

Steuerungsinstrumente im Spitalswesen – ein Problemaufriss

1. Grundprobleme der Spitalsfinanzierung	96
<hr/>	
2. Mangelnde Planung und Steuerung im Spitalswesen	98
<hr/>	
3. Wie steuerbar ist der Spitalsbereich?	101
3.1. Leistungserbringung durch standardisierte Leitlinien	102
3.2. Patientenorientierte Spitalsfinanzierung	102

*Markus
Unterthurner*

*Mitarbeiter der Abtei-
lung Wirtschaftspoli-
tik der AK OÖ*

Auszug aus WISO 1/2011

isw

Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften
Volksgartenstr. 40
A-4020 Linz, Austria

Tel: + 43 (0) 732 66 92 73, Fax: +43 (0)732 66 92 73 -2889

Email: wiso@akooe.at

Internet: www.isw-linz.at

1. Grundprobleme der Spitalsfinanzierung

*im EU-Vergleich
hohe Kranken-
hausaufnahme*

Die Gesundheitsausgaben laut OECD-Berechnung betragen im Jahre 2008 rund 30 Mrd. Euro. Dieser Betrag entspricht einem BIP-Anteil von rund 11 Prozent. Die Ausgaben für die medizinische Langzeitpflege (z.B. Gesundheitsleistungen in Pflegeheimen, Pflegegeld) in der Höhe von 3,7 Mrd. Euro sind in den Gesundheitsausgaben enthalten. Bei der Entwicklung der Gesundheitsausgaben fällt auf, dass der stationäre Bereich seit 2000 mit 45 Prozent deutlich schneller gewachsen ist als der ambulante Bereich (36 Prozent). Eine Ursache für die stärkere Verlagerung der Leistungen hin zum stationären Bereich ist auf die im EU-Vergleich hohe Krankenhausaufnahme zu sehen. Im Jahre 2007 wurden bezogen auf 100 Einwohner im Österreich-Durchschnitt 26 Personen (Oberösterreich: 30 Personen) in einem Spital stationär aufgenommen, während vergleichsweise in Schweden mit 16 Personen und in den Niederlanden mit 11 Personen die Spitalsaufnahmen deutlich niedriger ausgefallen sind.¹

*hohe Dichte an
Großgeräten*

Die hohe Krankenhausaufnahme bewirkt wegen der sich dadurch ergebenden hohen Zahl an diagnostischen Untersuchungen einen entsprechend höheren Investitionsbedarf an Großgeräten. Österreich weist im internationalen Vergleich eine hohe Dichte an Großgeräten auf. Während Deutschland mit 14 Computertomographen (CT) je Million Einwohner auskommt, kommt das österreichische Gesundheitssystem auf 27 CTs.² Bei den durchgeführten Operationen verhält es sich ähnlich. Beispielsweise werden auf hunderttausend in Österreich lebende Patienten/-innen durchschnittlich 67 Mandeloperationen durchgeführt. In Italien fällt diese Quote mit 11 Mandeloperationen vergleichsweise deutlich niedriger aus.³

*Verteilung der
Gesundheits-
ausgaben*

Diese hohe Spitalslastigkeit wirkt sich daher auch auf die Verteilung der Gesundheitsausgaben auf die einzelnen Versorgungsbereiche aus. Von den Gesundheitsausgaben entfallen rund 40 Prozent auf den stationären Bereich und 25 Prozent auf den ambulanten Bereich (inkl. niedergelassener Bereich). Hingegen werden weniger als zwei Prozent der Gesundheitsausgaben für Präventionsmaßnahmen und zur Gesundheitsförderung (z.B. Vorsorgeuntersuchung, Mutter-Kind-Pass, Gesunde Gemeinde) eingesetzt.

Als ein wesentliches Merkmal für die im internationalen Vergleich hohe Krankenhausaufnahme sind die komplexen Finanzierungsströme innerhalb des Spitalswesens zu sehen. Mangelnde standardisierte Leistungsvereinbarungen zwischen den Spitälern und den Spitalerhaltern führen dazu, dass die medizinischen Leistungen nicht immer dort erbracht werden, wo dies für die Patientinnen und Patienten am optimalsten wäre. Zusätzlich erschwert die mangelnde Leistungsabstimmung mit dem niedergelassenen Bereich eine sektorenübergreifende Versorgung. Anhand der Bilanz des Oö. Gesundheitsfonds, wie aus der nachfolgenden Abbildung hervorgeht, wird verdeutlicht, dass den verschiedenen Versorgungsbereichen innerhalb eines Spitals unterschiedliche Finanzierungsstrukturen zugrunde liegen.

*mangelnde
standardisierte
Leistungsverein-
barungen*

*mangelnde
Leistungsab-
stimmung*

Abbildung 1: Bilanz 2008 des Oö. Gesundheitsfonds

		in Euro	Anteile in %
Oö. Gesundheitsfonds	Einnahmen, davon:	1.661.650.714	100,0
	Soziale Kranken- versicherung, davon:	726.357.577	43,7
	OÖ-Gebietskrankenkasse	545.083.907	
	Abgangsmittel, davon:	642.646.400	38,7
	Gemeinden	257.058.560	
	Bundesgesundheitsagen- tur (Gesundheitsfonds des Bundes)	86.402.791	5,2
	Finanzausgleich – Umsatzsteuer-Anteile	43.149.973	2,6
	Kostenbeiträge	8.207.595	0,5
	Ausgaben, davon:	1.661.650.714	100,0
	LKF-Gebührensätze für stationäre Patienten/- innen	724.871.855	43,6
	Abgangsmittel	642.646.000	38,7
	Ambulanzgebührenersätze	98.437.556	5,9
	Investitionszuschüsse	36.700.000	2,2
	Strukturmittel	25.404.576	1,5

Quelle: Oö. Gesundheitsfonds

*kaum Anreize
einer integrierten
Versorgung*

Die Finanzierung des niedergelassenen Bereiches wird nicht über den Gesundheitsfonds abgewickelt, weil sich dieser praktisch ausschließlich über das Beitragsaufkommen der sozialen Krankenversicherung finanziert und deren Leistungen über die einzelnen Krankenversicherungsträger abgewickelt werden.⁴ Der Gesundheitsfonds ist ein öffentlicher Fonds der Länder, dessen Mittel sich aus verschiedenen Finanzierungsquellen zusammensetzen (siehe Abbildung 1): soziale Krankenversicherung, Bund, Land und Gemeinden. Aufgrund der getrennten Finanzierung bestehen kaum Anreize einer integrierten bzw. patientenorientierten Versorgung zwischen den Spitälern und den niedergelassenen Ärzten/-innen. Als Folge sind Versorgungsprobleme insbesondere an den Schnittstellen, die sich beispielsweise bei der Überleitungspflege vom Spital hin zum niedergelassenen Bereich bemerkbar machen. Zusätzlich sind stärkere Leistungsverchiebungen von den Spitälern hin zum niedergelassenen Bereich feststellbar. Die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-Finanzierung) begünstigt diese Entwicklung, weil sich diese Finanzierungsform in kürzer werdenden Verweildauern auswirkt.⁵

*finanzierungs-
gesteuerte
Schnittstellen-
probleme*

Innerhalb der Spitäler treten auch finanzierungsgesteuerte Schnittstellenprobleme auf, weil die leistungsorientierte Spitalsfinanzierung ausschließlich für den stationären Bereich zur Anwendung kommt. Die Spitalsambulanzen wiederum werden über einen eigenen Pauschalbetrag finanziert, unabhängig davon, welche und wie viele Leistungen an den einzelnen Patienten/-innen angewendet werden. Für die Tageskliniken wiederum gibt es auch ein eigenes Abrechnungssystem, das jedoch aufgrund eines eigenen Finanzierungsschlüssels für die Spitäler nicht so lukrativ ist, wie im Fall, dass der/die Betroffene über den stationären Bereich versorgt wird. Aus diesem Grund verfügen die österreichischen Spitäler noch kaum über eigene Tageskliniken.⁶

2. Mangelnde Planung und Steuerung im Spitalswesen

*Planungs- und
Steuerungsfunktion*

Im Spitalswesen werden nicht wie im niedergelassenen Bereich die zu erbringenden medizinischen Leistungen über Leistungsvereinbarungen geregelt. Die Länder, denen nach dem Krankenanstaltengesetz die Planungs- und Steuerungsfunktion des Spitalswesens zukommt, nehmen diese Aufgabe nicht in dem Ausmaß wahr, wie es zwischen den Gebietskrankenkassen und den Ärztekammern gängige Praxis ist.⁷ Über einen partnerschaftlichen Prozess werden

die medizinischen Leistungen und die dazugehörigen Honorare sowie auch die Verschreibep Praxis von Medikamenten festgelegt. Während in den Spitälern Generika noch kaum eingesetzt werden, machen Generika im niedergelassenen Bereich beinahe ein Drittel aller verschriebenen Medikamente aus.⁸ Aufgrund dieser fehlenden Leistungsvereinbarungen zwischen Spitälern und Spitalerhaltern kann derzeit nicht beurteilt werden, inwieweit Spitalsleistungen über die sogenannte Eintagspflege (stationäre Aufnahme ohne Nächtigung), über die Spitalsambulanz oder über die Tagesklinik abgewickelt werden sollen.

fehlende Leistungsvereinbarungen

Die fehlende Vertragsregelung von medizinischen Leistungen in den Spitälern ist anhand des Wartezeitenproblems bei geplanten Operationen erkennbar. Das Institut für Höhere Studien (IHS) sowie die Statistik Austria haben erhoben, dass es bei geplanten Operationen zu unterschiedlich langen Wartezeiten kommen kann. In Oberösterreich warten Patienten/-innen auf eine Hüft- oder Kniegelenksoperation durchschnittlich drei Monate. Bei den Spitälern der GESPAG warten die Patienten/-innen auf eine Kniegelenksoperation durchschnittlich 150 Tage und auf eine Hüftgelenksoperation durchschnittlich 70 Tage. Es kann aber auch vorkommen, dass Betroffene bis zu ein Jahr auf einen OP-Termin warten müssen. Privatpatienten/-innen wiederum bekommen durchschnittlich um bis zu 4-mal schneller einen Termin als die „Normalversicherten“.

Wartezeitenproblem bei geplanten Operationen

Abbildung 3: Wie lange bis zu einem OP-Termin?

Geplante Operation	Durchschnittliche Wartezeiten	Privatpatienten/-innen – (diese Zahlen gelten für Österreich)
Grauer Star	Österreich: 102 Tage Oberösterreich: 60 Tage GESPAG: 84 Tage	Durchschnittlich 4-mal so schnell ein Termin
Hüftgelenksersatz	Österreich: 78 Tage Oberösterreich: 97 Tage GESPAG: 72 Tage	Durchschnittlich doppelt so schnell ein Termin
Kniegelenksersatz	Österreich: 97 Tage Oberösterreich: 87 Tage GESPAG: 149 Tage	Durchschnittlich 3,5-mal so schnell ein Termin

Quellen: IHS, Statistik Austria

*Terminreihung
nach finanziellen
Gesichtspunkten*

Der deutliche Wartezeitenunterschied zwischen den „Normalversicherten“ und jenen Versicherten mit einer privaten Zusatzversicherung zeigt, dass die Terminreihung bei planbaren Operationen sich stärker an finanziellen Gesichtspunkten orientiert und weniger am Versorgungsbedarf. Das erklärt auch den Umstand, dass die Terminplanung für die Betroffenen nicht nachvollziehbar ist. Untersuchungen des IHS zeigen, dass über 90 Prozent der Patienten/-innen während ihrer Wartezeit auf den OP-Termin Schmerzen haben. Bei etwa jedem Zweiten nehmen die Schmerzen während der Wartezeit sogar zu. Die Gesundheitsbefragung der Statistik Austria hat ergeben, dass etwa bei Hüft- und Knieprothesen und beim Grauen Star die Operationen zu mehr als 90 Prozent ohne private Zusatzversicherung abgerechnet werden.⁹

Fallbeispiele von Wartezeiten bei geplanten Operationen

- Frau aus Linz-Stadt: 80 Jahre alt, keine Zusatzversicherung, durch starke Schmerzen am Knie massiv beeinträchtigt; Wartezeit auf Operation: 10 Monate.
- Frau aus Kirchdorf an der Krems: 67 Jahre alt, keine Zusatzversicherung, starke Schmerzen am Knie verbunden mit einer massiven Bewegungseinschränkung; betrug die Wartezeit auf die Operation: ein halbes Jahr.
- Mann aus dem Traunviertel, zwischen 60 und 65 Jahre alt, Angestellter mit Zusatzversicherung; bekam innerhalb weniger Wochen einen Operationstermin für eine neue Hüfte.

Quelle: eigene Erhebungen

*der finanzielle
Druck steigt*

Das Grundproblem der unterschiedlich langen Wartezeiten liegt daran, dass öffentliche Spitäler nach dem Krankenanstaltengesetz¹⁰ über eine eigene Sonderklasse, ausgestattet mit Privatbetten, verfügen können. Aufgrund zunehmend knapper öffentlicher Haushalte steigt der finanzielle Druck, dass Ressourcen wie Operationssäle und Personal für Privatpatienten/-innen freigehalten werden. Der ökonomische Vorteil der an Privatpatienten/-innen erbrachten Spitalsleistungen liegt darin, dass diese Leistungen nicht nur öffentlich über die LKF-Abrechnung, sondern zusätzlich auch über Privathonorare finanziert werden. Solange keine standardisierten Kriterien zur gerechten Verteilung von Ressourcen vorhanden sind, spielt zumindest bei geplanten Eingriffen der finanzielle Aspekt eine erhebliche Rolle in der Terminplanung. Das erklärt auch das immer wieder auftretende Phänomen, dass Normalversicherte

zwar stationär aufgenommen werden, aber dann doch wegen nicht vorhandener Operations-(OP)-Kapazitäten nicht operiert werden können und so wieder entlassen werden, weil die OP-Kapazitäten für einen Zusatzversicherten zur Verfügung stehen.

3. Wie steuerbar ist der Spitalsbereich?

Bei der immer wieder geforderten Finanzierung aus einer Hand¹¹ wird davon ausgegangen, dass mit einer zentralen Verteilung der Finanzmittel die Voraussetzungen für eine sektorenübergreifende medizinische Versorgung erfüllt werden. Schnittstellenprobleme werden sich bei einer zentralen Finanzierungsverteilung jedoch nicht von selbst lösen können. Schon jetzt verteilen die Gesundheitsfonds zentral ihre Finanzmittel an die Fondskrankenhäuser. Das Hauptproblem liegt vielmehr darin, dass die medizinischen Leistungen ohne standardisierte Leitlinien erbracht werden.¹²

*Finanzierung
aus einer Hand*

Das Wartezeitenproblem bei geplanten Operationen wäre lösbar, wenn die Länder als Spitalserhalter den Spitälern verbindliche Maximal-Wartezeiten durch ein Wartezeiten-Management vorgeben würden. Um von einer finanzierungs- und damit einrichtungsorientierten Versorgung hin zu einer patientenorientierten Behandlung zu gelangen, bedarf es zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen partnerschaftlicher Prozesse. So hat die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse gemeinsam mit der Ärztekammer ein Modell entwickelt, das es ermöglicht, den zukünftigen Bedarf an Arztpraxen anhand bestimmter Indikatoren zu bestimmen. Dem steirischen Spitalsträger KAGES wiederum ist es gelungen, ein Wartezeiten-Management bei geplanten Operationen für sämtliche KAGES-Spitäler zu installieren. Damit kann nicht nur die Terminplanung nach einem transparenten Schema vorgenommen werden, sondern können auch die Wartezeiten je nach medizinischer (vorwiegend Schmerzen) und sozialer Dringlichkeit (z.B. Beruf, Alter) auf ein Minimum reduziert werden.¹³

*verbindliche
Maximal-
Wartezeiten*

*partnerschaft-
liche Prozesse*

Aus dem nachfolgenden Abschnitt gehen zwei Maßnahmen hervor, mit denen patientenorientierte Verbesserungsprozesse im Spitalsbereich in Gang gesetzt werden könnten, und zwar durch:

- Leistungserbringung in den Spitälern durch standardisierte Leitlinien
- patientenorientierte Spitalsfinanzierung

medizinische Leistungen über standardisierte Leitlinien

3.1. Leistungserbringung durch standardisierte Leitlinien

Im Spitalsbereich sind wie im niedergelassenen Bereich zukünftig die medizinischen Leistungen über standardisierte Leitlinien zu erbringen. Die Länder als Spitalserhalter sind aufgefordert, solche Leitlinien, wie oben am Beispiel eines Wartezeiten-Managements erwähnt, zu erstellen. Mit diesen Leitlinien wird festgelegt, welche Leistungen in Zukunft die Spitäler auch in welcher Qualität zu erbringen haben.

Vergangene Spitalsreformen waren geprägt von der jeweiligen Anzahl an Akutbetten und weniger am Versorgungsbedarf ausgerichtet.¹⁴ Schon jetzt stehen etwa den Burnout-Patienten/-innen kaum Spitalskapazitäten zur Verfügung, sodass diesen Patienten/-innen häufig nur kurze Spitalsaufenthalte angeboten werden können – obwohl aus therapeutischer Sicht ein längerer stationärer Aufenthalt notwendig wäre.

bedeutende Planungs- und Steuerungsfunktion

Den Ländern als Spitalserhaltern kommt demnach eine bedeutende Planungs- und Steuerungsfunktion zu.¹⁵ Gerade das steirische Wartezeitenmanagement zeigt, dass durch die Anwendung standardisierter Kriterien die Voraussetzungen für einen möglichst gerechten Zugang zu Behandlungen geschaffen werden. Zusätzlich sind die KAGES-Spitäler in der Lage, das Wartezeitenmanagement auch für die Planung von Ressourcen (OP-Kapazitäten, Personal) heranzuziehen.¹⁶

integrierte Behandlungsprozesse

Über die Gesundheitsplattformen sollen in Zukunft zu all jenen Leistungsbereichen integrierte Behandlungsprozesse entwickelt werden, zu deren Anwendung beide Versorgungsbereiche, also Spital und niedergelassener Bereich, notwendig sind. Hier könnten die Erfahrungen aus dem Wiener Modellprojekt „PatientInnenorientierte Integrierte Krankenbetreuung“ mit der sogenannten „Gesundheitsmappe“ zugute kommen. Die Gesundheitsmappe enthält alle notwendigen medizinischen sowie therapeutischen Informationen zu den einzelnen Patienten/-innen. Dem Hausarzt/der Hausärztin kommt dabei eine wichtige Koordinations- und Drehscheibenfunktion als „Case Manager/-in“ zu.

vier verschiedene Abrechnungssysteme

3.2. Patientenorientierte Spitalsfinanzierung

Innerhalb des Spitalswesens kommen wie bereits beschrieben insgesamt vier verschiedene Abrechnungssysteme zur Anwendung,

und zwar die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung für den stationären Bereich, Ambulanzgebührensätze, ein eigenes Abrechnungssystem für Tageskliniken und zusätzlich Privathonorare bei Zusatzversicherten. Damit in Zukunft den Patienten/-innen das jeweils optimale Leistungsangebot zur Verfügung steht, sind parallel zur Erstellung von Leitlinien die verschiedenen Honorierungssysteme auf ihre Effizienz hin neu zu bewerten. Gesundheitsleistungen sollen im Spital dort erbracht werden, wo die Behandlungen für die Patienten/-innen am optimalsten sind, und nicht dort, wo das Spital vom Gesundheitsfonds das meiste Geld abholen kann.

Literatur

1. Arbeiterkammer OÖ, Gesundheitsinformationssystem: <http://www.arbeiterkammer.com/online/gesundheits-infosystem-59575.html>
2. OECD-Health Data 2010
3. Beirat für Wirtschafts- und Sozialfragen, Mehr Patientennutzen durch Finanzierung aus einer Hand im österreichischen Gesundheitssystem, Wien 2008
4. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Jahresbericht 2009
5. Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik, Wien 2010
6. Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik, Wien 2010; GESPAG, Geschäftsbericht 2009, Linz 2010
7. Schmadlbauer, H., Krankenanstaltenfinanzierung aus der Perspektive der sozialen Krankenversicherung, WISO Nr. 2/10, Linz 2010
8. Pharmig, Daten und Fakten 2010
9. Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, Wien 2007
10. OÖ Krankenanstaltengesetz: www.ris.bka.gv.at
11. Hauptverband, Masterplan Gesundheit, Wien 2010
12. Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen, Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen, Wien 2010
13. Untersweg, F., Wartezeiten-Management bei ausgewählten Eingriffen in der Stmk. KAGes, WISO NR. 2/10, Linz 2010
14. Beurteilung des Landesrechnungshofberichtes zur Spitalsreform, Linz 2009
15. Unterthurner, M., Paradigmenwechsel im österreichischen Gesundheitssystem, WISO Nr. 4/05, Linz 2005
16. Untersweg, F., Wartezeiten-Management bei ausgewählten Eingriffen in der Stmk. KAGes, WISO NR. 2/10, Linz 2010

INSTITUT FÜR SOZIAL- UND WIRTSCHAFTSWISSENSCHAFTEN

WISO

WIRTSCHAFTS-UND SOZIALPOLITISCHE ZEITSCHRIFT

Die Zeitschrift WISO wird vom Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften (ISW) herausgegeben. Sie dient der Veröffentlichung neuer sozial- und wirtschaftswissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der Behandlung wichtiger gesellschaftspolitischer Fragen aus Arbeitnehmersicht.

Lohnpolitik, soziale Sicherheit, Arbeitsmarkt und Arbeitslosigkeit, Arbeit und Bildung, Frauenpolitik, Mitbestimmung, EU-Integration - das sind einige der Themen, mit denen sich WISO bereits intensiv auseinander gesetzt hat.

WISO richtet sich an BetriebsrätInnen, GewerkschafterInnen, WissenschaftlerInnen, StudentInnen, Aktive in Verbänden, Kammern, Parteien und Institutionen sowie an alle, die Interesse an Arbeitnehmerfragen haben.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Preise:* Jahresabonnement EUR 22,00 (Ausland EUR 28,00)
Studenten mit Inskriptionsnachweis EUR 13,00
Einzelausgabe EUR 7,00 (Ausland EUR 12,00)

(* Stand 2005 - Die aktuellen Preise finden Sie auf unserer Homepage unter www.isw-linz.at)

Wir laden Sie ein, kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen ein WISO-Probeexemplar zu bestellen. Natürlich können Sie auch gerne das WISO-Jahresabonnement anfordern.

Informationen zum ISW und zu unseren Publikationen - inklusive Bestellmöglichkeit - finden Sie unter www.isw-linz.at.



Oberösterreich

BESTELLSCHEIN*

Bitte senden Sie mir kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen

- 1 Probeexemplar der Zeitschrift WISO
- 1 ISW Publikationsverzeichnis

Ich bestelle _____ Exemplare des WISO-Jahresabonnements (Normalpreis)

Ich bestelle _____ Exemplare des WISO-Jahresabonnements für StudentInnen mit Inskriptionsnachweis

* Schneller und einfacher bestellen Sie über das Internet: www.isw-linz.at

Name _____

Institution/Firma _____

Straße _____

Plz/Ort _____

E-Mail _____

BESTELLADRESSE:

ISW
Volksgartenstraße 40, A-4020 Linz
Tel. ++43/732/66 92 73
Fax ++43/732/66 92 73-28 89
E-Mail: wiso@akooe.at
Internet: www.isw-linz.at