

Schriftenreihe des OÖ. Landesrechnungshofes



Oberösterreichischer

LRH

Landesrechnungshof

BAND II

**ASPEKTE DER ENTWICKLUNG
EINER INTEGRIERTEN GESUNDHEITSVERSORGUNG**

Elke Anast-Kirchsteiger | Michaela Schramm | Johannes Hohenauer

Schriftenreihe des OÖ. Landesrechnungshofes

BAND II

**ASPEKTE DER ENTWICKLUNG
EINER INTEGRIERTEN GESUNDHEITSVERSORGUNG**

Elke Anast-Kirchsteiger | Michaela Schramm | Johannes Hohenauer



VORWORT

LinZ, im Dezember 2005

Sehr geehrte Damen und Herren,

in Band II seiner Schriftenreihe greift der Oberösterreichische Landesrechnungshof ein Thema aus dem Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens auf, das von hoher Zukunftsrelevanz ist.

Im Rahmen der Ende 2004 vorgenommenen Überprüfung der "Gesundheitsversorgung in Oberösterreich - Schwerpunkt Krankenanstalten" trat hervor, wie wichtig im Sinne von Patientinnen und Patienten bzw. betreuungsbedürftigen Personen eine integrative Versorgung ist. Ebenso wurde deutlich, dass es an den Schnitt- bzw. Nahtstellen im Versorgungssystem Schwachpunkte gibt. Nicht zuletzt wegen der unterschiedlichen Finanzierungssysteme und Interessensgruppen werden diese Probleme zwar weitgehend anerkannt aber tendenziell dem jeweils anderen Verantwortungsbereich zugeordnet bzw. angelastet. Diese Strategie ist zwar individuell nachvollziehbar jedoch weder von versorgungspolitischem noch von gesamtwirtschaftlichem Nutzen.

In Oberösterreich wurde vor kurzem - nicht zuletzt mit Unterstützung des zitierten LRH-Berichtes - eine Spitalsreform beschlossen, die nun umzusetzen ist. Die laufende Gesundheitsreform des Bundes sieht eine Bundesgesundheitsagentur und auf Ebene der Länder Gesundheitsplattformen vor. Zur Finanzierung von strukturverändernden Projekten sind sogenannte "Reformpools" zu dotieren.

Der LRH bemüht sich im Rahmen der vorliegenden Publikation "Aspekte der Entwicklung einer integrierten Gesundheitsversorgung", Vorschläge zur Ausgestaltung dieses Reformpools zu machen und den Verantwortlichen in Politik und Verwaltung Grundlagen für die Entscheidungsfindung zu liefern.

Dr. Helmut Brückner, Direktor des Oö. Landesrechnungshofes

AUTORINNEN- bzw. AUTORENTEAM



Mag. Elke Anast-Kirchsteiger

ist stellvertretende Direktorin des Oö. LRH und Mitglied des Management-Teams. Die zertifizierte Prüfungsleiterin ist für die Bereiche Personal und Planung verantwortlich und leitete die Initiativprüfung "Gesundheitsversorgung in Oberösterreich - Schwerpunkt Krankenanstalten".



Dr. Michaela Schramm

ist als Prüferin beim LRH tätig und für die Öffentlichkeitsarbeit verantwortlich. Sie leitet das Kompetenzzentrum Soziales und Gesundheit.



Dr. Johannes Hohenauer

arbeitete als externer Berater des LRH an der Initiativprüfung "Gesundheitsversorgung in Oberösterreich - Schwerpunkt Krankenanstalten" mit. Er ist Senior Berater und Geschäftsführer der Ebner Hohenauer HC Consult in Wien.

IMPRESSUM

Herausgeber: Oö. Landesrechnungshof, Schubertstraße 4, 4020 Linz

Redaktion: Dr. Michaela Schramm

Layout: Maria Weinberger

Vervielfältigung:

INHALT

1.	Einleitung	3
2.	Problemaufriss	3
	2.1. Demographische Entwicklung	3
	2.2. Medizinischer Fortschritt	4
	2.3. Leistungsfinanzierung und Steuerung	4
3.	Akutstationärer Bereich	7
	3.1. Strukturen	7
	3.1.1. Überblick über die Oö. Spitalslandschaft	7
	3.1.2. Krankenhaushäufigkeit	8
	3.1.3. Verweildauer	10
	3.1.4. Tagesklinik	10
	3.1.5. Steuerungsansatz Strukturanpassung	11
	3.2. Kosten in Krankenanstalten	12
	3.3. Oö. Spitalsreform	15
4.	Ambulanzbereich	16
5.	Schnittstellen/Nahtstellen	17
	5.1. Problemdarstellung	17
	5.2. Leistungsangebote an den Schnitt- bzw. Nahtstellen	18
	5.3. Ansätze zur Umsetzung	20
6.	Beispiele integrierter Versorgungsmodelle	21
	6.1. Hausarztmodell	21
	6.2. Disease Management Programme	23
	6.3. Nutzenpotenziale	26
7.	Maßnahmen der Gesundheitsreform	27
	7.1. Bundesgesundheitsagentur	28
	7.2. Landesgesundheitsfonds	28
	7.3. Reformpool	29
	7.4. Erfolgsvoraussetzungen	29
8.	Literaturverzeichnis	30

1. EINLEITUNG

Zu Jahresbeginn 2005 legte der LRH einen Bericht zum Thema "Gesundheitsversorgung in Oberösterreich - Schwerpunkt Krankenanstalten" vor. Im Herbst beschloss der Landtag die Strukturreform der Krankenhausversorgung in Oberösterreich, mit der jährliche Kostendämpfungseffekte in der Höhe von 75 Mio. Euro erwartet werden.

Die 15a-Vereinbarung über die Organisation und die Finanzierung des Gesundheitswesens und die damit verbundenen gesetzlichen Regelungen sollen die Integration an der Nahtstelle zwischen stationärer und niedergelassener Versorgung verbessern.

Der vorliegende Band II der Schriftenreihe des LRH versteht sich als konstruktiver Diskussionsbeitrag zur Entwicklung und Implementierung dieser Reformansätze. Ausgehend von einer Darstellung der Rahmenbedingungen wird die akutstationäre und ambulante Versorgungsleistung der Krankenanstalten analysiert. Sodann setzt sich diese Publikation mit den Problemen an den Schnitt- bzw. Nahtstellen auseinander und liefert Beispiele für integrierte Versorgungsmodelle. Schließlich beschäftigt sie sich mit den geplanten Reformprojekten, die als Maßnahmen der Gesundheitsreform vorgesehen sind, um die Versorgung zu optimieren.

2. PROBLEMAUFRISS

2.1. Demographische Entwicklung

Wegen der veränderten Bevölkerungsstruktur mit einer stark wachsenden Zahl älterer Menschen steht das Gesundheitswesen in den nächsten Jahren vor großen Herausforderungen. Zugleich wird sich das epidemiologische Spektrum verändern. Vor allem chronische Erkrankungen werden - relativ gesehen - zunehmen. Diese werden aufgrund neuer diagnostischer Möglichkeiten früher erkannt werden. Verbesserte Therapien führen zu einem sukzessiven Anstieg des Lebensalters der Bevölkerung und damit zu mehr altersbedingten chronischen Leiden. Der demographisch bedingte höhere Bedarf an medizinischen und pflegerischen Leistungen wird das System weiter belasten.

Zusätzlich bewirken die wachsende Anspruchshaltung der Klientinnen bzw. Klienten und die Auflösung von generationenübergreifenden Familienzusammenhängen eine quantitative und qualitative Nachfragesteigerung. Die zunehmende Medikalisierung vieler Lebensbereiche, also der Trend, immer mehr soziale Probleme mit den Instrumenten des Medizinsystems zu lösen, bringt weitere Kosten.

2.2. Medizinischer Fortschritt

Innovationen in der Medizin sind primär vom Verbesserungsanspruch in Bezug auf diagnostische und therapeutische Verfahren getrieben. Der Fortschritt kommt bei gesicherter Erkenntnislage den Patientinnen und Patienten zugute und führt zugleich zu steigenden Kosten. Werden neu entwickelte Verfahren aufgrund geringerer Risiken oder besserer Wirkung breiter eingesetzt oder dadurch weitere Maßnahmen angestoßen, erhöht dies die Leistungsmengen und die entsprechenden Kosten. Demgegenüber stehen effizienzsteigernde Prozess- und Organisationsinnovationen im Hintergrund.

2.3. Leistungsfinanzierung und Steuerung

Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung erfolgt aus mehreren Quellen. Die Zuständigkeit der finanzierenden Institutionen ist unterschiedlich geregelt. Als besonders problematisch erweist sich dabei die getrennte

Finanzierung und Steuerung von Krankenanstalten, niedergelassenem Bereich und Pflege. Grundsätzlich liegt die Hauptverantwortung für den niedergelassenen Bereich bei den Sozialversicherungen und für die Fondskrankenanstalten beim Oö. KRAF. Darüber hinaus zeigt eine Detailanalyse ein sehr komplexes Geflecht von wechselseitigen Verpflichtungen und Abhängigkeiten. In der Studie zur Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens hat das Industrewissenschaftliche Institut (IWI) die Finanzverflechtungen exemplarisch aufgearbeitet. Eine Übersichtsdarstellung ist in Abbildung 1 wiedergegeben.

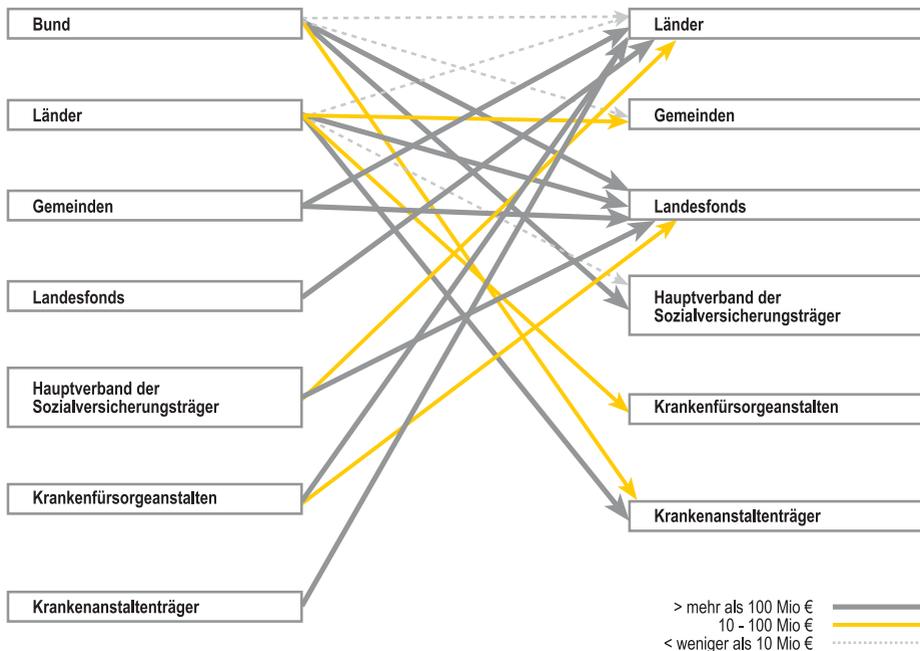


Abbildung 1: Finanzmittelströme¹

In Oberösterreich ist der Landesfonds (Oö. KRAF) aus Beiträgen der Sozialversicherungen, des Landes, des Bundes und der Gemeinden dotiert. Die Beiträge sind an einen Index gebunden. Die Entwicklung der Beitragszahlungen ist damit von den Kostenanstiegen in den Krankenanstalten entkoppelt. Steigen die Kosten stärker an als die Fondsdotierung, ergeben sich daraus höhere Betriebsabgänge. Diese sind im Wege der Abgangsdeckung durch das Land (53%) und die Gemeinden (47%) bzw. die Krankenanstaltenträger zu finanzieren.

Die Leistungszahlungen des Oö. KRAF für stationäre und ambulante Leistungen sind zwischen 1999 und 2004 entsprechend dem Indexanstieg um 19,7% gestiegen. Die Abgangsdeckung wuchs im selben Zeitraum um 37,5% (siehe Abbildung 2).

¹ Quelle: adaptiert nach Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens (IWI-Studie 99), Industrewissenschaftliches Institut, Wien, 2002.

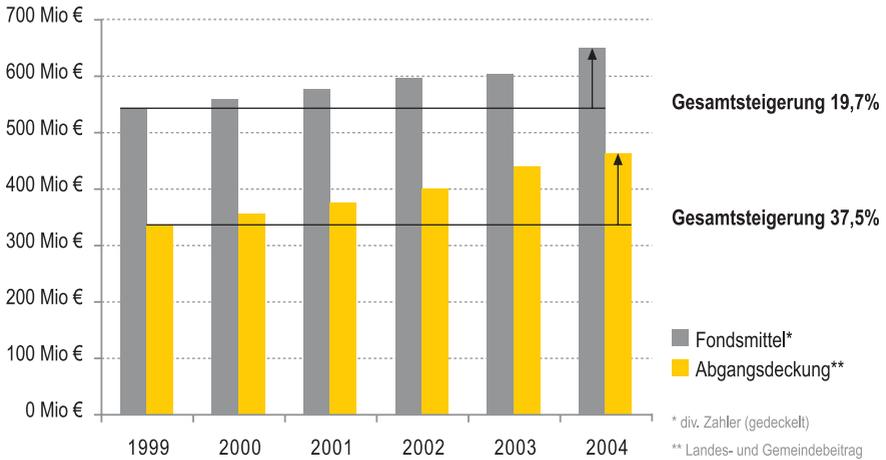


Abbildung 2: Kostensteigerungen ²

Aufgrund der entkoppelten Finanzierung und Steuerung der Versorgungsbereiche entwickeln die Financiers unterschiedliche Zielsysteme und orientieren sich dabei stärker an den Interessen ihrer Institutionen als an übergeordneten Zielen für das Gesamtsystem. Die komplexen Finanzierungs- und Steuerungsanreize beeinflussen den Weg der Patientinnen und Patienten durch das Versorgungssystem. Die Prinzipien der Effektivität, Effizienz und Qualität sind auf Systemebene nicht durchgängig gewährleistet.

Besonders an den Schnitt- bzw. Nahtstellen besteht die Tendenz, Leistungen, für die ein Financier nicht gesichert zuständig ist und für die auch ein anderer zuständig sein könnte, zu verlagern. Schnitt- bzw. Nahtstellenprobleme manifestieren sich zwischen stationärem und niedergelassenem Bereich in der Gesundheitsversorgung aber auch hin zum Sozialwesen (Pflege und mobile Dienste).

Vor allem die im Jahr 2004 geschlossene Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens bietet Ansätze zur direkten Abstimmung zwischen dem Land und der Sozialversicherung. So können Mittel aus dem zu dotierenden "Reformpool" strukturverbessernd an diesen Schnitt- bzw. Nahtstellen eingesetzt werden.

Langfristig ist anzustreben, den gesamten Gesundheitsbereich aus einer Hand zu finanzieren. Dabei scheint es auch sinnvoll, ausgewählte Sozialleistungen einzubeziehen.

² Quelle: Daten Öö. KRAF, eigene Berechnungen.

3. AKUTSTATIONÄRER BEREICH

3.1. Strukturen

3.1.1. Überblick über die Oö. Spitalslandschaft

Im internationalen Vergleich weist Österreich besonders viele akutstationäre Betten auf (Abbildung 3). Diese Messzahl liegt in Oberösterreich noch um 3,5% über dem sehr hohen österreichischen Durchschnitt³.

Derzeit werden in den insgesamt 21 oberösterreichischen Fondskrankenanstalten, dem UKH Linz und den 2 privaten Krankenanstalten 9.060 Betten vorgehalten.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Österreich	652	644	635	628	620	607	610	601
Dänemark	377	368	358	352	347	340	336	
Finnland	299	276	261	250	242	235	230	229
Deutschland	647	659	651	644	636	627		
Ungarn	690	634	639	632	629	598	595	598
Italien	509	472	449	423	403	398	380	
Niederlande	347	346	342	337	324	307	305	
Slowakei	751	726	710	704	689	674	671	639
Slowenien	468	469	464	459	449	424	414	401
Schweden	282	269	257	254	245	234	228	223
Mittelwert (ohne Österreich)	489	469	459	451	440	426	395	418

Abbildung 3: Akutstationäre Betten pro 100.000 Einwohner⁴

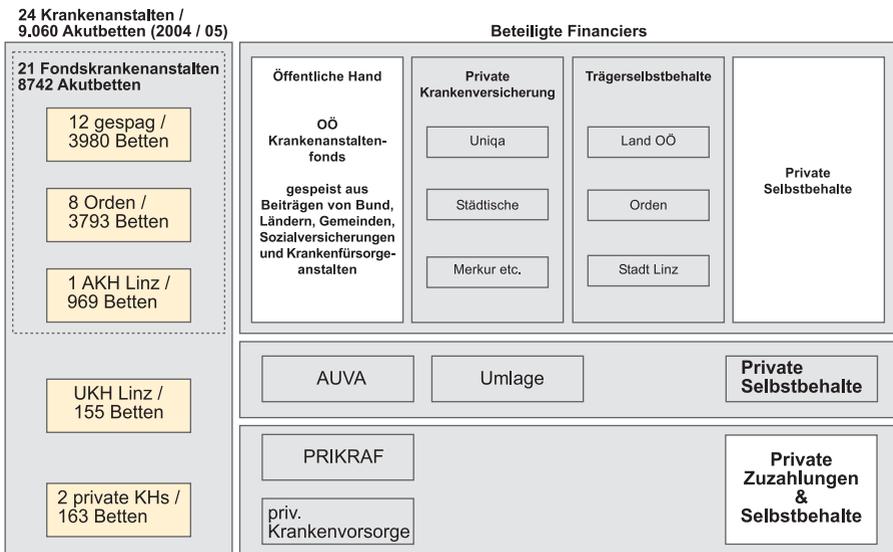


Abbildung 4: Akutkrankenanstalten und Financiers

³ Quelle: BMGF Krankenanstalten in Zahlen (2004)

⁴ Quelle: WHO Health for All-Datenbank (2004)

Die Darstellung zeigt die Verteilung der Akutbetten auf die einzelnen Rechtsträger sowie die wesentlichen Financiers der Krankenanstalten. Misst man die Gesamtzahl von 9.060 Akutbetten in den Öö. Krankenanstalten an der Einwohnerzahl von 1,376 Mio. (Volkszählung 2001), so errechnen sich 658 (bzw. 635 nur Fondskrankenanstalten) Akutbetten pro 100.000 Einwohner.

3.1.2. Krankenhaushäufigkeit

Strukturangebot, Leistungsdichte sowie Art und Kosten der Leistungen von Krankenanstalten sind regional sehr unterschiedlich. Bezogen auf die Krankenhaushäufigkeit weist Österreich mit 312 Aufnahmen pro tausend Einwohner im Jahr 2003 den EU-Spitzenwert auf (Abbildung 6). Das heißt, Österreicherinnen und Österreicher werden mit doppelt hoher Wahrscheinlichkeit stationär im Krankenhaus aufgenommen wie Schwedinnen und Schweden.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Österreich	251	277	278	288	292	297	312	312
Dänemark	182	182	182	186	190	189	196	197
Finnland	269	267	268	267	267	260	262	260
Deutschland	221	219	227	231	235	236	238	
Ungarn	223	224	228	230	236	239	246	250
Italien	176	178	177	168	161	162	157	
Niederlande	99	98	99	97	94	93		
Slowakei	196	199	203	194	199	197	190	185
Slowenien	155	162	165	166	168	166	164	169
Schweden	180	167	166	162	159	157	155	154
Mittelwert (ohne Österreich)	189	188	191	189	190	189	201	203

Abbildung 6: Krankenhaushäufigkeit (Aufnahmen pro 1.000 Einwohner internationaler Vergleich)⁵

⁵ Quelle: WHO Health for All-Datenbank (2004)

Wie die folgende Darstellung am Beispiel pseudoradikulärer Syndrome ("Kreuzschmerzen") zeigt, variiert auch die Krankenhaushäufigkeit regional stark. (Abbildung 7)

HDG01.32 Lokale und pseudoradikuläre Syndrome der Wirbelsäule (AG > 65)

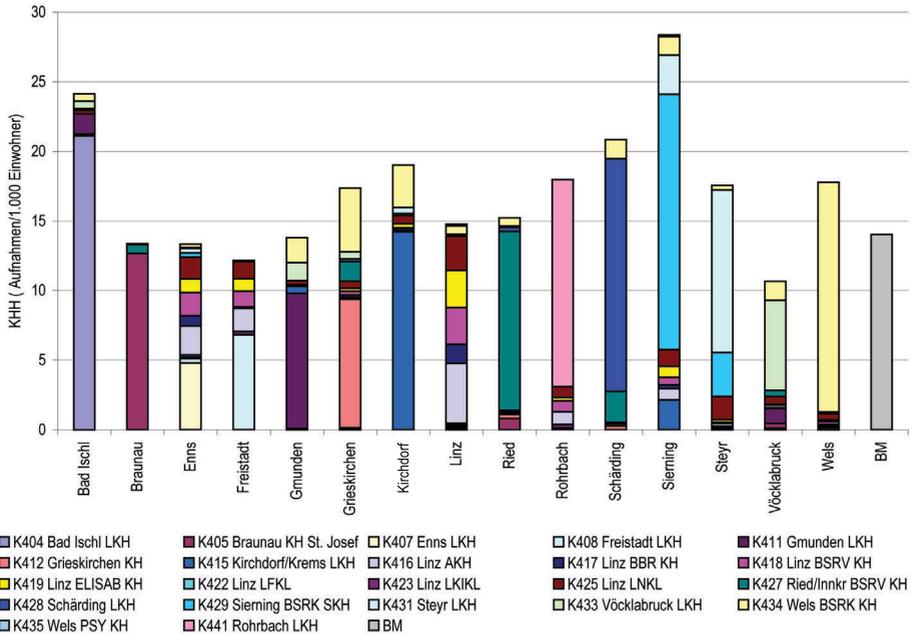


Abbildung 7: Krankenhaushäufigkeit HDG01.32 Lokale und pseudoradikuläre Syndrome der Wirbelsäule (Altersgruppe über 65 Jahre)⁶

3.1.3. Verweildauer

Auch die Verweildauer auf Ebene vergleichbarer Leistungen des Jahres 2003 variiert zwischen den Krankenanstalten deutlich. So variierte etwa die durchschnittliche Verweildauer im Vergleich der Oö. Fondskrankenanstalten bei der Cholezystektomie ("Gallenblasenoperation") zwischen 6,7 und 9,8 Tagen. Die Differenzen zwischen kürzester und längster relativer Verweildauer weisen auf deutliche Optimierungspotenziale hin. Die Organisationsabläufe in den Krankenanstalten führen bei vielen planbaren chirurgischen Eingriffen dazu, dass Patientinnen und Patienten schon ein bis zwei Tage vor dem Operationstag im Krankenhaus aufgenommen

⁶ Quelle: Oö. KRAF, Abteilung Statistik, eigene Berechnungen.
Die Höhe der Säule zeigt die regionale, wohnortbezogene Krankenhaushäufigkeit an, die unterschiedlichen Farbteile stellen die auf die jeweilige Krankenanstalt bezogenen Marktanteile in der Region dar. Der Benchmark (BM) ist der Mittelwert für Österreich. Datenbasis sind die oberösterreichischen Fondskrankenanstalten. Patientinnen und Patienten, für die Leistungen in anderen Bundesländern erbracht wurden, scheinen nicht auf. Daher ist die Säule Braunau jeweils relativ niedrig, weil viele Patientinnen und Patienten aus dieser Region in Salzburger Krankenanstalten versorgt werden.

werden (präoperative Verweildauer). Im Durchschnitt beträgt die präoperative Verweildauer in Oberösterreich 1,17 Tage.

3.1.4. Tagesklinik

Die Möglichkeit der tagesklinischen Leistungserbringung wird in Oberösterreich in relativ geringem Ausmaß genutzt (Abbildung 8).

Diagnose	internationaler Benchmark	Oberösterreich
Cholezystektomie	8,5%	0,04%
Varizen	42,0%	0,54%
Hernienoperation	33,5%	0,93%
Tonsillektomie	22,0%	0,29%

Abbildung 8: Vergleich der Anteile tagesklinischer Leistungen⁷

Das effiziente und effektive Erbringen tagesklinischer Leistungen stellt an die Prozesse und die Organisation von Krankenanstalten hohe Anforderungen.

Eine Ursache des international gesehen, niedrigen Anteils tagesklinischer Leistungen in heimischen Krankenanstalten liegt in ihrer Finanzierung. Derzeit ist es in der Regel weder für die Ärzteschaft noch für die Spitalsträger ökonomisch vorteilhaft, tagesklinische Leistungen anzubieten.

Die Gesundheitsreform 2005 forciert tagesklinische Leistungen als gesundheitspolitisches Instrument zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung und bietet Ansätze, diese auch in Oberösterreich auf breiterer Ebene zu offerieren. So wird die Bepunktung für tagesklinische Eingriffe im Rahmen des LKF-Systems ab 2006 erhöht. Aufgrund der Empfehlungen aus dem Bericht des Oö. LRH haben die zuständigen Stellen des Landes Oberösterreich mit den privaten Krankenversicherungen (PKV) Gespräche aufgenommen. Ein Pilotprojekt über eine Sonderklassenvereinbarung für Tagesklinikleistungen wäre ein positiver Schritt, dieses für die Patienten attraktive Versorgungsmodell zu forcieren. Außerdem scheint es sinnvoll, auf die Honorarverhandlungen zwischen der Ärztekammer und den privaten Krankenversicherungsträgern entsprechend einzuwirken. Mittelfristig wäre anzustreben, dass der Oö. KRAF bzw. der Oö. Gesundheitsfonds (resp. die Gesundheitsplattform) in diesem Bereich als Verhandlungspartner mitwirken kann.

3.1.5. Steuerungsansatz Strukturanpassung

Planungsansätze, die sich einseitig auf Kosten beziehen, gefährden durch den möglichen Abbau von notwendigen und sinnvollen Leistungen die Versorgungssicherheit und die Bedarfsgerechtigkeit. Umgekehrt setzen einseitig leistungsorientierte Planungsansätze Anreize zur Leistungsausweitung. Aus Sicht des LRH sollte eine sinnvolle Leistungsplanung den Ressourceneinsatz für versorgungsrelevante Leistungen sichern, für die Krankenanstalten klare Zielvorgaben in Bezug auf ihre Versorgungsfunktionen entwickeln und eine Steuerung auf der Ebene der Patientinnen- bzw. Patientenströme ermöglichen. Um diese nutzenmaximierenden Ergebnisse zu gewährleisten, sind von der Leistungsplanung folgende Parameter zu erfüllen:

⁷ Quelle: Internationale Vergleichswerte von Dänemark, Finnland, Irland, Italien, Portugal und Schweiz der OECD HEALTH DATA (Basisjahr 2001), Oö. KRAF (Basisjahr 2004), eigene Berechnungen.

> Redimensionierung der Krankenanstaltenstrukturen

Ausgehend vom Problem der angebotsinduzierten Nachfrage ("every built bed is a filled bed") ist es entscheidend, die Strukturen bedarfsgerecht vorzuhalten. Es kommt nämlich durch die Angebotsinduktion zur Ausschöpfung bestehender Überkapazitäten. Diese Nutzung dieser Kapazitäten führt jedenfalls zu Kosten, während der Nutzen dieser Leistungen fraglich ist.

> Bedarfsorientierte Steuerung

Auch wenn die Behandlungsentscheidung im Einzelfall zwischen Patientin bzw. Patient und Ärztin bzw. Arzt erfolgt, soll die Leistungsplanung Ansätze entwickeln, die Mittel dort einzusetzen, wo der höchste Behandlungsnutzen zu erwarten ist.

> Schaffung von Qualitätsvoraussetzungen

Die Strukturen (v.a. diagnostische und apparative Ausstattung bzw. spezifische Personalqualifikationen) sollen den am Standort angebotenen Leistungen entsprechen. Lösungsansätze zur Einhaltung von Strukturqualitätskriterien und Ärztarbeitszeitgesetz sind im Sinne einer effizienzorientierten Abstimmung von Leistungsangebot und Strukturen zu entwickeln (z.B. Einbindung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in den Nachtdienst, gesetzliche Möglichkeit einer flexibleren Besetzung von Nachtdiensten in parallelen Abteilungen).

> Schaffung von Effizienzvoraussetzungen

Es sind Strukturen einzurichten, die optimale Betriebsgrößen sicherstellen. Dies gilt sowohl auf der Ebene der Krankenanstalten als auch auf der Ebene von Abteilungen bzw. Funktionseinheiten (z.B. CT, Herzkatheterlabor, Schlafabor).

3.2. Kosten in Krankenanstalten

Die Kosten in Krankenanstalten sind wesentlich durch das Vorhalten leistungsunabhängiger Mindeststrukturen (z.B. Nachtdienst von Ärztinnen bzw. Ärzten) und das Phänomen der sprungfixen Kosten (z.B. Notwendigkeit eines zusätzlichen Dienstes bzw. einer zusätzlichen Infrastruktur) beeinflusst. Kosteneffizienz und Leistungsmenge wirken wechselweise aufeinander. Optimale Betriebsgrößen sichern eine effiziente Leistungserbringung. Im Kalkulationsmodell (Abbildung 9) markiert eine rote Linie die Gesamtkosten. Die "Kostensprünge" stellen sprungfixe Kosten (z.B. die Notwendigkeit eines zusätzlichen Dienstes) dar. Die blaue Linie repräsentiert die durchschnittlichen Leistungskosten. Die Bereiche relativer Effizienz liegen auf der Ebene der jeweils niedrigsten Kosten pro Leistung. Im vorliegenden Modell ergeben sich bei 520 Leistungen Kosten von 41 Euro pro Leistung (blauer Punkt), bei einer Mengenanpassung (grüne Punkte) nach unten oder nach oben könnten die Kosten auf 31 Euro pro Leistung gesenkt werden. Das heißt, eine optimale Betriebsgröße ist entscheidende Voraussetzung für eine kostengünstige Leistungserstellung.

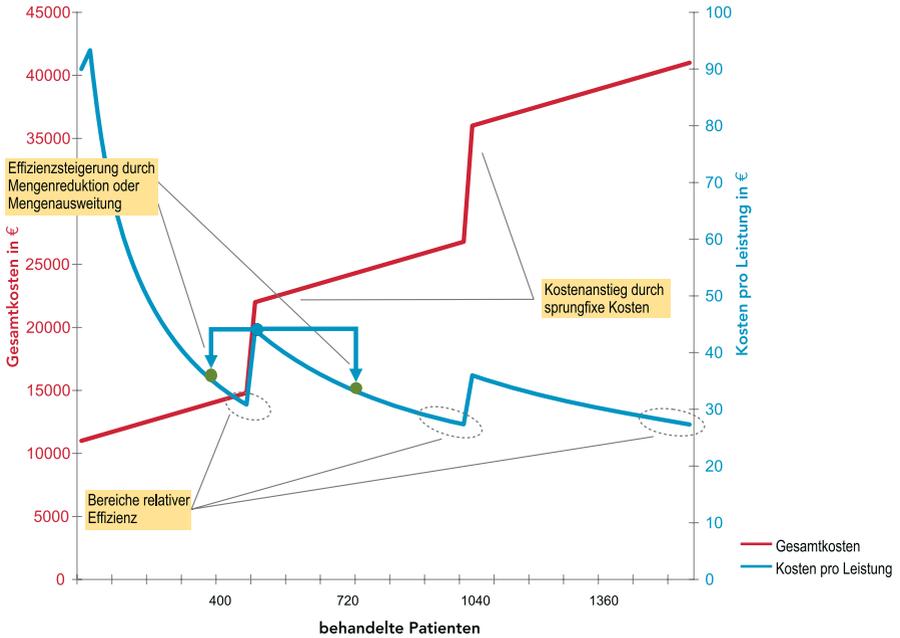


Abbildung 9: Modell Kostenentwicklung mit sprungfixen Kosten und kostenoptimalen Betriebsgrößen

Kleine Strukturveränderungen (Abbau einzelner Betten an einer Abteilung) wirken kaum auf die Kosten. Größere Anpassungen (Schließung von einzelnen Stationen, Zusammenführung von Abteilungen) hingegen ergeben teilweise überproportional zu den Strukturveränderungen liegende Kosteneffekte (Abbildung 10).

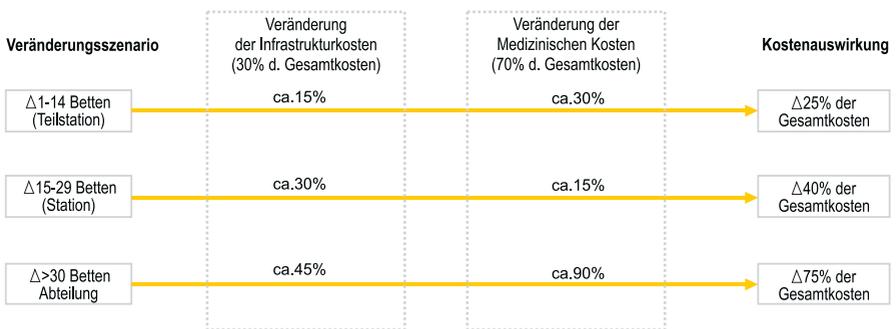


Abbildung 10: Kalkulationsmodell der Kosteneffekte aus Strukturveränderungen⁸

⁸ Vgl. ÖBIG: Struktur- und Angebotsplanung der akutstationären Versorgung Vorarlbergs (2002).

Wie im Modell (Abbildung 11) dargestellt, können die Kosteneffekte bei gleichem Strukturveränderungsvolumen stark variieren. Ausgangspunkt sind zwei (benachbarte) Standorte chirurgischer Versorgung mit 32 bzw. 60 Betten. Variante A sieht eine Reduktion um 5 bzw. 10 Betten vor. In der Region ergibt sich damit eine Strukturreduktion um 16% (15 Betten) und eine Kostenveränderung um ca. 508.000 Euro pro Jahr (4% der Gesamtkosten).

Variante B (Strukturreduktion ebenfalls 15 Betten) fasst die Versorgung an einem Standort zusammen. Die Kosten verringern sich um ca. 2.845.000 Euro pro Jahr bzw. 23% der Gesamtkosten. Der Kostenvorteil der substantiellen Strukturänderung (Variante B) gegenüber der reinen Bettenreduktion (Variante A) beträgt damit 2.337.000 Euro, das sind 19% der Gesamtkosten, obwohl der kostengünstigere Standort A aufgegeben wurde.

KH	Betten (IST)	Kosten (IST)	Kosten / Bett
KH A (Chirurgie)	32 Betten	4.200.000 €	131.250 €
KH B (Chirurgie)	60 Betten	8.250.000 €	137.500 €
Gesamt	92 Betten	12.450.000 €	135.326 €

Variante A (Bettenreduktion)				Kosten- anpassungs- faktor	Kosten- veränderung
KH	Betten (SOLL)	Δ Betten	%		
KH A (Chirurgie)	27 Betten	-5 Betten	-16%	25%	-164.000 € -4%
KH B (Chirurgie)	50 Betten	-10 Betten	-17%	25%	-344.000 € -4%
Gesamt (Bettenred.)	77 Betten	-15 Betten	16%		-508.000 € -4%

Variante B (Strukturanpassung)				Kosten- anpassungs- faktor	Kosten- veränderung
KH	Betten (SOLL)	Δ Betten	%		
KH A (Chirurgie)	0 Betten	-32 Betten	-100%	90%	-3.780.000 € -90%
KH B (Chirurgie)	77 Betten	17 Betten	28%	40%	935.000 € 11%
Gesamt (Bettenred.)	77 Betten	-15 Betten	-16%		-2.845.000 € -23%

Kostenvorteil Strukturanpassung gegenüber Bettenreduktion **2.337.000 €** **19% der Gesamtkosten (Ist)**

Abbildung 11: Modellkalkulation der Anpassung akutstationärer Strukturen

3.3. Oö. Spitalsreform

Der Oö. Landtag hat in seiner Sitzung vom 6. Oktober 2005 die Oö. Spitalsreform beschlossen. Diese Reform umfasst das in Regionalkonferenzen⁹ zwischen Vertreterinnen und Vertretern des Landes sowie der Krankenanstalten erreichte Verhandlungsergebnis. Ziel der Reform ist es, in Oberösterreich 843 Akutbetten in Krankenanstalten abzubauen. Parallel dazu werden 210 Nachsorgebetten aufgebaut, woraus sich eine Gesamtreduktion von 633 Betten errechnet. Damit erwartet sich das Land ab 2008 eine jährliche Kostendämpfung von 75 Mio. Euro. Um das formulierte Einsparungsziel zu erreichen, sieht die Reform vor, in den fünf Versorgungsregionen Spitalstrukturen anzupassen, zu kooperieren, sich auf Kernkompetenzen zu beschränken und Leistungsangebote abzustufen.

⁹ Fünf Versorgungsregionen: Linz, Mühlviertel, Zentralraum Wels, Pyhrn-Eisenwurzen, Salzkammergut und Innviertel.

Eine wesentliche Rolle kommt in diesem Anpassungsprozess dem Zentralraum Linz zu. Neben einer Reihe anderer Reformmaßnahmen, ist dabei die Kooperation zwischen AKH Linz und der in unmittelbarer Nähe dazu neu errichteten Landes- Frauen- und Kinderklinik hervorzuheben. Auf Initiative des Oö. LRH haben Stadt Linz und Land Oberösterreich nun die Absicht zur besseren Abstimmung und Zusammenarbeit eine gemeinsame Kooperationsgesellschaft zu gründen.

Der LRH sieht eine wesentliche Aufgabe darin, im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen Folgeprüfung im Jahr 2006 zu überprüfen, ob diese Kooperationsgesellschaft die erwarteten Effekte bringt und inwieweit die Beschlüsse der Spitalsreformkommission insgesamt umgesetzt werden.

4. AMBULANZBEREICH

Die Erfassung von Ambulanzdaten ist nicht Basis für die Finanzierung der Ambulanzen. Die Daten unterliegen keiner Plausibilisierungs- und Qualitätskontrolle. Der Leistungskatalog wurde in den letzten Jahren nicht weiterentwickelt, sodass neue Angebote potenziell nicht entsprechend abgebildet sind. Die vorliegenden quantitativen Daten zu den Ambulanzleistungen sind damit relativ unzuverlässig und lassen keine sinnvolle Detailanalyse zu. Die Gesamtzahlen der Ambulanzleistungen spiegeln den Gesamttrend wider (Abbildung 12). Es sind deutliche Steigerungsraten zu verzeichnen, Ausnahme ist das Jahr 2001 (Einführung der Ambulanzgebühr).

Jahr	Ambulanzleistungen	Steigerungsrate
1999	86,0 Mio. €	
2000	90,3 Mio. €	5,0%
2001	90,8 Mio. €	0,6%
2002	94,0 Mio. €	3,5%
2003	100,4 Mio. €	6,8%
2004	107,3 Mio. €	6,8%

Abbildung 12: Entwicklung der Ambulanzleistungen¹⁰

Beim Anstieg der Leistungszahlen ist davon auszugehen, dass es sich zumindest zum Teil um echte Zusatzleistungen handelt. Diese Entwicklung ist paradox. Sie lässt sich nämlich weder aus einer Leistungsverlagerung vom niedergelassenen Bereich noch aus einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung erklären. Sie ist nicht durch Leistungsanreize bedingt, da die pauschalierte Finanzierung der Ambulanzen keine Leistungsanreize setzt. Es ist ebenfalls kein Zusammenhang mit dem niedergelassenen Versorgungsangebot zu erkennen, da die Ambulanzleistungen auch in Regionen mit dichter Versorgung (etwa dem Raum Linz) ansteigen.

Da derzeit keine ausreichenden Entscheidungsgrundlagen für Steuerungsmaßnahmen im Ambulanzbereich vorliegen, regte der LRH an, die Ursachen für die hohen Leistungssteigerungsraten zu klären. Zusätzlich soll eine Zuordnung von Leistungen zu Versorgungsstufen nach Effizienz- und Qualitätskriterien erfolgen. Auf Basis dieser Wissensgrundlage sind spezifische Steuerungsansätze zu entwickeln, wobei eine enge Kooperation mit der ÖÖGKK unumgänglich ist.

¹⁰ *Quelle: Daten Oö. KRAF, eigene Berechnungen.*

5. SCHNITTSTELLEN/NAHTSTELLEN

5.1. Problemdarstellung

Der schnitt- bzw. nahtstellenübergreifende Versorgungsprozess lässt sich in den Teilprozessen Zuweisung, Aufnahme, Entlassungsvorbereitung, Entlassung und Übergangsversorgung / poststationäre Betreuung darstellen. Diese Prozesse sind Schnitt- bzw. Nahtstellenprozesse, an denen Patientinnen bzw. Patienten von einem Versorgungssystem in ein anderes wechseln. Dieser Übergang bedeutet auch einen Wechsel der Finanzierungs- und Steuerungsverantwortung. Der niedergelassene Bereich ist der Sozialversicherung zugeordnet, der stationäre Bereich dem Oö. KRAF bzw. der Aufgabengruppe Sanitätsrecht des Landes und der Pflegebereich der Aufgabengruppe Soziales. Diese Fragmentierung der Finanzierung und der damit einher gehenden Steuerung erschwert eine Gesamtoptimierung der Betreuungsprozesse. Die (negativen) Auswirkungen dieser Situation sind im Folgenden kurz umrissen.

Die im internationalen Vergleich hohe Krankenhaushäufigkeit ist ein Hinweis darauf, dass vermeidbare Spitalsaufenthalte ein für das System relevantes Problem darstellen. Patientinnen und Patienten suchen mit steigender Tendenz Krankenhausambulanzen auf, wo vielfach Turnusärztinnen bzw. -ärzte (als erste Ansprechstelle) tendenziell eher die Entscheidung zur Spitalsaufnahme treffen. Zusätzlich werden primär nicht medizinisch aufnahmepflichtige Patientinnen und Patienten aus einer pflegerischen oder sozialmedizinischen Indikation heraus in das Krankenhaus zugewiesen.

Derzeit besteht in allen Krankenanstalten zum Teil eine hohe präoperative Verweildauer. Nur ein sehr geringer Teil der Patientinnen und Patienten mit planbaren Eingriffen (elektive Aufnahmen) wird am Aufnahmetag operiert, da präoperative diagnostische Maßnahmen erst nach der Spitalsaufnahme durchgeführt werden.

Vermeidbare Wiederaufnahmen entstehen, wenn aus dem Krankenhaus entlassene Patientinnen bzw. Patienten aufgrund von Versorgungsdefiziten im extramuralen Bereich ungeplant in der Akutkrankenanstalt wiederaufgenommen werden müssen (Drehtüreffekt). "Langlieger" sind zum Teil Patientinnen und Patienten, deren akutmedizinische Behandlung abgeschlossen ist, die aber nicht entlassen werden können, da das benötigte Pflegeangebot außerhalb der akutstationären Versorgung (noch) nicht gewährleistet ist.

5.2. Leistungsangebote an den Schnitt- bzw. Nahtstellen

Spezifisch zu entwickelnde Leistungsangebote sollen nach Meinung des LRH darauf abzielen, die oben beschriebenen Defizite aufzuheben. Entsprechende Vorschläge stellt Abbildung 13 dar.

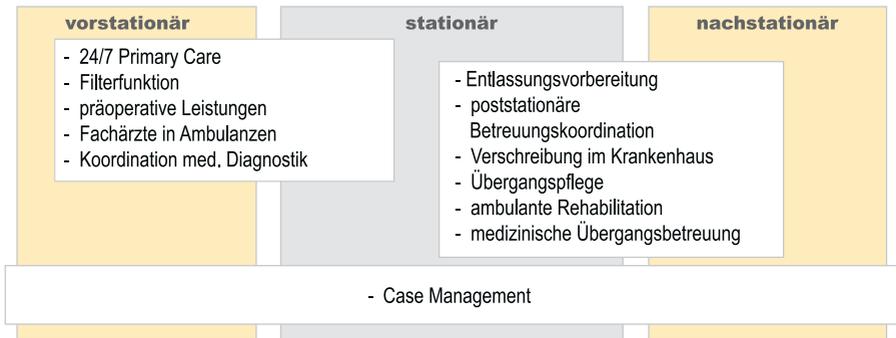


Abbildung 13: Versorgungsaufgaben an den Schnittstellen/Nahtstellen

Die medizinische Basisversorgung rund um die Uhr (24/7 Primary Care) meint eine wohnortnahe, niederschwellig zugängliche und zeitlich durchgängig verfügbare Versorgung im allgemeinmedizinischen Bereich ("praktische Ärztinnen und Ärzte")¹¹. Voraussetzung dafür ist, dass dieses Versorgungsangebot patientinnen- bzw. patientenorientiert gestaltet und von der Bevölkerung akzeptiert bzw. in Anspruch genommen wird. An den Krankenanstalten könnten 24/7 Primary Care-Versorgungsangebote mit Filterfunktion geschaffen werden. Dort sollen Allgemeinmedizinerinnen bzw. -mediziner Patientinnen und Patienten, die innerhalb ihrer Versorgungskompetenz liegen, selbst behandeln und nur jene an die Fachambulanz bzw. Station weiterleiten, die dieser Versorgung bedürfen. Eine solche Filtereinrichtung wäre auch für die Patientinnen und Patienten attraktiv, da sie an einem definierten Ort rund um die Uhr qualifiziert betreut werden. Gleichzeitig würden die nachgelagerten Ambulanzen entlastet und vermeidbare Krankenhausaufenthalte reduziert werden.

Die Ansiedlung von Fachärztinnen und -ärzten in Krankenhausambulanzen und die effiziente Koordination medizintechnischer Leistungen (Radiologie und Labor) könnte zu einer Versorgungsoptimierung bei gleichzeitigen Kosteneinsparungen führen¹². Ein Beispiel für ein solches Modell sind "Community Health Center" in Finnland. Diese Gesundheitszentren integrieren ambulante Versorgung und stationäre Basisversorgung und ermöglichen ein lückenloses Versorgungsmanagement bis hin zur Überweisung in spezialisierte Einrichtungen. Primäre Aufgabe in diesem Zusammenhang ist es, sinnvolle Kooperationsformen zu entwickeln, in denen die Krankenanstalten auch für die dem niedergelassenen Bereich zuzuordnenden Patientinnen und Patienten als Versorger auftreten können und diese Versorgungsleistungen auch durch die Sozialversicherungen honoriert werden¹³.

¹¹ Derzeit erfolgen Zahlungen des Landes für den Bereitschaftsdienst der Ärztinnen und Ärzte an die Ärztekammer. Es handelt sich dabei um eine freiwillige Ausgabe des Landes, wobei bis 2006 ein Anstieg auf 2 Mio. Euro pro Jahr erwartet wird.

¹² Vor allem durch die Vermeidung von Doppelbefunden und die gemeinsame Nutzung von Infrastrukturen.

¹³ Derzeit sind solche Versorgungsmodelle nur durch komplizierte Vertragskonstrukte möglich, in dem Infrastrukturen gleichzeitig vom Krankenhaus und einer niedergelassenen Ärztin bzw. einem niedergelassenen Arzt oder Institut genutzt aber unabhängig von einander verrechnet werden.

Ein definiertes präoperatives Leistungsangebot kann sicherstellen, dass möglichst viele Patientinnen und Patienten am Tag der stationären Aufnahme operiert werden. Voraussetzung dafür ist die Kenntnis und die Akzeptanz der vorliegenden Befunde durch die aufnehmende Spitalsabteilung¹⁴. Das Leistungspaket müsste die anästhesiologische Vorbereitung, die internistische Freigabe und die eingriffsspezifischen Untersuchungen bzw. Vorbereitungen umfassen. Mit diesem Leistungsangebot wäre auch eine wesentliche Voraussetzung für die Tageschirurgie geschaffen.

Durch die Entlassungsvorbereitung sollen alle Informationen, die für die Versorgung im nachstationären Bereich relevant sind, zusammengefasst und die erforderlichen poststationären Leistungen vorab geplant und organisiert werden¹⁵. Dadurch können die medizinischen und pflegerischen Aufgabenstellungen frühzeitig erfasst und Vorbereitungen getroffen werden, die Patientinnen bzw. Patienten ab dem Zeitpunkt ihrer Entlassung nahtlos zu versorgen.

Schnitt- bzw. nahtstellenübergreifendes Case Management¹⁶ koordiniert die Betreuung der Patientinnen und Patienten in ihrer gesamten "Versorgungskarriere". Diese Funktion ist insbesondere für chronisch kranke Patientinnen und Patienten mit hoher Pflegebedürftigkeit sinnvoll.

Die Medikamentenverschreibung im Krankenhaus sollte idealer Weise in Abstimmung mit der Kostensituation im niedergelassenen Bereich erfolgen. Dies könnte die Gesamtbehandlungskosten senken und würde für die Patientinnen bzw. Patienten Veränderungen in der Medikation einschränken. Derzeit stehen unterschiedliche Medikamentenpreise für Krankenanstalten und Sozialversicherung dem entgegen.

5.3. Ansätze zur Umsetzung

Diese dargestellten Leistungsangebote bieten nach Ansicht der Autoren Ansätze für Projekte im Rahmen des in der 15a-Vereinbarung vorgesehenen "Reformpools".

Die Implementierung solcher "Reformpool-Projekte" verlangt die genaue Spezifizierung von Menge, Inhalt und Qualität der finanzierten Leistungen, eine entsprechende Auswahl von Anbietern sowie deren angemessene Honorierung. Außerdem erfordert sie klare Regelungen über die Form der Leistungsanforderung und Steuerung. Weiters ist es wichtig, die Mittel zwischen den Bereichen ausgeglichen aufzubringen, sachgerecht zu verteilen und auf die Kontrolle der Gesamtkosten (insbesondere beim Transfer von Leistungen) zu achten. Werden Leistungen von einem Bereich in einen anderen verlagert, sollte dies auch die Finanzflüsse entsprechend verändern.

¹⁴ Ein Ansatz zur technischen Unterstützung in diesem Bereich wäre eine elektronische Befundmappe, die einen standort- und organisationsunabhängigen Zugriff für die Behandler zu den medizinischen Daten der Patientinnen bzw. Patienten erlaubt.

¹⁵ An den Krankenanstalten werden diese Aufgaben zunehmend von spezifisch mit dieser Aufgabe betreuten "Entlassungsmanagerinnen" bzw. "-managern" übernommen. Vom BMGF wurde ein diesbezügliches Modellprojekt durchgeführt.

¹⁶ Derzeit sind an den Bezirksstellen der Gebietskrankenkassen Case Managerinnen bzw. Manager beschäftigt, um mit dem Entlassungsmanagement der Krankenanstalten zu kooperieren.

6. BEISPIELE INTEGRIERTER VERSORGUNGSMODELLE

Bestehende Modelle im Ausland geben Hinweise, dass integrierte Versorgungsmodelle Qualität und Effizienz des Systems steigern könnten. Das Hausarztmodell und Disease Management Programme werden im Folgenden näher beschrieben.

6.1. Hausarztmodell

Die Versicherten wählen im Hausarztmodell eine Ärztin bzw. einen Arzt als "ihre" Hausärztin bzw. "ihren" Hausarzt und verpflichten sich im Bedarfsfall diese bzw. diesen aufzusuchen. Die Hausärztinnen und Hausärzte steuern sodann die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen. Damit übernehmen sie neben der primären Abklärung und Behandlung auch das Case-Management (Koordination aller beteiligten Personen und Organisationen in einer Behandlungsepisode) und steuern den Zugang zur fachärztlichen Betreuung und zum Krankenhaus. Grundsätzlich lässt das System eine kostensenkende Wirkung erwarten. Diese Kostenreduktion sollte zumindest teilweise zu Prämiennachlässen bei den Versicherten führen. Eine Befragung von Versicherten¹⁷ in Deutschland ergab, dass 80% der Befragten bereit wären, vor einem Facharztbesuch zuerst den Hausarzt aufzusuchen, wenn dies zu einer Prämienreduktion führt. Dänemark und Finnland verfügen flächendeckend über solche Hausarzt-Systeme. In der Schweiz wird das vor 10 Jahren eingeführte Hausarztmodell derzeit von etwa 10% der Versicherten genutzt¹⁸. Eine Untersuchung basierend auf Daten einer Schweizer Krankenversicherung (CSS) zeigt in einem Zwischenbericht positive Kosteneffekte.

Im Detail werden folgende Beobachtungen gemacht:¹⁹

- > Für ein Hausarztmodell entscheiden sich eher junge Versicherte.
- > Versicherte, die in den Vorjahren stationär behandelt wurden, entscheiden sich eher gegen ein Hausarztmodell.
- > Die Hausarztmodell-Versicherten weisen ein um 40% geringeres Leistungsvolumen auf. Ein Großteil davon ist auf das günstigere Risikokollektiv der Versicherten und den Umstand, dass tendenziell kostenbewusstere Medizinerinnen bzw. Mediziner in einem Hausarztmodell mitmachen, zurückzuführen.
- > Ungeachtet der beiden oben angeführten Effekte spart man gegenüber dem traditionellen Modell rund 13%.
- > Maßnahmen bei Ärztinnen und Ärzten (Case-Management-Funktion) sowie Patientinnen und Patienten (Einschränkung der Arztwahl) bewirken diese Kostenreduktion etwa zu gleichen Teilen.

Aus den Ergebnissen von Studien lässt sich ableiten, dass der Eintritt in ein Hausarztmodell das Verhalten der Versicherten verändert und dadurch Kosten reduziert. Dieses "erlernte Verhalten" ändert sich auch nach dem Austritt aus einem solchen Modell zumindest kurzfristig kaum²⁰. Grundvoraussetzung für die Etablierung des Modells ist eine ausreichende Versorgungsdichte mit Hausärztinnen bzw. Hausärzten, die den Patientinnen und Patienten einen einfachen Zugang zum System ermöglicht. Die Hausärztinnen und Hausärzte müssen für die Versicherten attraktiv sein und über eine relativ hohe Behandlungseffizienz verfügen.

¹⁷ Streich 2003

¹⁸ Felder, St.; Werblow, A.: Mit Hausarztnetzen Kosten sparen - Der Kontrahierungszwang als "Bremsklotz"; in: *Neue Zürcher Zeitung*, 02.03.2004, Nr. 51, S. 25

¹⁹ Felder; Werblow 2004

²⁰ Ferris et al. 2001, Forrest 2003

Außerdem sind folgende Problemstellungen zu bearbeiten:

- > Definition der Koordinationsaufgabe der Hausärztin bzw. des Hausarztes²¹
- > Aufklärung und Information der Versicherten²²
- > Entwicklung von Anreizen für Versicherte, in das Modell zu wechseln (Prämienrabatt)
- > Unterstützung der Ärztinnen und Ärzte in der Steuerung der Patientinnen- bzw. Patientenströme²³
- > Angemessene Honorierung der zusätzlichen Aufgaben der Ärztinnen bzw. Ärzte
- > Minimierung des (zusätzlichen) versicherungsinternen Verwaltungsaufwandes

Zentrales Problem für das Hausarztmodell im Rahmen des österreichischen Versorgungssystems ist die notwendige Differenzierung im Versicherungssystem. Eingeschriebene Versicherte müssten dann niedrigere Versicherungsbeiträge bezahlen und ihre spezifische Betreuung müsste den Hausärztinnen bzw. Hausärzten über ein Grundentgelt abgegolten werden.

Die 26. GSVG-Novelle ermöglicht der Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft ihre Versicherungsleistungen im Sinne von obligaten Basisleistungen und fakultativen Zusatzangeboten zu differenzieren. Dies erweitert den Gestaltungsspielraum der Versicherer wesentlich und ist ein erster Schritt in Richtung Flexibilität und Wettbewerb in diesem Bereich. Die zu entwickelnden Modelle haben im Hinblick auf neue Gestaltungsansätze im Bereich des ASVG Pilotcharakter.

6.2. Disease Management Programme

Ziel von Disease Management Programmen ist die Steuerung der Behandlung und Betreuung von Patienten mit spezifischen, meist chronischen Gesundheitsstörungen über professionelle, organisatorische und sektorspezifische Grenzen hinweg. Idealtypisch fokussieren Disease Management Programme nicht auf einzelne Krankheitsepisoden bzw. spezifische Interventionen, sondern betrachten ganze Lebensphasen und umfassende Maßnahmen der Betreuung und Behandlung, inklusive Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation. Disease Management Programme kombinieren anbieterseitige (evidenzbasierte Behandlungsleitlinien, Schulungsprogramme, Feedback, Aufbau spezifischer Strukturen, Maßnahmen zur Qualitätssicherung) und patientenseitige Maßnahmen (Informationssysteme, Erinnerungen, Schulungsprogramme). Solche Programme können die Versorgungsqualität verbessern und die Kosten stabilisieren²⁴.

Es gibt umfassende wissenschaftliche Hinweise, dass die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten großen Variationen unterworfen ist und dass keine durchgängige Qualität der Versorgung chronischer Krankheiten gegeben ist²⁵. Allgemeinmedizinerinnen bzw. -mediziner scheinen vielfach mit akutem Krankheitsgeschehen überlastet und haben keine organisierten Behandlungs- und Betreuungssysteme für weniger akute chronische Krankheiten²⁶.

²¹ Grumbach et al. 1999, Bodenheimer et al. 1999

²² Tabenkin et al. 1998

²³ Willems 2001

²⁴ vgl. Sachverständigenrat 2003

²⁵ Wagner, 1997

²⁶ Wagner, 1996

Disease Management Programme wollen in diesem Bereich die Qualität der Versorgung verbessern. Sie stellen spezifisch geschultes Personal (Teams) zur Verfügung und etablieren standardisierte, organisierte Systeme, um chronische Krankheiten²⁷ zu versorgen.

Disease Management Programme bestehen insbesondere in den Bereichen von koronaren Herzerkrankungen, Herzversagen, Asthma, chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD), terminalem Nierenversagen, erhöhten Blutfetten, Hochdruck, Diabetes, Depression, Rückenschmerzen, chronischen Schmerzen, rheumatischer Arthritis und Osteoarthritis²⁸.

Abbildung 14 zeigt exemplarisch den Aufbau eines Disease Management Programms. Betroffene Patientinnen bzw. Patienten können sich zu einem Disease Management Programm anmelden. Bei der Einschreibung erfolgt eine standardisierte diagnostische Abklärung. Auf Basis der Befunde werden die Patientinnen bzw. Patienten Risikogruppen zugeordnet. In diesen werden sie spezifisch ausgerichtet evidenzbasiert betreut.

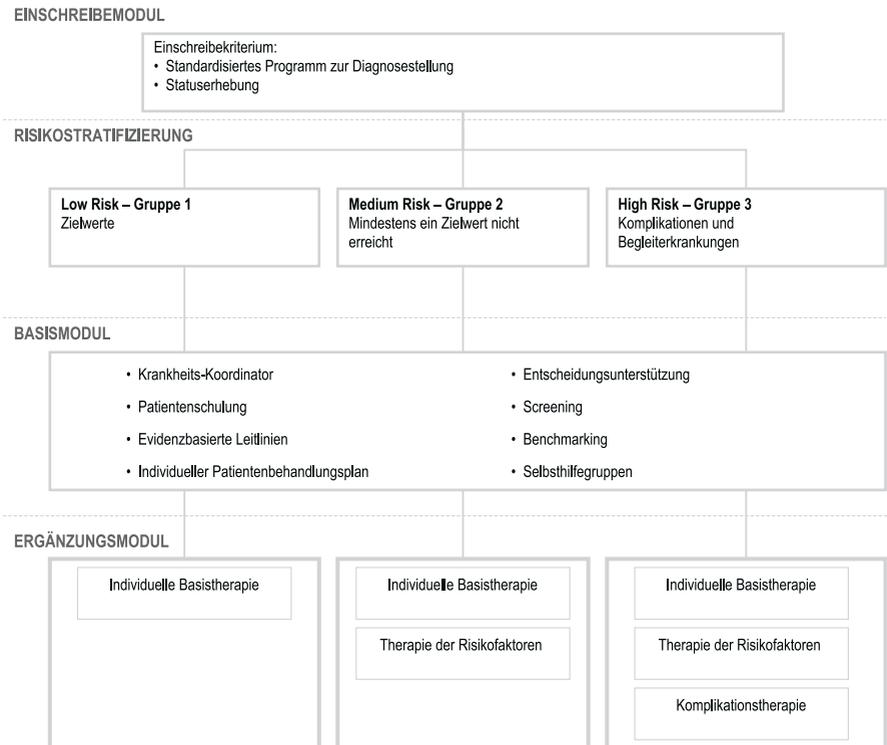


Abbildung 14: Aufbau eines Disease Management Programms²⁹

²⁷ Todd, 1997

²⁸ Weingarten et al. 2002

²⁹ Adaptiert nach einer Darstellung des Sachverständigenrates (Deutschland) 2003.

Disease Management Programme haben sich in spezifischen Situationen als effektive Instrumente erwiesen. Es besteht aber noch Unsicherheit hinsichtlich ihres Gesamtnutzens und in Bezug darauf, welche Interventionen am wirkungsvollsten sind.

Vorliegende Analysen zeigen, dass die Versorgungsqualität durch eine verbesserte Compliance der Anbieter und der Patientinnen und Patienten in Bezug auf die Einhaltung von Leitlinien zur Behandlung der chronischen Erkrankung steigt.

Die Kostendämpfung entsteht kurz- und mittelfristig durch eine Reduktion der Symptome und die dadurch geringere Inanspruchnahme von Leistungen (insbesondere im Bereich stationärer Aufnahmen). Langfristig sollen die Folgeschäden chronischer Erkrankungen reduziert werden.

McKinsey³⁰ versuchte, den wirtschaftlichen Nutzen von Disease Management Programmen in Deutschland zu beurteilen:

- > Insgesamt wird erwartet, dass sich pro Indikationsgruppe etwa 1% der Versicherten einem Disease Management Programm anschließt.
- > Jedes Disease Management Programm braucht in etwa 25.000 bis 50.000 Betreute, um einen betriebswirtschaftlichen Break Even zu erreichen.
- > Die komplette eigenständige Entwicklung und Betreuung von Disease Management Programmen erscheint daher nur für Versicherungen sinnvoll, die deutlich mehr als 2 Mio. Versicherte aufweisen.

6.3. Nutzenpotenziale

Abbildung 15 stellt die zu erwartenden Effekte von Hausarztmodellen und Disease Management Programmen dar. Demnach lassen Investitionen in die Leistungsoptimierung im niedergelassenen Bereich Ersparnisse bei den Krankenanstalten erwarten. Im bestehenden Finanzierungssystem würde das Investitionen im Bereich der Sozialversicherungen bedeuten, während die Effizienzgewinne primär den Trägern der Abgänge von Krankenanstalten (v.a. Land und Gemeinden) zu Gute kämen.

<i>Kostenträger</i>		Hausarztmodell	Disease Management Programme
Allgemeinmedizinerinnen Allgemeinmediziner	Sozialversicherungen	↑	↑
Fachärztinnen Fachärzte	Sozialversicherungen	↓	⋮↓
Medikamente	Sozialversicherungen	—	⋮↓
Krankenanstalten	Oö.KRAF Land Gemeinden	⋮↓	↓

- ↑ primäre Kostensteigerung
- ↓ primäre Kostensenkung
- keine Veränderung
- ⬆ Sekundäre Kostensteigerung
- ⋮↓ sekundäre Kostensenkung

Abbildung 15: Darstellung der zu erwartenden Kosteneffekte innovativer Versorgungsmodelle

³⁰ Adomeit et al. 2002

7. MAßNAHMEN DER GESUNDHEITSREFORM

Im Jahr 2004 haben Bund und Länder eine neue Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (15a-Vereinbarung) abgeschlossen. Diese Vereinbarung formuliert folgende Ziele:

- > Überwindung der sektoralen Grenzen des Gesundheitswesens und bessere Abstimmung in der Planung, Steuerung und Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens.
- > Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung bzw. Steuerung, um die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens längerfristig sicher zu stellen.
- > Unterstützung von Vorsorgemaßnahmen sowie flächendeckende Sicherung und Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen.

Um diese Ziele zu erreichen, sieht die 15a-Vereinbarung verschiedene Maßnahmen vor. So etwa werden eine Bundesgesundheitsagentur und ein Landesgesundheitsfonds zur Planung und Steuerung des gesamten Gesundheitswesens (intra- und extramural) eingerichtet. Zur besseren Kooperation der verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens ist ein "Reformpool" zu dotieren.

7.1. Bundesgesundheitsagentur

Die derzeit bestehende Strukturkommission wird in eine Bundesgesundheitsagentur mit erweiterten Aufgaben übergeführt. Sie hat die Aufgabe, Vorgaben (z.B. für Qualität, Nahtstellenmanagement, Budgets und Rechnungsabschlüsse der Krankenanstalten), Richtlinien und eine Leistungsangebotsplanung zu erarbeiten sowie die leistungsorientierten Vergütungssysteme (weiter-) zu entwickeln. Organ der Bundesgesundheitsagentur ist die Bundesgesundheitskommission. Ihr gehören Vertreterinnen und Vertreter des Bundes, des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger, aller Länder, der Interessenvertretungen der Städte und Gemeinden, der konfessionellen Krankenanstalten, der Patientenvertretungen und der Ärztekammer an.

7.2. Landesgesundheitsfonds

Landesgesundheitsfonds können die Länder für jedes Bundesland oder gemeinsam für mehrere Bundesländer einrichten. Oberstes Organ des Landesgesundheitsfonds ist die Gesundheitsplattform. Ihr sollen in Oberösterreich je 7 Vertreterinnen und Vertreter des Landes und der Sozialversicherung, sowie je eine Vertreterin bzw. ein Vertreter des Bundes, der Ärztekammer, der Interessenvertretungen der Städte und Gemeinden, der Patientenvertretungen sowie der Rechtsträger öffentlicher und privater, gemeinnützig geführter Krankenanstalten und des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes, Landesverband Oberösterreich, angehören.

Der Oö. Gesundheitsfonds hat zusätzlich zu den bisher vom Oö. KRAF wahrgenommenen Aufgaben im Wesentlichen die Vorgaben und Richtlinien der Bundesgesundheitsagentur umzusetzen, regionale Detailplanungen für die Erbringung von Gesundheitsleistungen zu erstellen, Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens zu betreiben, Projekte zur Gesundheitsförderung und strukturverbessernde Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen, Modellversuche zur integrierten Planung und Finanzierung der fachärztlichen Versorgung in Spitalsambulanzen und im niedergelassenen Bereich zu realisieren und die Ressourcenplanung zwischen Gesundheitswesen und Pflegebereich abzustimmen.

7.3. Reformpool

Art. 26 der 15a-Vereinbarung sieht zur Förderung von Strukturveränderungen oder Projekten, die auf Landesebene Leistungsverschiebungen zwischen intra- und extramuralem Bereich zur Folge haben, die verbindliche Dotierung eines "Reformpools" vor. In den Jahren 2005 und 2006 sollen dafür Mittel in der Höhe von mindestens 1% der Gesamtmittel des intra- und extramuralen Bereichs zur Verfügung gestellt werden, für 2007 und 2008 jeweils mindestens 2%. Für Oberösterreich wird für die Jahre 2005 und 2006 mit Gesamtmitteln von jeweils rd. 11 Mio. Euro für den Reformpool gerechnet.

Voraussetzung für die Förderung ist, dass sich Land und Sozialversicherung im Voraus inhaltlich auf die Maßnahmen einigen und sowohl Land als auch Sozialversicherung von den Leistungsverschiebungen profitieren. Die Bundesgesundheitskommission hat die "Leitlinien für den Kooperationsbereich (Reformpool)" am 30. Juni 2005 beschlossen. Sie enthalten Aussagen zu Zielen, Auswahlkriterien, Dokumentation und Bewertung von Reformpool-Vorhaben.

Die Abteilung Sanitäts- und Veterinärrecht führt eine interne Liste möglicher Reformpool-Projekte. Es handelt sich dabei um erste Ideen. Lediglich ein Projekt zur integrierten Schlaganfallversorgung, das gemeinsam mit der OÖGKK und einem externen Berater durchgeführt wird, ist bereits konkreter. Grundsätzlich beabsichtigt die Abteilung Sanitäts- und Veterinärrecht, sich im Jahr 2006 auf einige wenige Projekte zu konzentrieren, um aus diesen für weitere Projekte zu lernen.

7.4. Erfolgsvoraussetzungen

Die Pilotprojekte sollen die Hürden zwischen den einzelnen Versorgungssystemen (Nahtstellen) exemplarisch reduzieren. Sie sind insbesondere in Bereichen mit hoher Nutzenerwartung bzw. großen bestehenden Defiziten sinnvoll. Wesentlich scheint es, aus den Projekten Erkenntnisse für die Entwicklung des Gesamtsystems abzuleiten.

Im Sinne des Erkenntnisgewinns sind daher innovative und kreative Versorgungsmodelle zu forcieren, die Versorgungsprozesse und -strukturen nachhaltig verändern. Es ist zu vermeiden, Projekte zu finanzieren, die auf bereits bestehenden Modellen aufbauen.

Von entscheidender Bedeutung wird es sein, die Reformpoolprojekte kritisch zu evaluieren, wobei die Kosten/Nutzenverhältnisse der einzelnen Maßnahmen besonders zu hinterfragen sind. Modelle mit nachgewiesenen günstigen Kosten/Nutzenverhältnissen sollen dann in die Regelversorgung übernommen werden, Modelle mit ungünstigeren Kosten/Nutzenverhältnissen sind einzustellen.

8. LITERATURVERZEICHNIS

- > [Adomeit, A.; Baur, A.; Salfeld, R.](#): A new model for disease management, in: The McKinsey Quarterly, Vol.4, 2001, 92:101
- > [Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Krankenanstalten in Zahlen 2004](#)
<http://www.bmgf.gv.at/cms/site/attachments/6/9/9/CH0034/CMS1039007503101/ka-in-oesterreich-2004-2005-internet.pdf>
- > [Felder, St.; Werblow A.](#): Mit Hausarztnetzen Kosten sparen - Der Kontrahierungszwang als "Bremsklotz"; in: Neue Zürcher Zeitung, 02.03.2004, Nr. 51, S. 25
- > [Ferris, T.; Chang, Y.; Blumenthal, D.; Pearson, S.](#): Leaving Gatekeeping Behind - Effects of Opening Access to Specialists for Adults in a Health Maintenance Organization, in: BMJ, 2001, Vol. 345, 1312-1317
- > [Grumbach K.; Selby J. V.; Damberg Ch.; Bindman, A. B.; Quesenberry Ch. Jr.; Truman, A.; Uratsu, C.](#): Revolving the Gatekeeper Conundrum - What Patients Value in Primary Care and Referrals to Specialists; in: JAMA, July 21, 1999 - Vol. 281, No. 3, p. 261-266
- > [Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen](#): Struktur- und Angebotsplanung der akutstationären Versorgung Vorarlberg 2002
- > [Organisation for Economic Co-operation and Development \(OECD\)](#): Health Data 2001 www.oecd.org
- > [Pichler, E.; Walter, E.](#): Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens, in: IWI-Studien, Band 99, Wien, 2002
- > [Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen: Finanzierung, Nutzenorientierung und Qualität, Band I und Band II, Gutachten 2003 Kurzfassung](#)
- > [Streich, W.](#): Ausgewählte Maßnahmen der geplanten Gesundheitsreform 2003 aus der Sicht der Bevölkerung, in: Gesundheitsmonitor ein Newsletter der Bertelsmann Stiftung, Vol.3, 2003
- > [Tabenkin, H.; Gross, R.; Brammli, Sh.; Shvartzman, P.](#): Patients' View of Direct Access to Specialists - An Israeli Experience; in: JAMA, June 24, 1998 - Vol. 279, No. 24, p. 1943-1948
- > [Todd, W.; Nash, D.](#): eds. *Disease management: a systems approach to improving patient outcomes*, in: American Hospital Association, Chicago, 1997
- > [Wagner, E.](#): Managed care and chronic illness: health services research needs, in: Health Serv Res, 1997; Vol.32, 702:714
- > [Wagner, E.; Austin, B.; von Korff, M.](#): Organizing care for patients with chronic illness, in: Milbank Q, 1996, Vol.74; 511:544
- > [Weingarten, S.; Henning, J.; Badamgarav, E.; Knight, K.; Hassellbad, V.; Gano, A.; Ofman, J.](#): Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness - which ones work? Meta-analysis of published reports, in: BMJ, Vol. 325, 2002
- > [World Health Organization, European health for all Database 2004](#) <http://data.euro.who.int/hfad/>
- > [Willems, D. L.](#): Balancing rationalities: gatekeeping in health care, in: Journal of Medical Ethics, 2001; 27; 25-29

