



Die Entwicklung des österreichischen Gesundheitswesens steht an einem doppelten Scheideweg: Zum einen entscheidet sich, ob auch die aktuell ausgerufene Gesundheitsreform ihren Namen verdienen oder sich in die Reihe der halbherzigen „Pseudoreformen“ der letzten Jahrzehnte einreihen wird. Zum anderen entscheidet sich, ob die angespannte Budgetproblematik wieder zu einer anbieterorientierten finanziellen Kompromisslösung oder wirklich zu einer patientenorientierten qualitativen Verbesserung von Angebot und Leistungen des österreichischen Gesundheitswesens führen wird.

Daher empfiehlt der Weitmoser Kreis folgende 5 Eckpunkte für eine Reform des österreichischen Gesundheitswesens:

1. Der Weitmoser Kreis empfiehlt die Umgestaltung des LKF-Systems nach einer mehrjährigen Konvergenzphase zu einem echten Preissystem mit Fallpauschalen, über das die voll- und teilstationären Leistungen der Krankenanstalten zur Gänze finanziert werden.
2. Der Weitmoser Kreis empfiehlt im Sinne des Prinzips „Geld folgt Leistung“ eine bundeseinheitliche Finanzierung der Krankenanstalten durch einen Bundesgesundheitsfonds. Als Zwischenschritt und Minimalvariante sollte dies zumindest für hochspezialisierte Leistungen (den Referenzzentren vorbehaltene Leistungen laut ÖSG 2010) eingeführt werden.
3. Der Weitmoser Kreis empfiehlt die sektorenübergreifende Planung und Finanzierung von ambulanten Leistungen.
4. Der Weitmoser Kreis empfiehlt die rasche Entwicklung, Einführung und kontinuierliche Evaluierung eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems basierend auf den Prinzipien Patientinnen- und Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz. In ähnlicher Weise sollten die Performance des gesamten Gesundheitssystems sowie die Versorgungsqualität für bestimmte Patientengruppen kontinuierlich outcomebezogen evaluiert werden.

Der Weitmoser Kreis ist als politisch unabhängige Vereinigung der ärztlichen Führungskräfte im österreichischen Gesundheitswesen an einer nachhaltigen und qualitätsvollen Entwicklung unseres Gesundheitswesens für alle Österreicherinnen und Österreicher interessiert.

Rückfragehinweis:

Sprecher des Weitmoser Kreises
Dr. Heinz Brock, MBA, MPH
Medizinischer Direktor AKH-Linz

4020 Linz, Krankenhausstraße 9
T: +43 (0)732 7806-1330
birgit.etzelsdorfer@akh.linz.at

Die erste Weitmoser Deklaration

Detailausführungen



Einleitung

Die Entwicklung des österreichischen Gesundheitswesens steht an einem doppelten Scheideweg: Zum einen entscheidet sich, ob auch die aktuell ausgerufenen Gesundheitsreformen ihren Namen verdienen oder sich in die Reihe der halbherzigen „Pseudoreformen“ der letzten Jahrzehnte einreihen wird. Zum anderen entscheidet sich, ob die angespannte Budgetproblematik wieder zu einer anbieterorientierten finanziellen Kompromisslösung oder wirklich zu einer patientenorientierten qualitativen Verbesserung von Angebot und Leistungen des österreichischen Gesundheitswesens führen wird.

Der Weitmoser Kreis ist als politisch unabhängige Vereinigung der ärztlichen Führungskräfte im österreichischen Gesundheitswesen an einer nachhaltigen und qualitätsvollen Entwicklung unseres Gesundheitswesens für alle Österreicherinnen und Österreicher interessiert. Daher tritt er neben seinen Aufgaben wie der Entwicklung der Managementkompetenzen leitender Ärzte und der zukunftsorientierten Gestaltung der Rolle des Arztes im Gesundheitssystem mit der vorliegenden „Ersten Weitmoser Deklaration“ auch gesundheitspolitisch in Erscheinung.

Die Motive für ärztliche Führungskräfte – fernab berufsständischer Interessensvertretung – systemwirksam zu werden, sind mannigfaltig: Ein wesentliches Effizienzproblem im österreichischen Gesundheitswesen ist die Sektorisierung in zwei unterschiedliche Interessensbereiche, den sozialversicherungsfinanzierten niedergelassenen Bereich und den überwiegend aus Steuermitteln finanzierten und im Einflussbereich der Länder stehenden Spitalsbereich. Ärztliche Führungskräfte wurden in dieser Grundsatzdebatte der Gesundheitsreform bislang auffallend negiert. Dies legt den Schluss nahe, dass die Exponenten der Sektoren als Verursacher der Systemproblematik angesehen werden und nicht als diejenigen, die sich notgedrungen und logisch im Eigeninteresse optimierend und den Finanzierungs- sowie politischen Vorgaben entsprechend verhalten. Es empfiehlt sich aber, die Expertise und konstruktive Mitwirkung dieser Expertinnen und Experten in Form von Vorschlägen in der Gesundheitsreform zu nützen. Gerade hinsichtlich innovativer Organisationsformen und Kooperationsmodellen ist es sehr wahrscheinlich, dass hier wertvolle Inputs entstehen, die nicht im Portfolio der bestehenden Reform-Arbeitsgruppen existieren.

Auch die faktenbasierte Vorgabe von Zielen des Gesundheitssystems anhand von Registern, Qualitätsindikatoren (A-IQI) etc. ist ein derzeit diskutierter, grundsätzlich richtiger Weg. Hier kann es ebenfalls nur von größtem Nutzen sein, die medizinisch Verantwortlichen in den österreichischen Krankenanstalten in die Entwicklung und Einführung dieser Instrumente stärker als bisher einzubeziehen. Eine Konfrontation der Umsetzer vor Ort – wie bisher geschehen – mit bereits ausdifferenzierten theoretisch erarbeiteten Modellen wird nicht den gewünschten Erfolg zeigen.

Aus diesen Gründen empfiehlt der Weitmoser Kreis als unabhängige Vereinigung der ärztlichen Führungskräfte folgende Eckpunkte für eine Reform des österreichischen Gesundheitswesens:

1. Vom Kostenersatz- zum Preissystem

Obwohl in Österreich bereits im Jahr 1997 die Spitalsfinanzierung von der Taggeld- auf eine Leistungsfinanzierung umgestellt wurde, ist das österreichische System der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung (LKF) auf halbem Weg stehen geblieben. Zwar erfolgt prinzipiell eine leistungsbezogene Abrechnung über Fallpauschalen. Da jedoch nur 51% der laufenden Kosten (inklusive Abschreibungen) der Krankenanstalten durch marktmäßige Umsätze im Sinne von Erlösen finanziert werden müssen, wird - je nach Bundesland - ein erheblicher Anteil der Finanzierung über Betriebszuschüsse und Abgangsdeckungen abgewickelt. Dieses System führt zur Intransparenz in der Krankenanstaltenfinanzierung, bietet kaum Anreize für das Ausschöpfen von Effizienzpotentialen und hält das Management am Gängelband der Politik. Ohne nachhaltigen Anreiz zur Optimierung der Kostenstrukturen steht zu befürchten, dass bei begrenzten Spitalbudgets die Krankenanstalten nicht ihre wirtschaftliche Effizienz steigern, sondern ihre Leistungen reduzieren werden.

Der Weitmoser Kreis empfiehlt daher die Umgestaltung des LKF-Systems nach einer mehrjährigen Konvergenzphase zu einem echten Preissystem mit Fallpauschalen, über das die voll- und teilstationären Leistungen der Krankenanstalten zur Gänze finanziert werden.

2. Von der föderalen zur bundeseinheitlichen Finanzierung

Die Abwicklung der Finanzierung der öffentlichen Krankenanstalten erfolgt getrennt über neun Landesgesundheitsfonds und nach unterschiedlichen Regeln. Da die Kernbereiche der Landesfonds unterschiedlich dotiert sind, werden die gleichen Leistungen von Bundesland zu Bundesland auch unterschiedlich abgegolten.

Die einzelnen Landesfonds erhalten zwar nominell pauschale Beträge für die Behandlung von PatientInnen aus anderen Bundesländern, jedoch völlig unabhängig von den tatsächlichen Patientenströmen. Ein leistungsorientierter Finanzausgleich zwischen den Bundesländern erfolgt nicht. Auf Grund der inflationären Effekte durch die Deckelung der Landesfonds werden zusätzliche Leistungen für inländische „Gastpatienten“ nicht adäquat abgegolten. Dies behindert die medizinisch und volkswirtschaftlich sinnvolle Konzentration von komplexen und aufwändigen Leistungen in spezialisierten medizinischen Zentren, wie sie andererseits von der Gesundheitsplanung im Österreichischen Strukturplan Gesundheit gefordert wird.

Der Weitmoser Kreis empfiehlt daher im Sinne des Prinzips „Geld folgt Leistung“ eine bundeseinheitliche Finanzierung der Krankenanstalten durch einen Bundesgesundheitsfonds. Als Zwischenschritt und Minimalvariante sollte dies zumindest für hochspezialisierte Leistungen (den Referenzzentren vorbehaltene Leistungen laut ÖSG 2010) eingeführt werden.

3. Von der sektoralen zur sektorenübergreifenden Finanzierung

Die immer wieder ins Treffen geführte Krankenhauslastigkeit des österreichischen Gesundheitssystems – etwa gemessen an den Ausgaben für den stationären Versorgungsbereich, der Bettendichte und der Krankenhaushäufigkeit – ist nur zum Teil die Folge eines überdimensionierten Versorgungsangebotes. Der vorwiegend durch niedergelassene Ärzte abgedeckte extramural-ambulante Bereich ist sowohl in Hinblick auf die Verfügbarkeit als auch auf das Leistungsangebot nur beschränkt versorgungswirksam. Krankenhausambulanzen übernehmen – entgegen ihrem eigentlichen Versorgungsauftrag – nicht nur die Notfallversorgung und die poststationäre Nachsorge, sondern auch einen ständig steigenden Anteil an der ambulanten Basisversorgung.

Die getrennte Finanzierung des extra- und intramuralen Bereichs führt dazu, dass die Sozialversicherungsträger die ambulante Behandlung im (über gedeckelte Landesfonds finanzierten) krankenhauserambulanten Bereich forcieren. Die Krankenanstaltenträger wiederum sehen sich unter dem Eindruck negativer Deckungsbeiträge gezwungen, ihr ambulantes Leistungsangebot wo möglich zu reduzieren oder in den stationären Bereich zu verlagern.

Neben dieser Fehlsteuerung schafft das sektorale Finanzierungssystem auch Barrieren für sinnvolle Behandlungspfade über Sektorengrenzen hinweg. Besonders schlagend werden diese Strukturdefizite bei der Behandlung von Menschen mit chronischen Erkrankungen. Obwohl für diese Patientinnen und Patienten bis zu 80% der gesamten Gesundheitskosten aufgewendet werden, sind

die Ergebnisse im internationalen Vergleich – etwa gemessen an der Akuthospitalisierungsrate - suboptimal.

In einer gemeinsamen Betrachtung des gesamten Systems ist beabsichtigt, sektorenübergreifend auf Landesebene ein „virtuelles Budget“ festzulegen und eine bedarfsgerechte Mittelverteilung im Rahmen dieses virtuellen Budgets vorzunehmen. Es ist nicht abzustreiten, dass hier ein richtiger Ansatz gewählt wird. Eine konsequente Umsetzung der Finanzierung aus einer Hand ist damit aber wohl einem Minimalkonsens zum Opfer gefallen. Es darf nicht übersehen werden, dass mit diesem virtuellen Budget zwar eine Transparenz der Mittelverteilung erreicht wird (welche jedoch auch bisher unschwer herzustellen war), das grundlegende Problem der Intransparenz der Leistungen jedes Sektors (hauptsächlich der ambulanten Leistungen) damit aber in keiner Weise adressiert ist.

Der Weitmoser Kreis empfiehlt daher die sektorenübergreifende Planung und Finanzierung von ambulanten Leistungen.

4. Von der Output- zur Outcomeorientierung

Die Leistung von Krankenanstalten – wie im übrigen die Performance des gesamten Gesundheitssystems – wird noch immer überwiegend an Input-Parametern wie Betten, Personal, Großgeräte u.a. und Outputparametern wie stationäre und ambulante Frequenzen, erbrachte Leistungen und abgerechnete LKF-Punkte gemessen und nicht am Outcome – nämlich der tatsächlich erreichten Gesundheitsverbesserung für die Patientinnen und Patienten.

Outcomeorientierung bedingt eine kontinuierliche Messung der Behandlungsergebnisse, vor allem aber auch einen Vergleich mit anderen Fachabteilungen und Krankenanstalten der gleichen Versorgungsstufe. Die verwendeten Messinstrumente müssen valide, praktikabel und benchmarkfähig sein. Neben objektiven Parametern sollten auch subjektive patientenbezogene Parameter (patient related outcomes) und Prozessparameter erhoben werden.

Qualität kann nur sehr beschränkt verordnet und mit legislativen Mitteln durchgesetzt werden; sie entfaltet sich am besten da, wo sie als Wettbewerbsfaktor auftritt. Voraussetzung dafür ist zunächst, dass die Patientinnen und Patienten sich frei für eine Krankenanstalt entscheiden können und dass ein Mehr an Leistung für einen Anbieter auch finanziell attraktiv ist, dass die Krankenanstalten und Träger somit im Wettbewerb stehen. Zudem müssen Informationen über die Behandlungsqualität objektiv, verlässlich und frei zugänglich sein.

Die faktenbasierte Vorgabe von Zielen des Gesundheitssystems anhand von Registern, Qualitätsindikatoren (A-IQI) etc. ist grundsätzlich der richtige Weg. Die Entwicklung der dafür notwendigen Instrumente ist derzeit im Gange und ist trotz vieler methodischer Kritikpunkte und Schwächen grundsätzlich zu befürworten.

Der Weitmoser Kreis empfiehlt daher die rasche Entwicklung, Einführung und kontinuierliche Evaluierung eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems basierend auf den Prinzipien Patientinnen- und Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz. In ähnlicher Weise sollten die Performance des gesamten Gesundheitssystems sowie die Versorgungsqualität für bestimmte Patientengruppen kontinuierlich outcomebezogen evaluiert werden.

Über den Weitmoser Kreis

Wirksames Führen ist der wichtigste Erfolgsfaktor für moderne Gesundheitszentren und ein patientenorientiertes Gesundheitswesen. Die sich ändernden organisatorischen, rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen bringen gemeinsam mit den Veränderungen in der Arbeitswelt, in der Ausbildung und durch die zahlreichen Qualitätsinitiativen auf allen Ebenen neue Herausforderungen.

Daher vereinigten sich österreichische Führungskräfte in der Medizin zum Weitmoser Kreis: zur Förderung von Managementkompetenzen der Ärztinnen und Ärzten in Führungspositionen und zum Aufbau eines Netzwerks von Führungskräften, das die Entwicklungen des österreichischen Gesundheitssystems mitgestalten kann.

Der Weitmoser Kreis unterstützt dabei, die Rolle des Arztes in Führungsposition neu zu definieren und seine Wirksamkeit im System weiterzuentwickeln. Nicht Standespolitik, sondern die Entwicklung der Gesundheitsversorgung ist Aufgabe des Weitmoser Kreises.

Rückfragehinweis:

Sprecher des Weitmoser Kreises
Dr. Heinz Brock, MBA, MPH
Medizinischer Direktor AKH-Linz

4020 Linz, Krankenhausstraße 9
T: +43 (0)732 7806-1330
birgit.etzelsdorfer@akh.linz.at

www.weitmoser-kreis.at
www.medizin-management.at