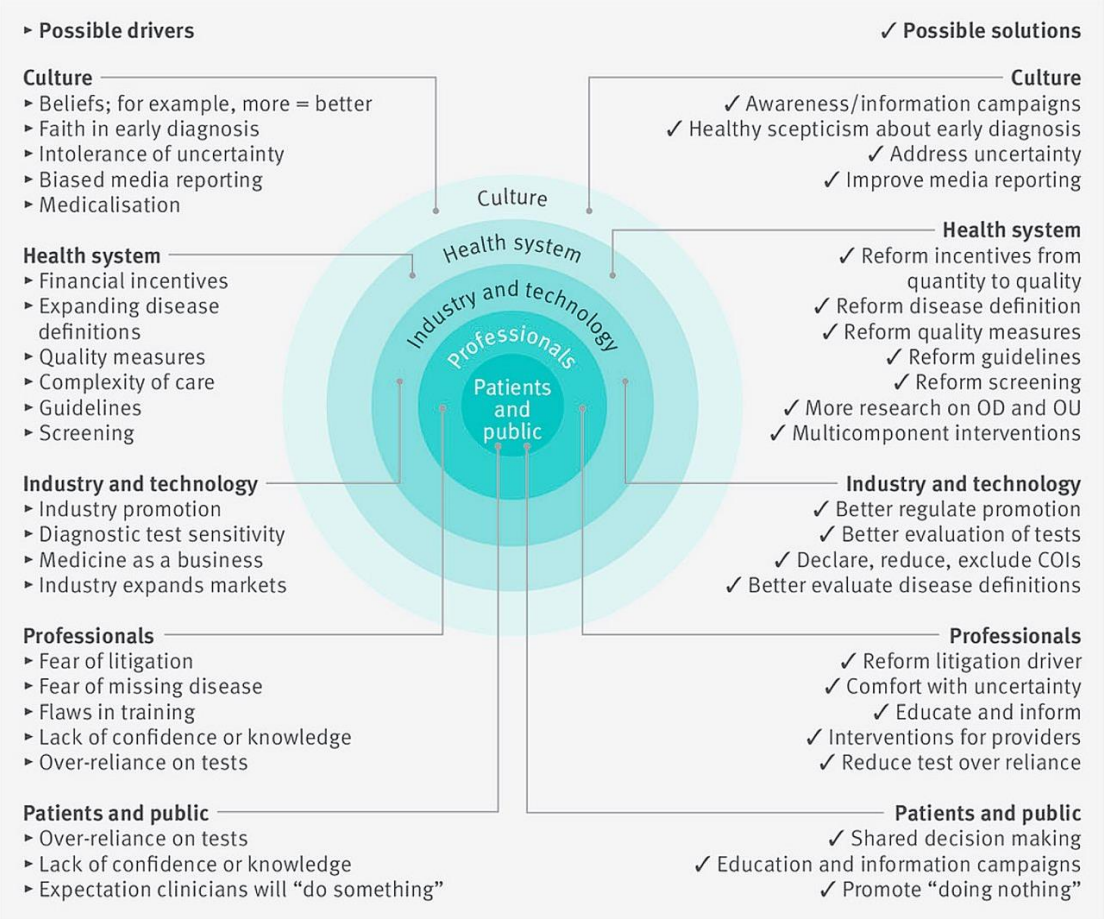
Thanya Pathirana and colleagues explore strategies to tackle the problem of too much medicine

Thanya Pathirana *PhD scholar*, Justin Clark *senior information specialist*, Ray Moynihan *senior research fellow*

Center for Research in Evidence Based Practice, Bond University, Australia

Source: Pathirana, 2017

Entwicklungsperspektiven
Handlungsfelder



Source: Pathirana, 2017

BMJ 2017;358:j3879 doi: 10.1136/bmj.j3879 (Published 2017 August 16)

ANALYSIS

TOO MUCH MEDICINE

Mapping the drivers of overdiagnosis to potential solutions

Thanya Pathirana and colleagues explore strategies to tackle the problem of too much medicine

Thanya Pathirana *PhD scholar*, Justin Clark *senior information specialist*, Ray Moynihan *senior research fellow*

Center for Research in Evidence Based Practice, Bond University, Australia

Entwicklungsperspektiven
Handlungsfelder

BMJ 2017;358:j3879 doi: 10.1136/bmj.j3879 (Published 2017 August 16)

ANALYSIS

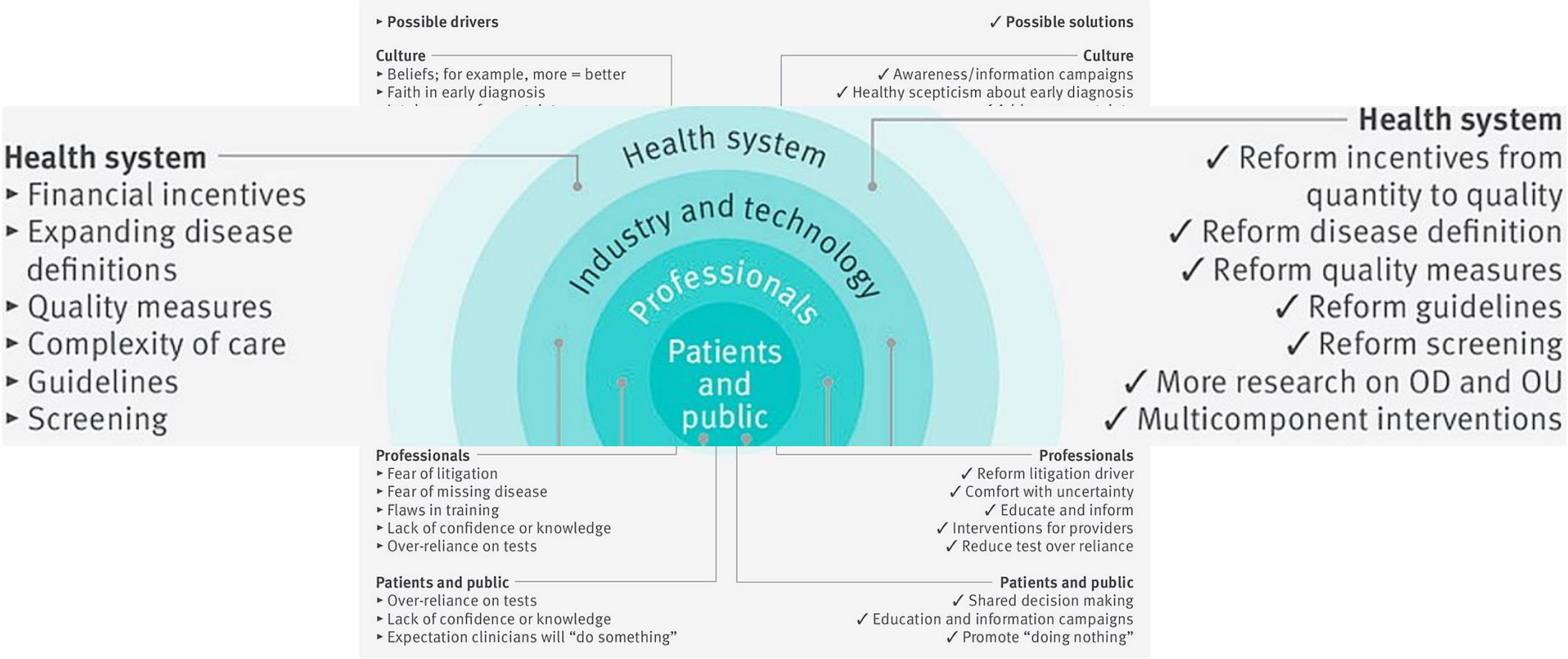
TOO MUCH MEDICINE

Mapping the drivers of overdiagnosis to potential solutions

Thanya Pathirana and colleagues explore strategies to tackle the problem of too much medicine

Thanya Pathirana *PhD scholar*, Justin Clark *senior information specialist*, Ray Moynihan *senior research fellow*

Center for Research in Evidence Based Practice, Bond University, Australia



Source: Pathirana, 2017

Entwicklungsperspektiven
Handlungsfelder

BMJ 2017;358:j3879 doi: 10.1136/bmj.j3879 (Published 2017 August 16)

ANALYSIS

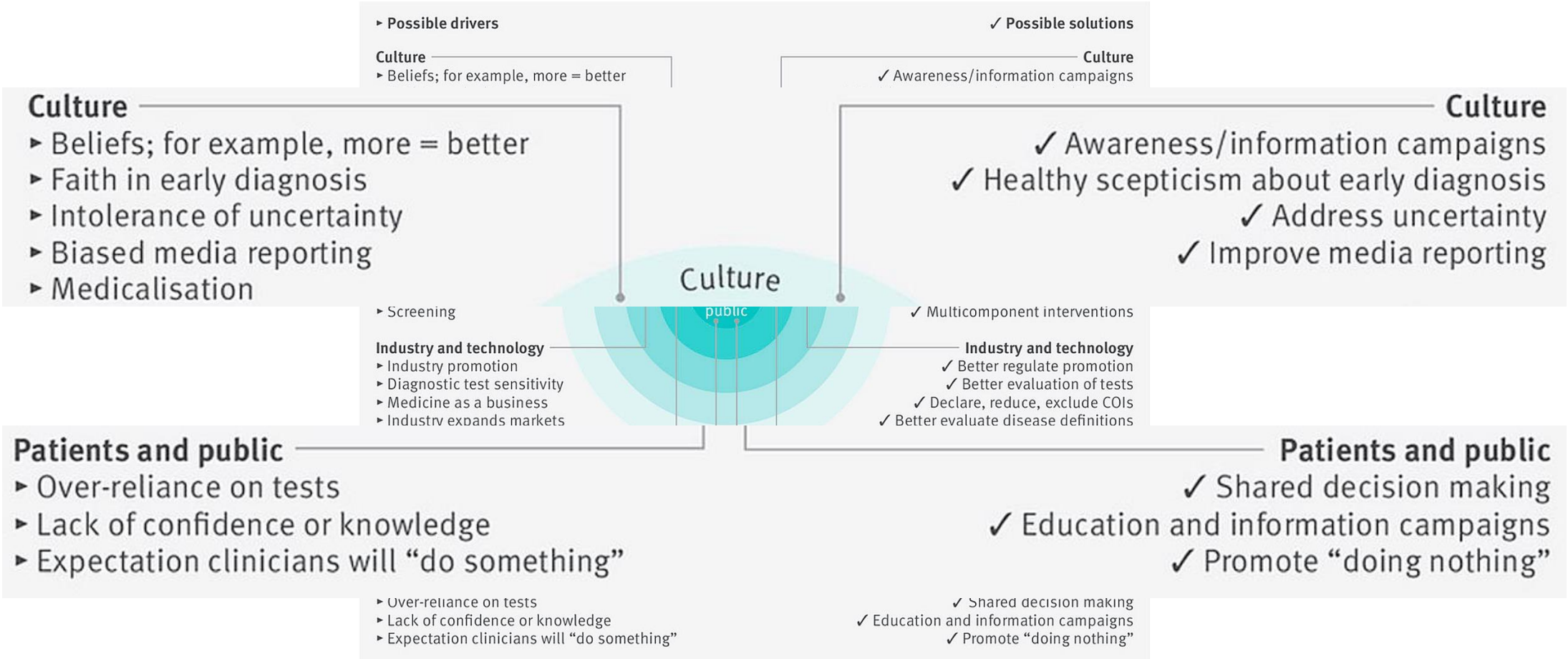
TOO MUCH MEDICINE

Mapping the drivers of overdiagnosis to potential solutions

Thanya Pathirana and colleagues explore strategies to tackle the problem of too much medicine

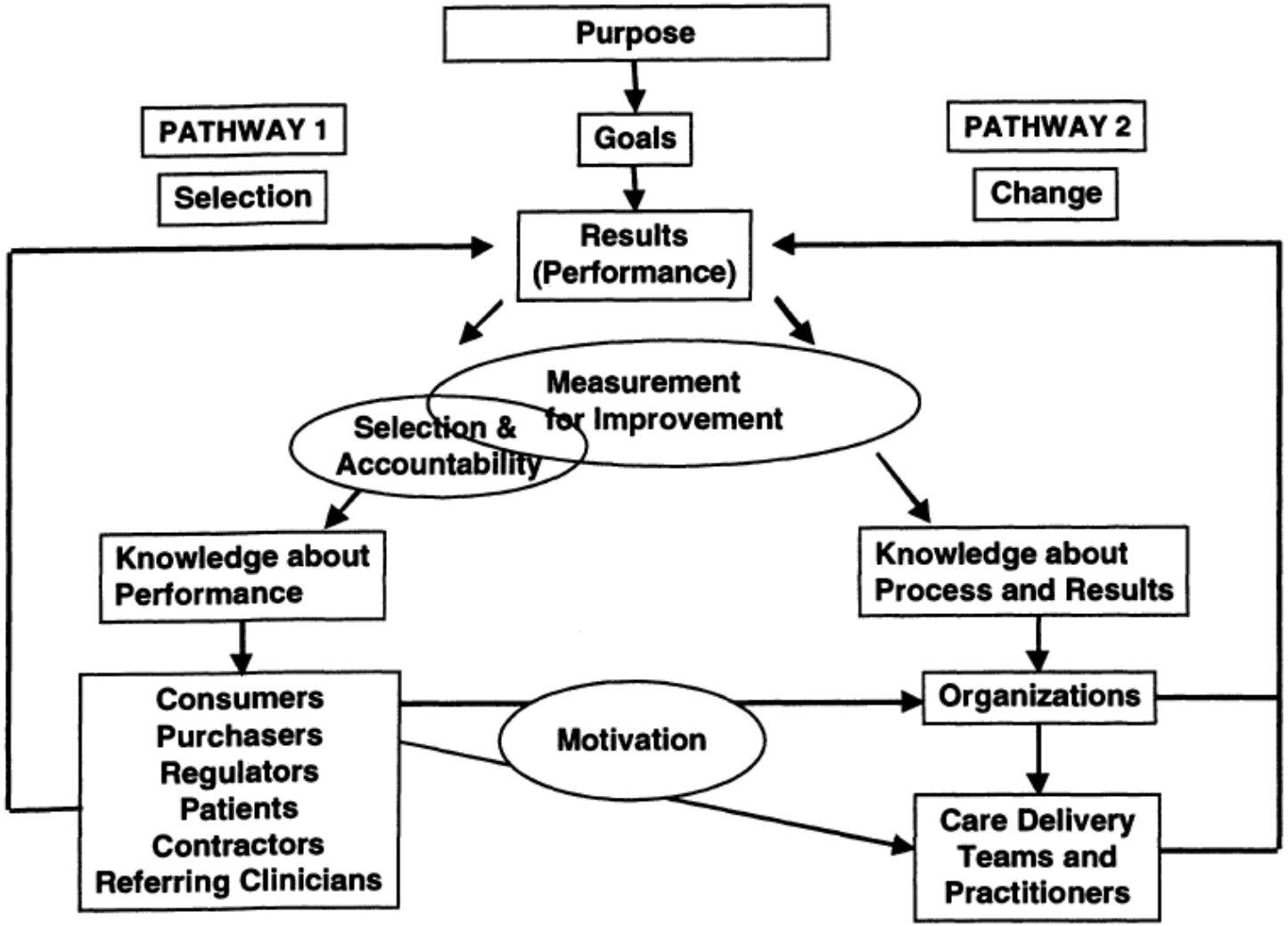
Thanya Pathirana *PhD scholar*, Justin Clark *senior information specialist*, Ray Moynihan *senior research fellow*

Center for Research in Evidence Based Practice, Bond University, Australia

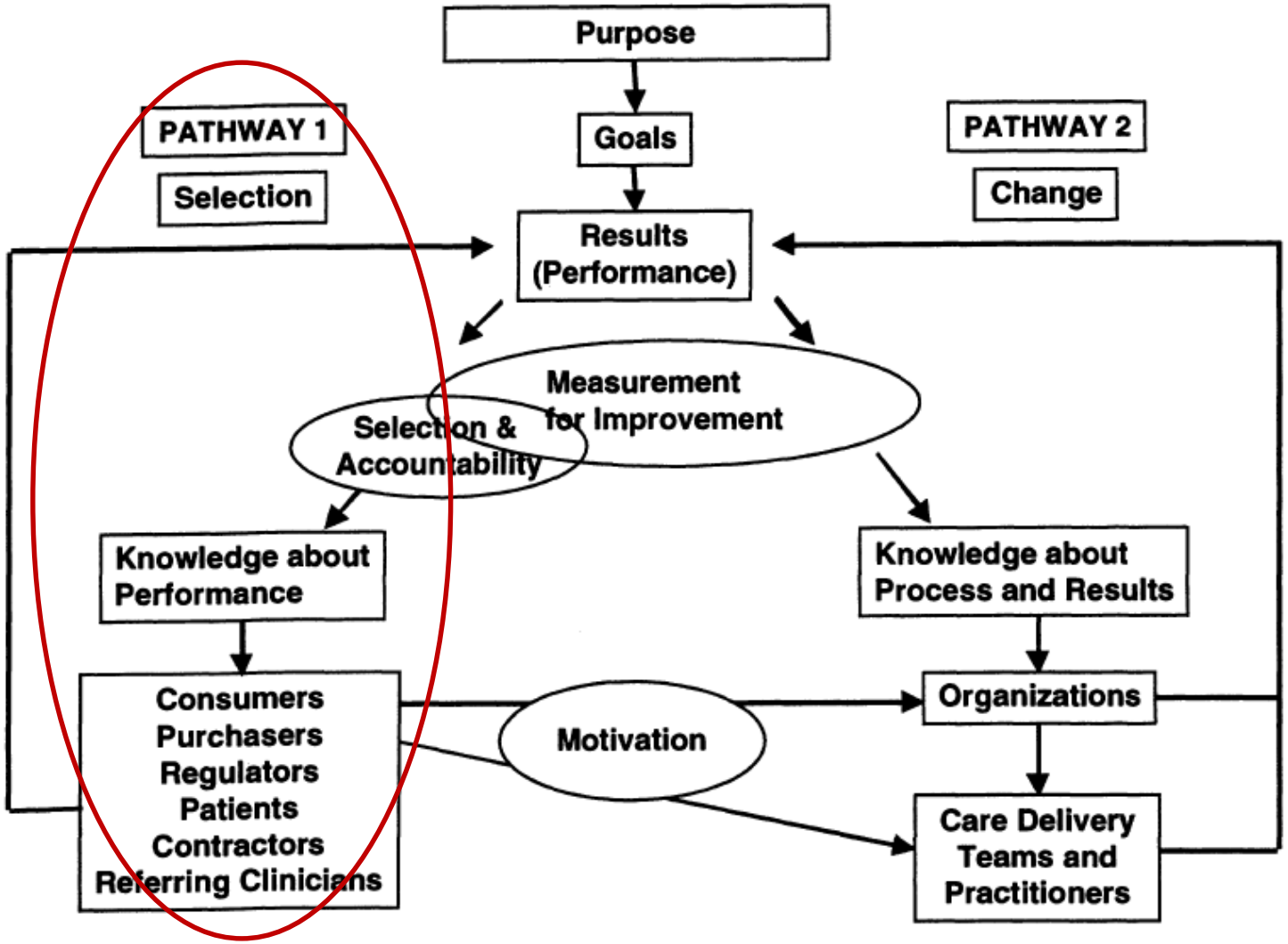


Source: Pathirana, 2017

Entwicklungsperspektiven
Publizität und Zielgruppen

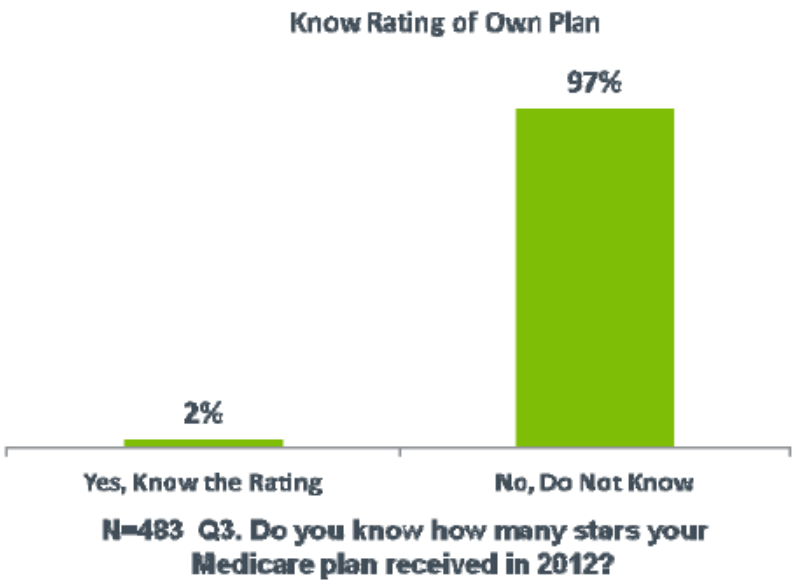


Entwicklungsperspektiven
Publizität und Zielgruppen

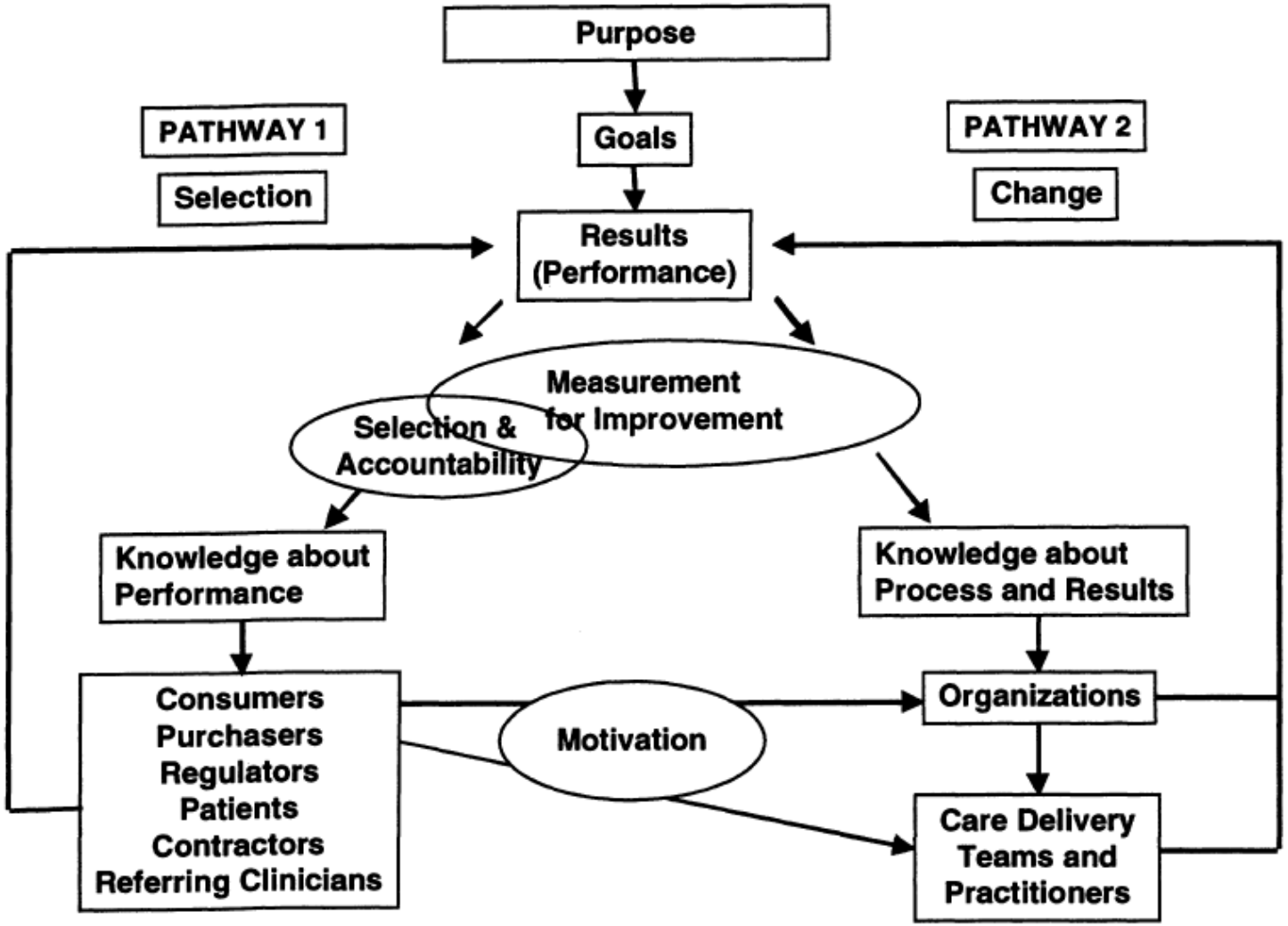


Entwicklungsperspektiven
Publizität und Zielgruppen

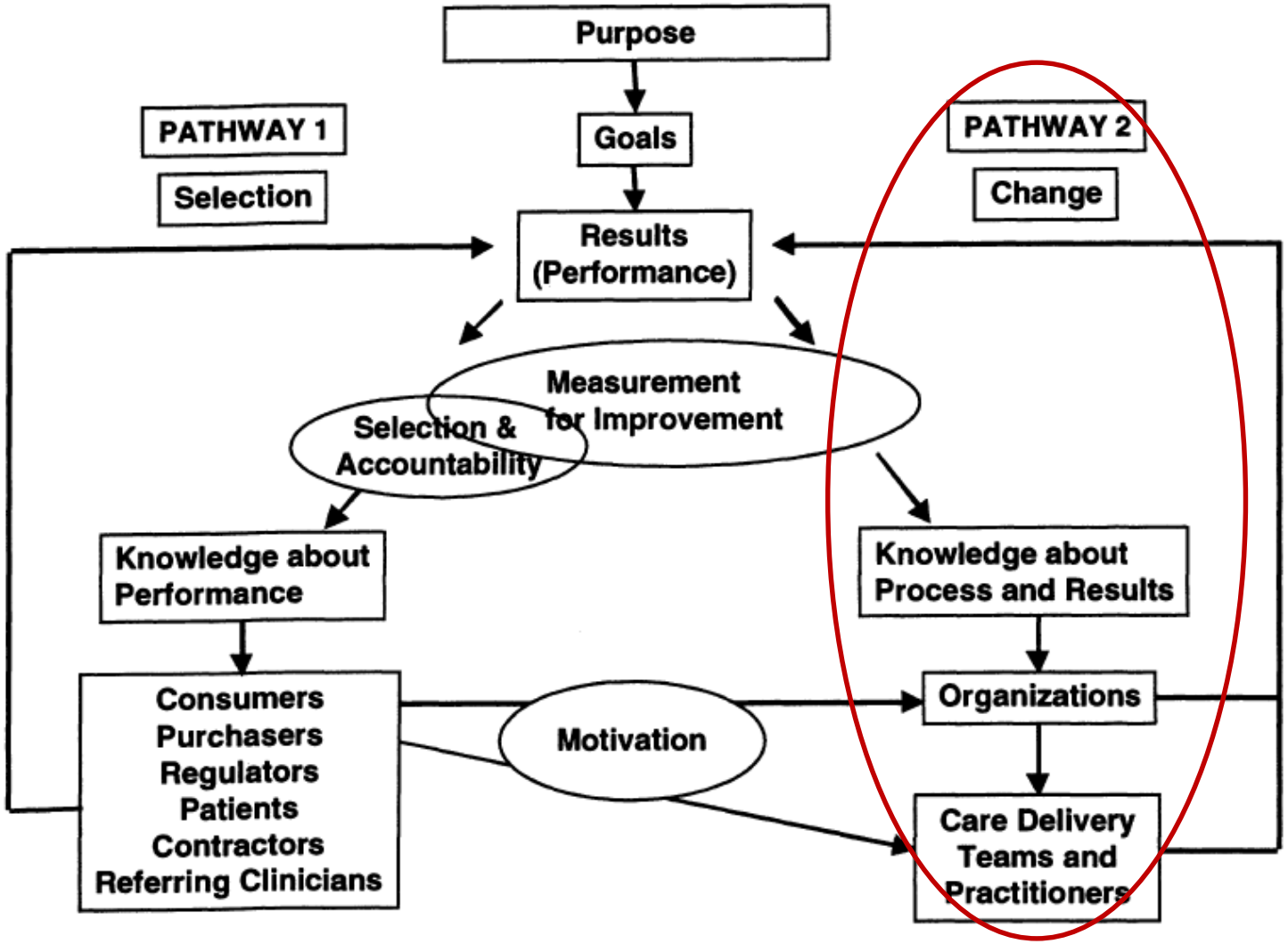
» Medicare Star Quality Rating



Entwicklungsperspektiven
Publizität und Zielgruppen



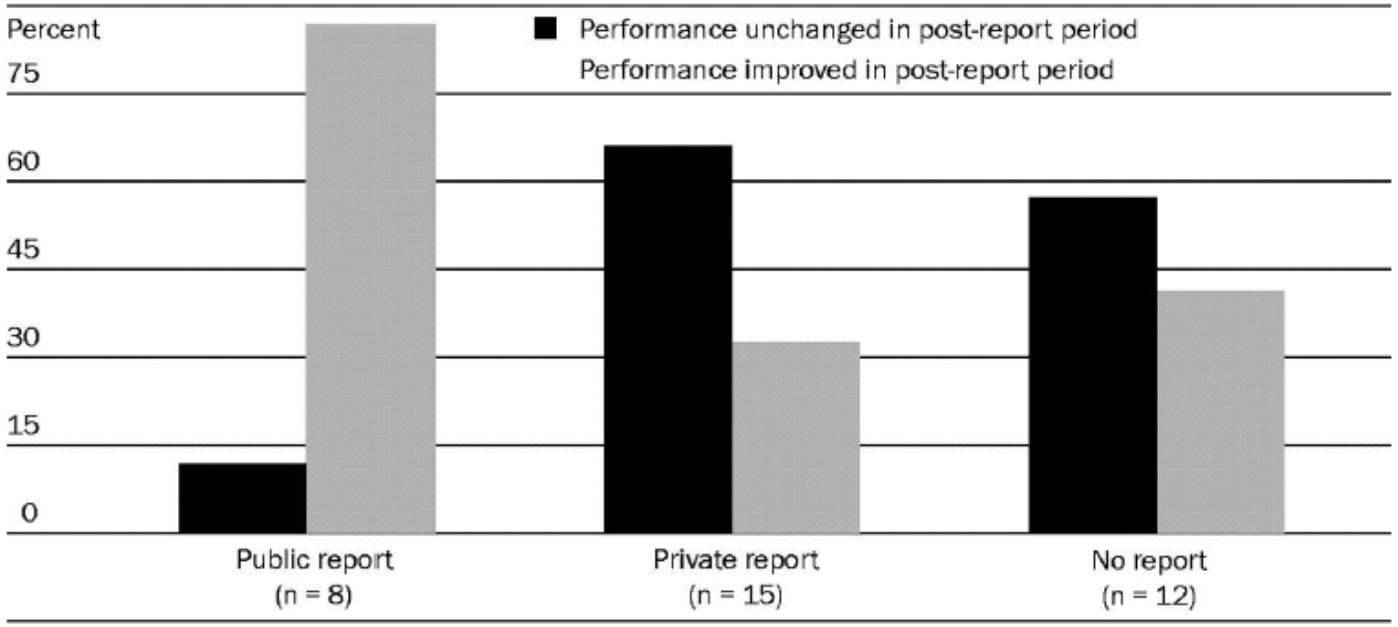
Entwicklungsperspektiven
Publizität und Zielgruppen



Entwicklungsperspektiven
Publizität und Zielgruppen

» Wisconsin Experiment

EXHIBIT 2
Changes In Hospital Performance In The Post-Report Period (2001–2003) Among Hospitals With Worse-Than-Expected Scores At Baseline



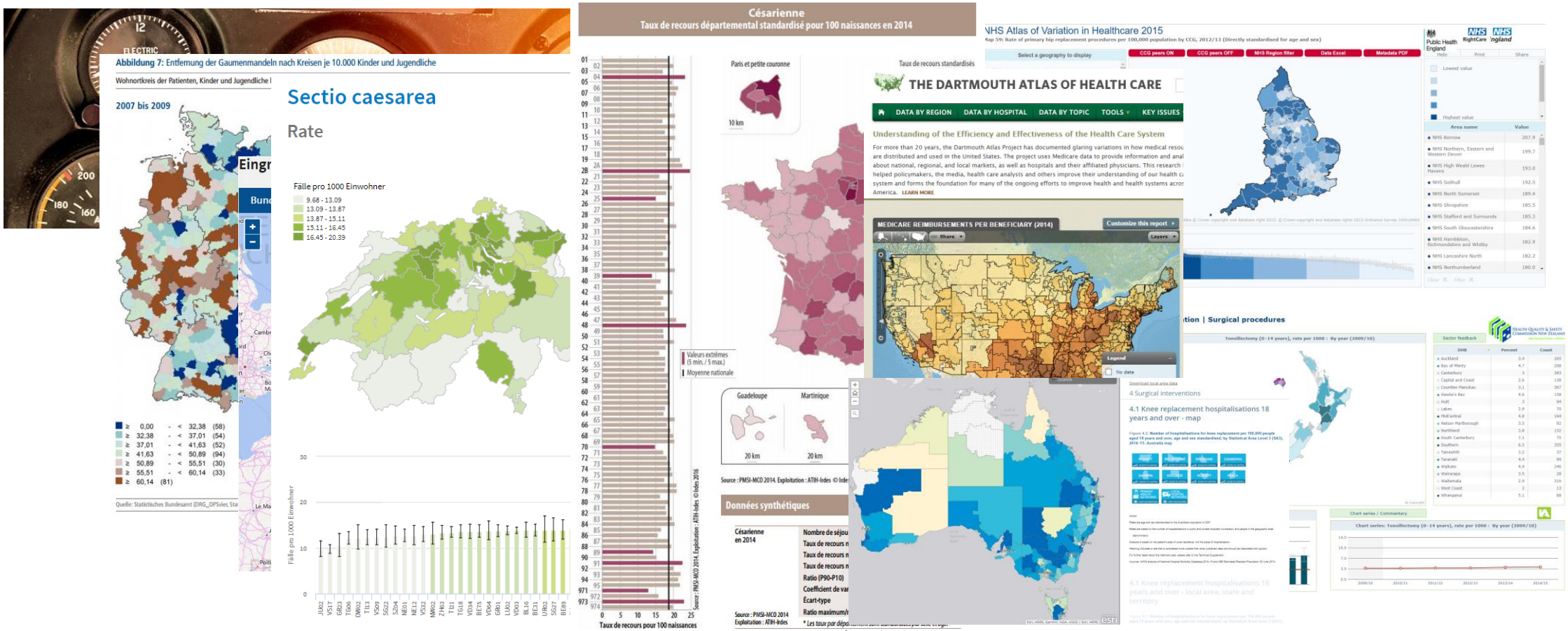
SOURCE: Wisconsin Bureau of Health Information, risk-adjusted by Medstat.
NOTE: Change in scores at baseline is significant at the 5 percent level.

Entwicklungsperspektiven
Ausblick

» Von Cockpits für die Systemsteuerung…

Entwicklungsperspektiven
Ausblick

» Von Cockpits für die Systemsteuerung… zu Versorgungsatlanten



Gesundheit Österreich
GmbH

Herzlichen Dank für die Aufmerksamkeit!