



iv

**INDUSTRIELLEN
VEREINIGUNG**

Spitals-/Gesundheitsreform

Positionspapier der IV zu Effizienzsteigerungen im Gesundheitssystem



www.iv-net.at

Das vorliegende Positionspapier wurde von der Fokusgruppe Gesundheit der Industriellenvereinigung erarbeitet.

Mitglieder der IV-Fokusgruppe Gesundheit

Vorsitz

Thomas **Salzer** | Salzer Gruppe

Mitglieder

Mag. Julia **Draxler-Schinko** | Neuroth AG

Dr. Peter **Eichler** | UNIQA Personenversicherung AG

Ing. Thomas **Gebell** | Alpenländische Schilderfabrik

Dr. Harald **Geck** | OÖ. Gesundheits- und Spitals-AG

Dr. Michael **Heinisch** | Vinzenz Gruppe Krankenhausbeteiligungs- und Management GmbH

Dr. Andrijka **Kashan** | Roche Diagnostics GmbH

Mag. Michaela **Kern** | Kernkompetenz Leadership Consulting

Dr. Johannes **Kleemann** | Industriellenvereinigung

Robert **Körbler** | Philips Austria GmbH-Healthcare

Mag. Thomas **Krautschneider** | Salesianer Miettex GmbH

Mag. Oswin **Längle** | Längle Glas GmbH

DI Klaus **Pöttinger** | Alois Pöttinger Maschinenfabrik Ges.m.b.H.

Veit **Schmid-Schmidfelden** | Rupert Fertinger GmbH

Dr. Reinhard **Schretter** | Schretter & Cie GmbH & Co KG

Dr. Georg **Vana** | Boehringer Ingelheim RCV GmbH & Co KG

Mag. Ines **Windisch** MBA | Sanofi-Aventis GmbH

Dr. Martin **Zartl** | Bayer Austria Ges.m.b.H.

Projektleitung

Dr. Helwig **Aubauer**

Mag. Ruth **List**



INHALT

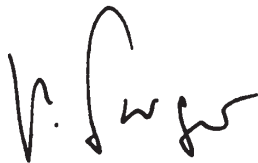
Vorwort	4
1. Ausgangslage	6
■ Hohe Gesundheitsausgaben	7
■ Hoher Ressourceneinsatz	8
■ Unterdurchschnittliche Gesundheitserwartung	9
2. Ursachen für die Probleme	10
■ Mangelnde einheitliche Planung, zersplitterte Kompetenzen, unzureichende Leistungssteuerung	11
■ Mangelnde Spezialisierung im Spitalsbereich und falsche Versorgungsebene	11
■ Zu hohe Regelungsdichte im Krankenanstaltenbereich	12
■ Komplexe Finanzierungsströme	13
■ Mangelnde Eigenverantwortung und Prävention	15
3. Handlungsspielraum und rechtlicher Rahmen	16
■ Hohes Effizienzpotenzial im Gesundheitssystem	17
■ Rechtliche Rahmenbedingungen – Handlungsauftrag	17
4. Lösungsvorschläge	18
■ Verbesserung der Systemsteuerung	19
■ Steigerung von Effizienz und Qualität in der Versorgung	20
■ Mehr Eigenverantwortung und Prävention	20

VORWORT


Österreichs Gesundheitssystem bietet der Bevölkerung Zugang zu qualitativ hochwertigen Leistungen und sichert eine flächendeckende Versorgung. Mit Gesundheitsausgaben von 11 Prozent des BIP ist dieses System gleichzeitig sehr kostenintensiv und gehört zu den teuersten Gesundheitssystemen in der OECD. Überdurchschnittlichen Ressourcenverbrauch weist vor allem der Spitalsbereich auf, wobei nationale und internationale Studien belegen, dass das österreichische Gesundheitssystem insgesamt große Effizienzpotenziale aufweist.

Für die Industriellenvereinigung (IV) ist ein gut funktionierendes und nachhaltig finanzierbares Gesundheitssystem sowohl aus gesamtgesellschaftlicher als auch aus standortpolitischer Sicht von wesentlicher Bedeutung. Demografische Entwicklung und medizinischer Fortschritt rücken die Frage der Finanzierbarkeit dabei zunehmend in den Mittelpunkt. Die vorhandenen Mittel so effizient wie möglich einzusetzen, ist im Sinne der Versicherten, Patientinnen und Patienten ein Gebot der Stunde, um auch in Zukunft allen Österreicherinnen und Österreichern die bestmögliche medizinische Versorgung zukommen zu lassen.

Expertinnen und Experten der „IV-Fokusgruppe Gesundheit“ haben die Reformnotwendigkeiten im Spitals- bzw. Gesundheitsbereich zum Anlass genommen, Effizienzpotenziale aufzuzeigen und entsprechende Maßnahmen vorzuschlagen, wie diese Potenziale gehoben werden können. Damit soll ein starker Impuls zur Weiterentwicklung des Spitals- bzw. Gesundheitswesens in Österreich geleistet werden.



Dr. Veit Sorger
Präsident
Industriellenvereinigung



Mag. Christoph Neumayer
Generalsekretär
Industriellenvereinigung



Thomas Salzer
Vorsitzender der IV-Fokusgruppe Gesundheit

Wien, Dezember 2011

AUSGANGSLAGE

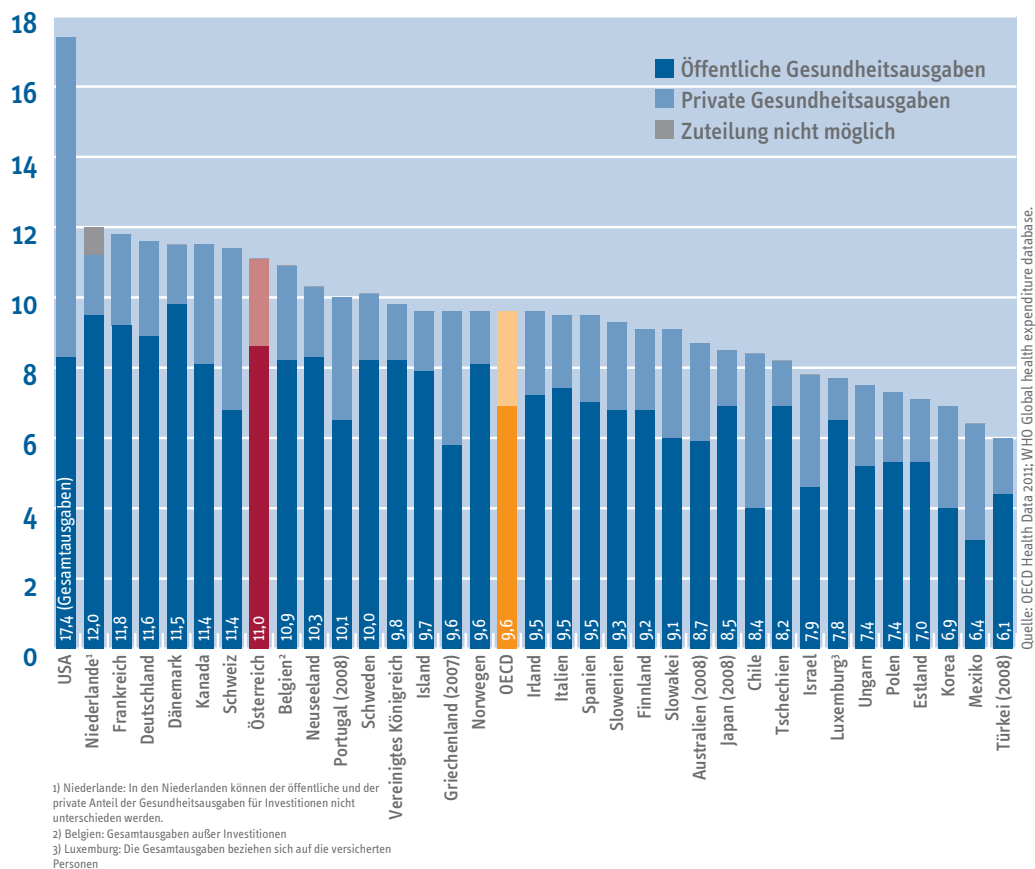


Hohe Gesundheitsausgaben

Im Jahr 2009 hat Österreich 11 Prozent des BIP¹ für die Gesundheitsversorgung ausgegeben und liegt damit im Spitzenfeld der OECD-Länder. Der OECD-Schnitt beträgt 9,5 Prozent. Bei den pro-Kopf-Ausgaben liegt Österreich mit 4.289 US-Dollar ebenfalls im vordersten Feld der OECD-Länder. Der Mittelwert beträgt hier 3.223 US-Dollar.² Der öffentliche Anteil an den Gesamtausgaben lag in Österreich 2008 bei 77,7 Prozent und damit ebenfalls über dem OECD-Durchschnitt von 71,7 Prozent.

Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP, OECD Länder, 2009

in Prozent des BIP



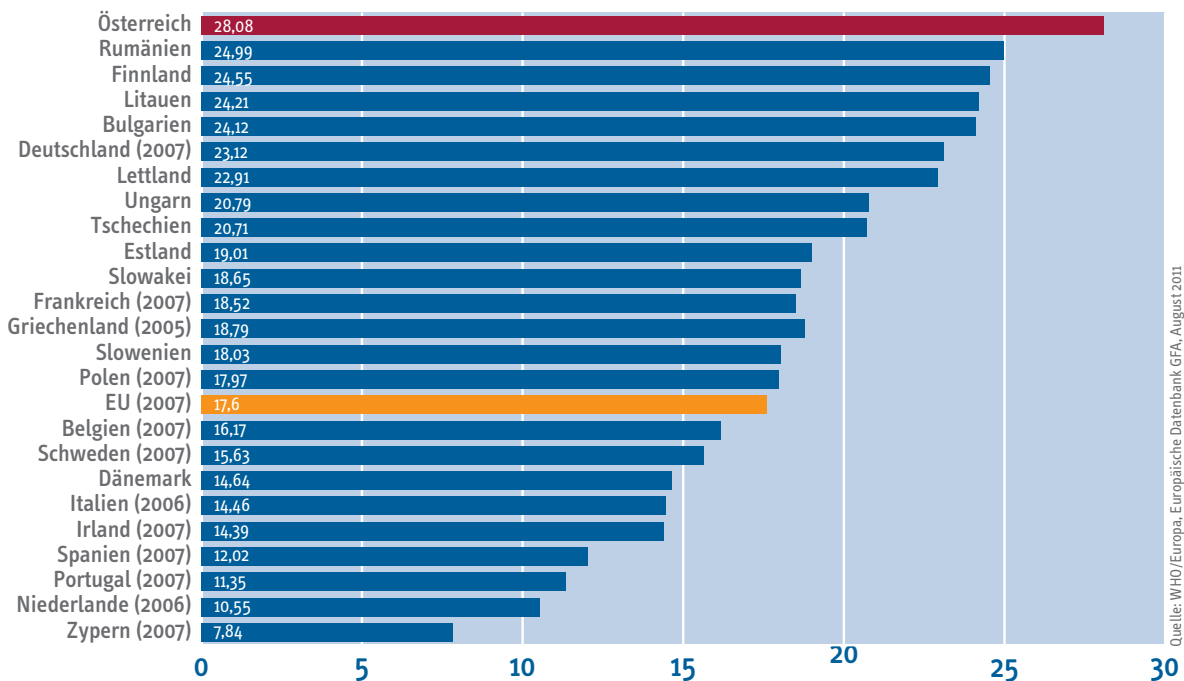
Länder, Gemeinden und Trägergesellschaften für den Krankenanstaltenbereich haben 2009 einen den Krankenanstaltensektor betreffenden Schuldenstand von 3,1 Milliarden Euro ausgewiesen. Die erfolgten Kreditaufnahmen dienen vor allem der Investitionsfinanzierung. Tatsächlich ist allerdings von einem deutlich höheren Schuldenstand auszugehen, da eine Zurechnung von allgemeinen Schuldenständen auf den Krankenanstaltenbereich mangels Zurechnungsschlüssel nicht erfolgt.³

Hoher Ressourceneinsatz

Das österreichische Gesundheitswesen verfügt über große personelle, materielle und technische Ressourcen, die sich vor allem im stationären Bereich niederschlagen. Die Dichte an Spitalsbetten liegt um 50 Prozent über dem EU-Schnitt, die Krankenhausaufnahmerate ist die höchste europaweit.⁴ Die Versorgung mit technischen Diagnosegeräten ist in Österreich ebenfalls vergleichsweise hoch. Die Zahl der MRT-Einheiten lag in Österreich 2009 bei 18,4 je Million Einwohner, deutlich über dem OECD-Schnitt von 12 MRT-Einheiten. Ebenso lag die Zahl der CT-Scanner mit 29,3 Geräten je Million Einwohner über dem OECD-Schnitt von 22,1 Geräten.⁵

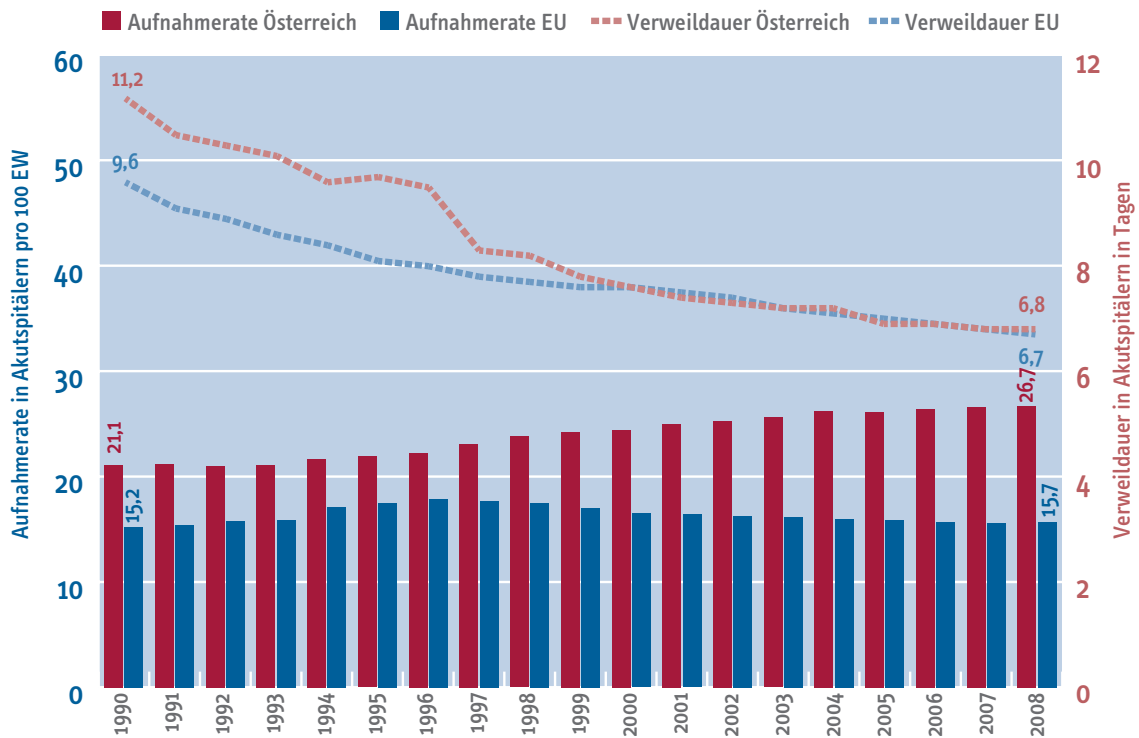
Krankenhausaufnahmerate je 100 Einwohner (2008)

in Prozent



Die hohe Krankenhausaufnahmerate ist auch im Zusammenspiel mit Fehlanreizen im Finanzierungssystem zu sehen. Das LKF-System (Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung) hat zu Fehlanreizen geführt, die sich in einer überproportionalen Kostenentwicklung niederschlagen: so hat die Einführung des auf Fallpauschalen beruhenden LKF-Systems zwar wie in anderen Ländern auch die Verweildauern in den Krankenanstalten gesenkt. Allerdings ist gleichzeitig in Österreich die Aufnahme rate kompensatorisch gestiegen und hat die positive Wirkung der kürzeren Verweildauern konterkariert. Die pauschale Abgeltung pro Fall nach dem LKF-Modell hat daher dazu geführt, dass eine sehr hohe Anzahl an Patienten aufgenommen und gleichzeitig die Verweildauer möglichst reduziert wird, um die LKF-Punkte und damit das Entgelt zu maximieren⁶.

Liegedauern und Aufnahmearten in Akutspitälern



Quelle: Cypionka, Thomas/ Röhrling, Gerald, Finanzierungsströme in der Krankenversicherung in: Pfeil Walter (Hrsg.), Finanzierungsprobleme in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2009, S. 21; WHO/ Europa, Europäische Datenbank GFA, Oktober 2011; eigene Darstellung

Unterdurchschnittliche Gesundheitserwartung

Trotz überdurchschnittlichem Ressourceneinsatz weist Österreich allerdings eine unterdurchschnittliche Gesundheitserwartung⁷ auf. Sie liegt in Österreich bei 58,8 Jahren und damit beinahe drei Jahre unter dem EU-Schnitt von 61,5 Jahren. Innerhalb der EU- 27 liegt Österreich nur an 20. Stelle.⁸ Dies deutet laut OECD auf eine mangelnde Effizienz des Systems sowie einen nachlässigen Umgang der Einzelnen mit ihrer Gesundheit hin.⁹

URSACHEN FÜR DIE PROBLEME



Mangelnde einheitliche Planung, zersplitterte Kompetenzen, unzureichende Leistungssteuerung

Eine österreichweite, sektorenübergreifende Planung des Leistungsangebots im Bereich Gesundheit besteht nicht. Der „Österreichische Strukturplan Gesundheit“ (ÖSG) umfasst im Wesentlichen nur den stationären Bereich, die „Regionalen Strukturpläne Gesundheit“ (RSG) auf Länderebene sind uneinheitlich. Durch die strikte Trennung zwischen stationärem und niedergelassenem Bereich existieren „zwei Gesundheitssysteme“ nebeneinander, die durch mangelnde gemeinsame Planung, Finanzierung und Steuerung sowie aufwändige Parallelstrukturen gekennzeichnet sind. Die strikte Kompetenztrennung und die Pauschalabgeltung der Krankenversicherungsträger für spitalsambulante Leistungen (fehlende Realisierung des Prinzips „Geld folgt Leistung“) bewirken falsche Anreize, mitunter Leistungsverschiebungen aus dem niedergelassenen Bereich in die Spitäler. Unnötige Mehrkosten sind die Folge. Zwischen 1997 (Einführung des LKF-Systems) und 2009 sind die Kosten der landesfondsfinanzierten Krankenanstalten um 65 Prozent gestiegen. In der ambulanten Spitalsversorgung allein sind sie im gleichen Zeitraum sogar um knapp 95 Prozent gestiegen.¹⁰

Mangelnde Spezialisierung im Spitalsbereich und falsche Versorgungsebene

Viele Behandlungen werden nicht auf der adäquaten Versorgungsebene durchgeführt. So erfolgen etwa viele Eingriffe stationär, obwohl sie ambulant in gleicher Qualität, aber kostengünstiger vorgenommen werden könnten. Tagesklinische und ambulante Angebote werden zu wenig genutzt bzw. sind nicht genügend vorhanden.

Mit ein Grund für die hohe Krankenhausaufnahmerate sind auch die – mit dem stationären Bereich nicht abgestimmten – Rahmenbedingungen, die für den niedergelassenen Bereich gelten. So führt das Fehlen adäquater Öffnungszeiten an Wochenenden und Feiertagen im niedergelassenen Bereich vielfach dazu, dass Patientinnen und Patienten ins Krankenhaus ausweichen, obwohl eine Behandlung durch niedergelassene Fachärzte angemessen gewesen wäre. Mangelnde Abstimmung und Spezialisierung zwischen den Spitälern führt ebenfalls zu Effizienz- und Qualitätsverlusten. Zu viele Spitäler bieten eine zu große Bandbreite an Behandlungen an, was sich sowohl in ökonomischer, vor allem aber in qualitativer Hinsicht nachteilig auswirkt. So werden in vielen Fällen die jährlich empfohlenen Mindestfallzahlen in verschiedenen Abteilungen nicht erreicht, weil das Angebot den Bedarf übersteigt.¹¹ Aus der folgenden Tabelle geht hervor, dass zahlreiche Spitäler eine Vielzahl an Operationen erbringen, allerdings oftmals weit unter der empfohlenen Mindestfallzahl bleiben. Im Sinne einer qualitativ hochwertigen Versorgung sollten die Mindestfallzahlen eingehalten werden. Sinnvoll wäre es, bestimmte Operationen an weniger, dafür darauf spezialisierten Standorten zu erbringen.

Empfohlene Mindestfallzahlen (MFZ) für Operationen und tatsächlich erbrachte Operationen in ö. Spitälern

Krankenhäuser (KH) in OÖ.	Operationen Wirbelsäule/Bandscheibe (MFZ 100)	Eingriffe im Thorax (MFZ 50)	Brustkrebsoperationen (MFZ 30)	Schilddrüsenoperationen (MFZ 30)	Endoprothetik Schulter (MFZ 50)
KH 1	9	3	22	57	3
KH 2	14	3	20	11	20
KH 3	21	3	10	23	1
KH 4	1	8	23	44	
KH 5	8	2	40	23	
KH 6	24	11	36	36	1
KH 7	51	210	118	190	24
KH 8	20	7			
KH 9	4	45	342	208	40
KH 10		219	89	115	
KH 11	1.597	2			
KH 12	99	29	38	126	7
KH 13	3		18	12	1
KH 14	49	75	39	198	23
KH 15	8	42	54	112	4
KH 16	830	169	148	276	19
KH 17		22	25	13	1
KH 18	4	20			
Summe Oö KA	2.742	870	1.022	1.444	144

Anzahl der Krankenanstalten gesamt	16	17	15	15	12
Sinnvolle Anzahl an Standorten	2	4-6	8 -10	8 -10	1

Quelle: OÖ Landesrechnungshof, Initiativprüfung Umsetzung der öö. Spitalreform, 2009; eigene Darstellung

Zu hohe Regelungsdichte im Krankenanstaltenbereich

Ein Problem für die Krankenhäuser, um auf spezifische sachliche oder räumliche Gegebenheiten eingehen zu können, stellt auch die gesetzlich sehr detailliert vorgeschriebene Krankenhausorganisation dar, die wenig Gestaltungsspielraum lässt. Vorgaben etwa zu Personal, Organisation oder Infrastruktur dürfen im Sinne eines effizienteren Krankenanstaltenwesens deren Hand-

lungsspielraum nicht über das notwendige Maß hinaus einschränken. Darüber hinaus sind die sehr detaillierten Vorgaben in den Bundesländern oftmals unterschiedlich geregelt, etwa die Ausstattung von Notarztwägen oder sanitätsbehördliche Erfordernisse bei Um- und Ausbauten von Krankenhäusern; d.h. nicht nur die Regelungsdichte sondern auch die Regelungsebene (Bund – Länder) ist in zahlreichen Fällen zu hinterfragen. Schwierigkeiten bereitet außerdem, dass in den Ländern eine oftmals unterschiedliche Auslegungspraxis der Behörden besteht.

Komplexe Finanzierungsströme

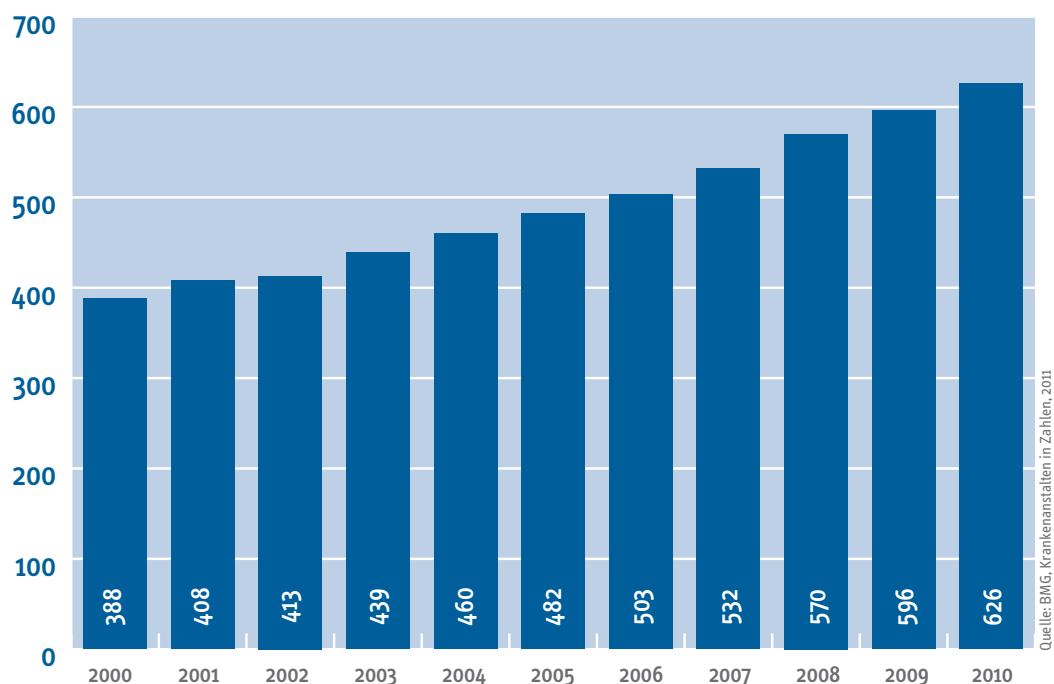
An der Finanzierung des Gesundheitswesens sind kompetenzbedingt insbesondere Gebietskörperschaften, Sozialversicherungsträger, Krankenanstaltenträger sowie Patientinnen und Patienten beteiligt. Die Finanzströme für den intra- und extramuralen Bereich sind verflochten und zeichnen sich durch Parallelität und Komplexität aus. Die Finanzierungsverantwortung von Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherungsträgern deckt sich nicht mit ihrer Aufgaben- und Ausgabenverantwortung.

Die Unterschiede bei der Dotierung der Landesgesundheitsfonds, der Deckung der Krankenanstaltenbetriebsabgänge, der Investitionsfinanzierung und der Ausgestaltung der Leistungsabgeltung im stationären und spitalsambulanten Bereich verhindern einen österreichweiten Vergleich der Spitalsfinanzierung und führen zu Intransparenz. Das Fehlen von österreichweit einheitlichen Abrechnungsmodalitäten im Rahmen des LKF-Systems führt zu mangelnder Vergleichbarkeit der Spitäler. Dieses Problem wird darüber hinaus dadurch verschärft, dass von vornherein nur etwa die Hälfte der finanziellen Mittel über das LKF-System zugewiesen wird und damit zumindest einer gewissen Steuerung unterliegt.

Die strukturellen Probleme führen zu Ineffizienzen und stark steigenden Endkosten.

Entwicklung der stationären Endkosten je Belagstag in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten

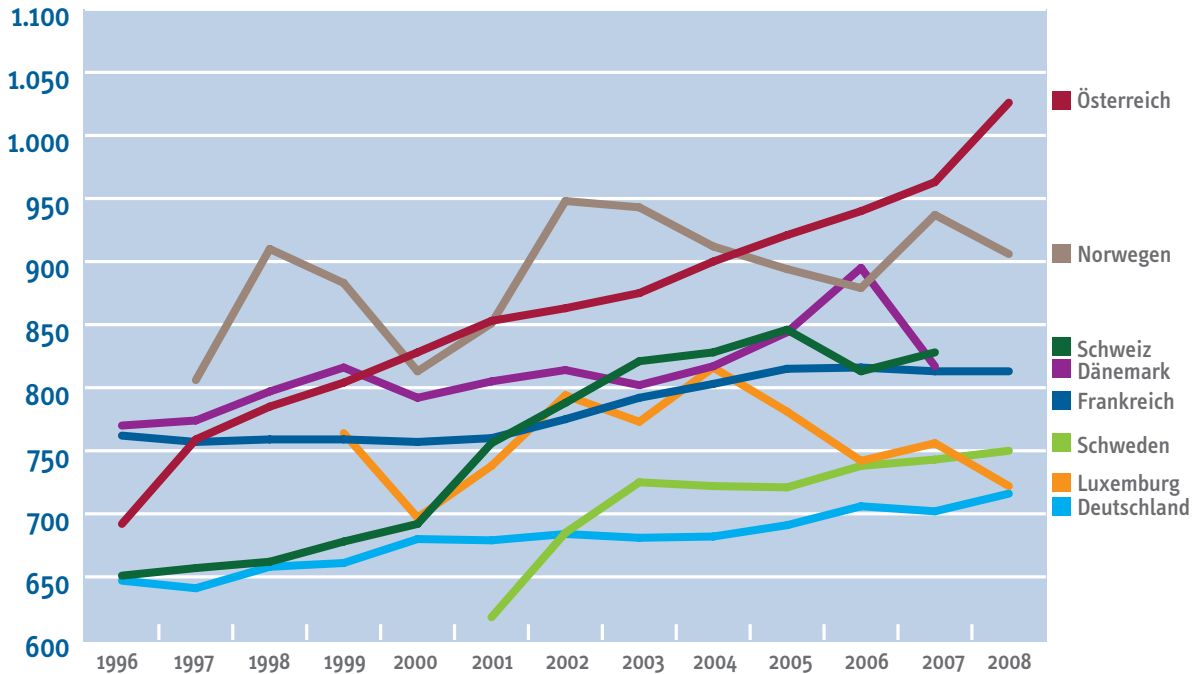
in Euro



Die stetig steigenden Spitalskosten haben dazu geführt, dass das österreichische Spitalssystem inzwischen das teuerste in Europa ist.

Spitalskosten Top 8 in Europa

pro Kopf, in USD PPP, real 2000

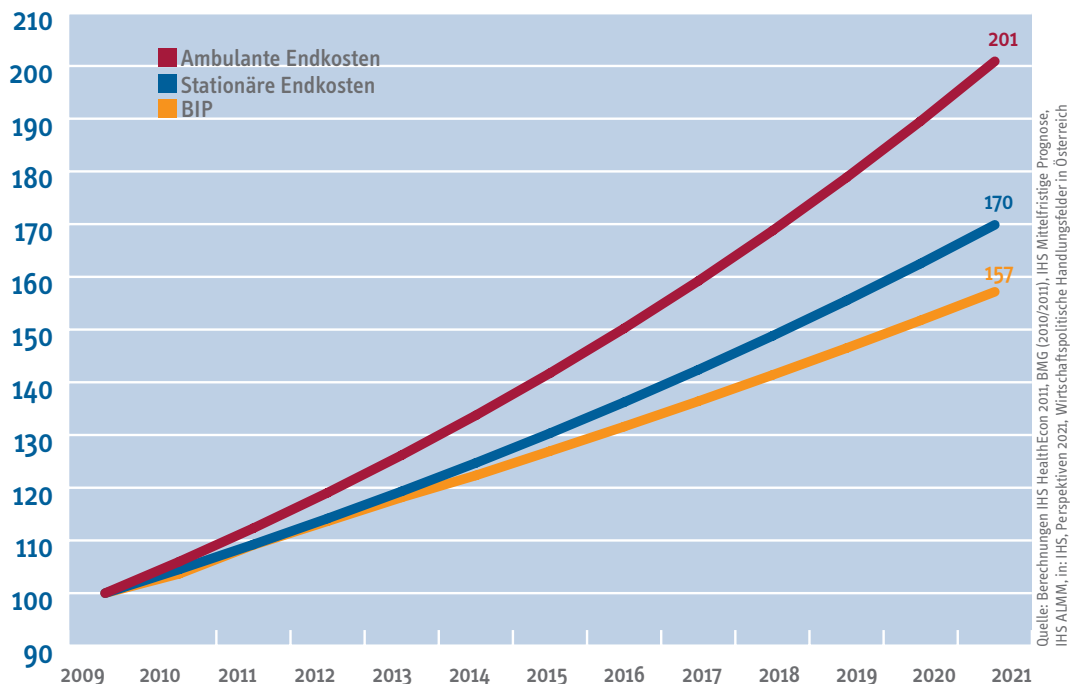


Quelle: OECD Health Data, Berechnungen IHS HealthEcon 2010, in: IHS, Perspektiven 2021, Wirtschaftspolitische Handlungsfelder in Österreich

Aus der folgenden Grafik lässt sich die Kostenentwicklung für die nächsten 10 Jahre ablesen, wenn keine Reformmaßnahmen ergriffen werden und man die Wachstumsraten der Jahre 2000 bis 2009 zugrunde legt.

Spitalskostenprojektion 2021

Index 2009 = 100



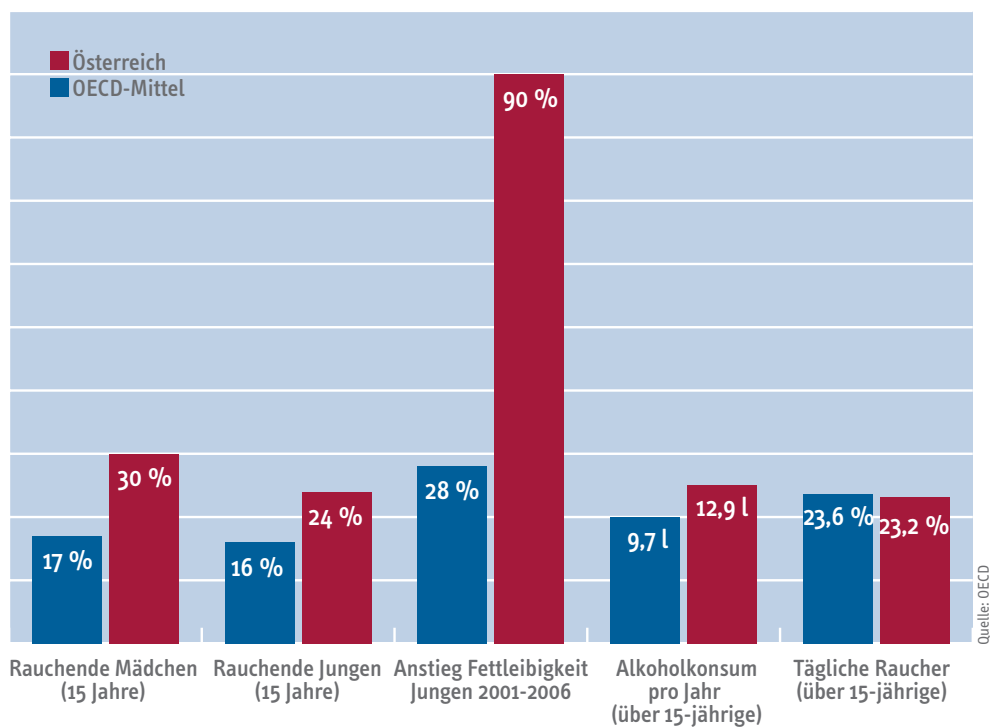
Quelle: Berechnungen IHS HealthEcon 2011, BMG (2010/2011), IHS Mittelfristige Prognose, IHS ALMM, in: IHS, Perspektiven 2021, Wirtschaftspolitische Handlungsfelder in Österreich

Mangelnde Eigenverantwortung und Prävention

Die österreichische Bevölkerung weist trotz überdurchschnittlichem Ressourceneinsatz eine unterdurchschnittliche Gesundheitserwartung auf. Neben Effizienzmängeln im System ist dies auch auf einen nachlässigen Umgang mit der eigenen Gesundheit und einem der Gesundheit nicht förderlichen Lebensstil zurückzuführen.¹² Das Gesundheitssystem ist zu kurativ und zu wenig präventiv orientiert. Auch Anreize, die die Versicherten zu einem gesünderen Lebensstil animieren sollten, fehlen.

Risikoverhalten Österreich

Daten von 2007



HANDLUNGS- SPIELRAUM & RECHTLICHER RAHMEN



Hohes Effizienzpotenzial im Gesundheitssystem

Die OECD konstatiert dem österreichischen Gesundheitssystem Effizienzmängel. Sie hat für das gesamte Gesundheitssystem ein Effizienzpotenzial von 2 Prozent des BIP errechnet: Bei demselben Ressourceneinsatz wie derzeit, aber einer ähnlich hohen Effizienz wie die besten Länder, können die Gesundheitsausgaben um 2 Prozent des BIP reduziert werden.¹³ Für das Jahr 2011 würde dies eine Einsparung von etwa 6 Milliarden Euro bedeuten.

Laut IHS liegt allein im stationären Bereich ein Effizienzpotential von 20 Prozent. Bei gleichbleibendem Ressourceneinsatz und Behandlungsergebnissen könnten bei Steigerung der Effizienz 20 Prozent eingespart werden.¹⁴ Das wären im Jahr 2009 rund 2 Milliarden Euro an realisierbaren Effizienzreserven im stationären Bereich.

Rechtliche Rahmenbedingungen – Handlungsauftrag

Im **Regierungsprogramm** ist vorgesehen, dass für die Finanzierung des Gesundheitswesens unter Berücksichtigung der bestehenden Art.15a B-VG-Vereinbarung und des Finanzausgleichs im Hinblick auf die Spitalsfinanzierung Effizienzpotenziale zu analysieren und bis 2011 geeignete Maßnahmen zu entwickeln sind.

Darüber hinaus haben sich die Regierungsparteien in ihrer **Regierungsklausur** im Mai 2011 erneut auf die Umsetzung einer umfassenden Spitals- und Gesundheitsreform verständigt: Vereinbart wurde im Rahmen einer Reform der Spitalsfinanzierung einen Kostendämpfungspfad für Spitalsendkosten zu implementieren und die Rahmenbedingungen im System so zu verbessern, dass eine durchgängige integrierte Leistungserbringung auf der jeweils optimalen Versorgungsebene gewährleistet wird. Im Rahmen der laufenden Arbeitsgruppen sollen zur Spitalsreform gemeinsam mit den Ländern und weiteren Akteuren dazu strukturelle Lösungsvorschläge erarbeitet sowie die Finanzierung und Organisation des Spitalsbereichs neu strukturiert werden.

LÖSUNGS- VORSCHLÄGE



Verbesserung der Systemsteuerung

- **Ein bundesweit einheitliches Krankenanstaltengesetz** soll die Rahmenbedingungen für eine effiziente und treffsichere Steuerung des Gesundheitssystems optimieren; d.h. Gesetzgebung auf Bundesebene, Vollziehung auf Landesebene. Wichtig ist, dass den Krankenanstalten trotz notwendiger Rahmenvorgaben dabei genügend Handlungsspielraum eingeräumt wird, um sie so effizient wie möglich organisieren und führen zu können. Die derzeitige Regelungsdichte der Krankenanstaltengesetze bzw. des „Österreichischen Strukturplans Gesundheit“ (ÖSG) ist insbesondere im Hinblick auf die Vorgaben zu Strukturqualität (z.B. Personaleinsatzzahlen) und Infrastruktur (z.B. Geräte, Labors) zu hoch.
- **Planung, Steuerung und Finanzierung:** Die Planung soll bundeseinheitlich, länderübergreifend verbindlich und nach einem objektiv festgestellten Bedarf erfolgen. Die Mittel für die Spitalsfinanzierung sollen gebündelt und nach einheitlich festgelegten Kriterien ausgeschüttet werden („Finanzierung aus einer Hand“).¹⁵ Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang auch, dass eine klarere Trennung zwischen Finanzier und Betreiber stationärer Einrichtungen eine wichtige Voraussetzung dafür ist, dass die positiven Effekte einer gebündelten Finanzierung ihre volle Wirkung entfalten können. Um die Kostensteigerungen im Spitalsbereich künftig zu dämpfen, soll ein **Kostendämpfungspfad** in Verbindung mit einem Zielerreichungssystem (**Finanzziele**) implementiert werden.

Gesamthafte Leistungs- und Qualitätsplanung: Durch die gemeinsame Planung und Steuerung können aufwendige Parallelstrukturen (z.B. stationäre und ambulante Strukturen) überwunden und die Gesundheitsleistungen jeweils auf der richtigen Versorgungsebene (Hausärztin und Hausarzt, Fachärztin und Facharzt, Ambulanz, Spital) erbracht werden. Bei Verschiebungen der Leistungserbringung zwischen niedergelassenem, ambulantem und stationärem Bereich soll der Grundsatz „Geld folgt Leistung“ gelten. Die Planung hat nach objektiven Kriterien und dem zu erwartenden Bedarf zu erfolgen (und nicht unter Rücksichtnahme auf die Auslastung bereits bestehender Strukturen). Die Finanzierung des laufenden Betriebs der Krankenanstalten einschließlich Investitionen soll ausschließlich über ein einheitliches Abrechnungssystem (z.B. das LKF-System) erfolgen, um Transparenz und Vergleichbarkeit im System zu steigern.
- **Zugangssteuerung in die richtige Versorgungsebene:** Um zu gewährleisten, dass die Patientinnen und Patienten auf der richtigen Versorgungsebene behandelt werden, muss der Zugang gesteuert erfolgen. Die derzeitigen Mechanismen, die dazu führen, dass zu viele Behandlungen im Krankenhaus durchgeführt werden anstatt auf anderen Ebenen, ist sowohl in ökonomischer als auch in qualitativer Hinsicht unbefriedigend. Um das Ziel einer optimalen Steuerung zu erreichen, kann die Rolle des Hausarztes als Gate-Keeper gestärkt werden. Leitbild ist die Hausärztin, der Hausarzt als nachhaltige Gesundheitsbegleiterin, nachhaltiger Gesundheitsbegleiter der Patientin, des Patienten, die oder der in der Regel deren oder dessen Krankengeschichte sowie deren oder dessen Umfeld und Familie kennt. Die Hausärztin, der Hausarzt hat nicht nur eine zentrale Rolle für die Gesundheit der Patientinnen und Patienten, sondern auch für die Folgekosten im Gesundheitssystem. Überweisungen an andere Ebenen der Gesundheitsversorgung (Fachärztin und Facharzt, Spitalsambulanz, stationärer Aufenthalt) sollten mit sinnvollen Ausnahmen (z.B. Gynäkologie, Augenheilkunde) grundsätzlich durch die Hausärztin, den Hausarzt erfolgen.

Steigerung von Effizienz und Qualität in der Versorgung

- **Veröffentlichung von Qualitätskennzahlen:** Vergleichende Benchmarks und Performance-evaluation erhöhen die Transparenz und in der Folge die Qualität. Die Leistungen sowohl im stationären wie im niedergelassenen Bereich sollen daher einem kontinuierlichen Benchmarking und Ergebnismessungen unterzogen werden.
- **Integrierte Versorgungsmodelle:** Das bessere Zusammenspiel der Akteure im Gesundheitswesen ist sowohl in ökonomischer Hinsicht sinnvoll und darüber hinaus von großem Patientennutzen; Versorgungsstrukturen müssen künftig prozessorientiert ausgerichtet werden; das Schnittstellenmanagement zwischen stationärem und niedergelassenem Bereich und über Berufsgruppen und Bundesländergrenzen hinaus muss verbessert werden; Disease Management und Case Management müssen forciert werden (Behandlung nach Richtlinien: Verpflichtende Behandlungsrichtlinien für die häufigsten Erkrankungen – „Schlüsselindikationen“).
- **Reduktion von Akutbetten:** Um das Überangebot auf das tatsächlich erforderliche Niveau zu reduzieren, sollen Akutbetten abgebaut bzw. insbesondere in Pflegebetten umgewidmet werden. Begleitend dazu sollen die extramuralen Strukturen angepasst und, wo für die Versorgung der Patientinnen und Patienten notwendig, ausgebaut werden (Forcierung Tagesklinik - Tagesklinischer Bereich; Versorgungsangebot niedergelassener Bereich – Ärztezentren, z.B. Ausweitung der Mindestöffnungszeiten von Kassenärzten, insbesondere an Tagesrandzeiten und am Wochenende).
- **E-Health stärker nutzen:** E-Health bringt besseren Service und mehr Transparenz für die Patientinnen und Patienten. Gleichzeitig ist es ein Instrument zur Steigerung der Effizienz und Qualität im Gesundheitswesen. Es sollte vor allem der „Elektronische Gesundheitsakt“ (ELGA) rasch und lückenlos eingeführt werden. Möglichkeiten der elektronischen Kommunikation (zwischen Spitälern, Ärztinnen, Ärzten, Institutionen) sollten genützt werden.
- **Mehr Wettbewerb:** Sowohl Anbieter- als auch Nachfragerseite operieren in monopolartigen Strukturen. Wettbewerb findet derzeit nur sehr eingeschränkt statt. Im Sinne der Effizienz und des Patientennutzens sollten die Akteure des Gesundheitswesens in einen stärkeren Qualitätswettbewerb treten sowie der Wettbewerb der Leistungsanbieter um Kassenverträge und um Versicherte verstärkt werden.

Mehr Eigenverantwortung und Prävention

- Es sind **österreichweit einheitliche Kostenbeteiligungssysteme** zu implementieren, die geeignete Anreizmechanismen für die adäquate Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen setzen.
- Eine **stärkere Fokussierung auf Prävention** (z.B. bei Rauchen, Alkohol) ist nötig, um die Lebensjahre in Gesundheit zu erhöhen und gleichzeitig das System zu entlasten.

- Wenn es gelingt, durch Prävention die Krankenstandshäufigkeit infolge von Krankheit und Unfall zu reduzieren, würde das auch einen signifikanten volkswirtschaftlichen Mehrwert bringen: 2008 betragen die Wertschöpfungsverluste infolge von Krankenständen 4,8 Milliarden Euro.¹⁶ Eine Reduktion der Krankenstände um 10 Prozent würde etwa zu einer Steigerung der Wertschöpfung um 480 Millionen Euro führen. Bei 12,9 Krankenstandstagen pro Versichertem pro Jahr im Jahr 2010 würde das einer Reduktion der durchschnittlichen Krankenstandstage um nur etwas mehr als einen Tag bedeuten.
- Begleitend zum allgemein präventiven Ansatz sollte auch stärker auf die **Rolle der Einzelnen** hingewiesen werden, die sie für ihre Gesundheit haben. In diesem Zusammenhang sollten auch entsprechende finanzielle Anreize für das individuelle Gesundheitsverhalten, beispielsweise für die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, geschaffen werden.

- 1) OECD-Gesundheitsdaten 2011
- 2) OECD-Gesundheitsdaten 2011
- 3) Beschluss der Bundesgesundheitskommission: Zwischenbericht „Status der Finanzierung Gesundheit“, Juni 2011.
- 4) WHO Europa, Europäische Datenbank GFA
- 5) OECD-Gesundheitsdaten 2011
- 6) Czypionka, Thomas/ Röhrling, Gerald, Finanzierungsströme in der Krankenversicherung in: Pfeil Walter (Hrsg.), Finanzierungsprobleme in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2009, S. 20 f.
- 7) Die Gesundheitserwartung ist der Anteil der erwarteten Lebensspanne, der voraussichtlich in Gesundheit und Erfüllung oder frei von gesundheitlichen Störungen, Krankheit und Behinderung – entsprechend vorherrschender sozialer Normen und Auffassungen und professioneller Standards – durchlebt wird (WHO Glossar zur Gesundheitsförderung 1998)
- 8) WIFO, Herausforderungen einer alternden Gesellschaft: Schwerpunkt Reformbedarf im österreichischen Gesundheitswesen, Mai 2011.
- 9) OECD Economic Surveys: Austria, 2011.
- 10) Beschluss der Bundesgesundheitskommission: Zwischenbericht „Status der Finanzierung Gesundheit“, Juni 2011.
- 11) Oö. Landesrechnungshof, Initiativprüfung Umsetzung der öö. Spitalsreform, 2009.
- 12) OECD Economic Surveys: Austria, 2011; WIFO, Herausforderungen einer alternden Gesellschaft: Schwerpunkt Reformbedarf im österreichischen Gesundheitswesen, Mai 2011.
- 13) OECD Economic Surveys: Austria, 2011.
- 14) Hofmarcher, M.M., Ch. Lietz and A. Schnabl (2005), Inefficiency in Austrian inpatient care: An attempt to identify ailing providers based on DEA results; OECD Economic Surveys: Austria 2011.
- 15) Vgl. dazu auch den „Masterplan Gesundheit“ des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, November 2010.
- 16) WIFO, Fehlzeitenreport 2011 – Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, Oktober 2011.



IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber:
Industriellenvereinigung
Schwarzenbergplatz 4, 1031 Wien
www.iv-net.at

Für den Inhalt verantwortlich:
Mag. Ruth List

Grafik:
Mag. Lisi Schörghofer

Wien, im Dezember 2011

