



Machbarkeitsstudie
zum
RSG Steiermark (Revision 2011)
und
Presseunterlage der Gesundheitslandesrätin

im Auftrag
der Steirischen Ärztekammer



Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage

2. Methodik

- 2.1. Zielsetzung
- 2.2. Kostendämpfungspotenzial
- 2.3. Nutzenpotenzial
- 2.4. Datengrundlage
- 2.5. Organisation/Kooperation/Schnittstellen (Beispiele)
- 2.6. Personal/Aus- und Fortbildung
- 2.7. Medizinische Qualität

3. Prozess/Zeitplan

4. Rechtliche Rahmenbedingungen

5. Zusammenfassung



1. Ausgangslage

Die Steirische Ärztekammer hat am 24.3.2011 Hartinger-Consulting beauftragt, den RSG-Steiermark (Revision 2011) vom 15.3.2011 und der Presseunterlage „Yes, we care“ der steirischen Gesundheitslandesrätin Edlinger-Ploder hinsichtlich Plausibilität und Machbarkeit zu überprüfen.

2. Methodik

Ein Hauptkritikpunkt ist auf jeden Fall die fehlende Angabe der Methodik, die für die prä-sentierten Maßnahmen herangezogen wurde.

Am Beispiel Oberösterreich soll demgegenüber gezeigt werden, wie vorgegangen werden sollte:

In Oberösterreich wurde für die Spitalsreform als theoretische Grundlage auf die von der OECD (<http://www.oecd.org/dataoecd/29/21/2754804.pdf>) verfolgten Ansätze hinsichtlich der Evaluation, die auch die EU für alle Politikfelder verwendet, rekuriert.

Als Evaluationskriterien werden demzufolge die folgenden fünf Dimensionen gewählt:

- Relevanz
- Wirkung
- Effektivität
- Effizienz
- Nachhaltigkeit

Die Darstellung der Gedankenlogik erfolgt einzeln für jede Maßnahme in grafischer Form („Interventionslogik“) und in tabellarischer Aufbereitung („strategisches Formular“). In der Planung der Reformmaßnahmen wurde dabei stets von den Zielen der Spitalsreform (beabsichtigte Wirkungen) ausgegangen.

Die Interventionslogik aus Abbildung 1 gibt die grafische Darstellung anhand einer Wirkungskette wieder. Diese unterstützt die Schaffung eines Überblicks in Bezug auf die dargestellte Reformmaßnahme. Das Prinzip von „Ursache“ und „Wirkung“ der Intervention wird durch die Verbindungslinien hervorgehoben.

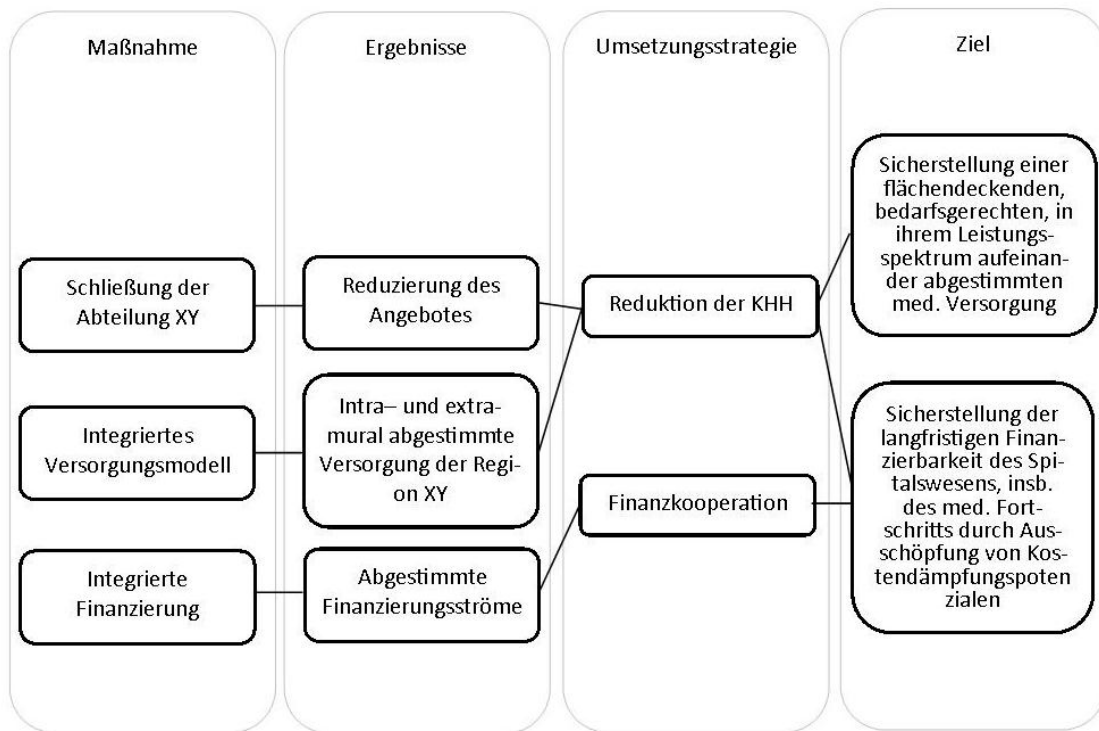


Abbildung 1: Wirkungskette

Relevante Zielsetzung der OÖ Kommission war die Beibehaltung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten, in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmten, hochwertigen medizinischen Versorgung der Bevölkerung.

Um das Erreichen dieser Ziele beurteilen zu können, ist die Messung der medizinischen Prozess- und Ergebnisqualität notwendig. Dies fehlt im vorgelegten steirischen Dokument zur Gänze.

Die Beeinflussbarkeit von Indikatoren einerseits, resultierende Anreize (Fehlanreize) sowie Erhebungsunsicherheiten und Dokumentationsaufwände andererseits waren die häufigsten Ausschlussgründe anderer Indikatoren im Bereich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Prämisse war, dass möglichst viele der zu erhebenden Kennzahlen aus bereits in den Krankenanstalten erhobenen Routinedaten abgeleitet werden sollen. Damit würde der zur Datenerhebung notwendige Aufwand minimiert. Abgestimmt mit diesbezüglichen Entwicklungen auf Bundesebene sollten – je nach konkreter Empfehlung der „Arbeitsgruppe med-EQM“ – Kennzahlen erhoben werden. Diese Kennzahlen wurden als Referenzkennzahlen für die Entwicklung der medizinischen Behandlungsqualität in Oberösterreich herangezogen. Sie konnten die wesentliche Entwicklung des oberösterreichischen Spitalswesens unabhängig und aussagekräftig abbilden.

Neben der Messung der medizinischen Prozess- und Ergebnisqualität sollte auch die Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Krankenversorgungssystem als Qualitätsindikator vor Beginn und nach der Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen gemessen werden. Die Ge-



samtzufriedenheit der oberösterreichischen Bevölkerung mit dem oberösterreichischen Gesundheitswesen sollte nach der erfolgreichen Umsetzung der Spitalsreformaßnahmen im Bereich des derzeit aktuellen Zufriedenheitsniveaus liegen. Ergibt sich aus künftigen Befragungen eine wesentliche und dauerhafte nachteilige Veränderung dieses Zufriedenheitsniveaus, ist seitens der „Abteilung Gesundheit“ eine entsprechend detaillierte Ursachenanalyse durchzuführen.

2.1. Zielsetzung

Die im steirischen Dokument formulierten Ziele sind nicht mehr als politische Bekenntnis ohne inhaltliche Präzisierung oder Ausformulierung und entbehren jeglicher Umsetzbarkeit, da allein schon die Finanzierungsströme und der fehlende Dialog mit den Systempartnern dagegen sprechen (Bsp.: Ordination im KH) und darüber hinaus die notwendigen rechtlichen Voraussetzungen nicht allein in Landeskompetenz liegen. Es fehlen Kennzahlen und ein Hinweis auf die mögliche Messbarkeit, da die Dokumentation im Ambulanzsektor nicht vorhanden ist (siehe Punkt 2.5.).

2.2. Kostendämpfungspotential

Einer der weiteren Kritikpunkte betrifft auch hier die ausbleibende Beschreibung der Methodik. Es sind weder die Reformbudgetdaten mit einem Reformpotential von € 86,7 Mio. für 2011 noch die von € 158,6 Mio. für 2012 nachvollziehbar. Ebenso fehlen die Finanzdaten für den medizinischen Fortschritt und ein Zeitplan für die/eine realistische Umsetzung. Darüber hinaus wird die Frage übergangen, welche Kostensteigerungen für Personal- und Sachkosten herangezogen wurden.

Zum Vergleich: in Oberösterreich wurde ein Kostendämpfungspotential von € 362 Mio. bis 2020 gegenüber den Hochrechnungen als realistisch gesehen, wobei die medizinische Entwicklung und die Inflation eingerechnet wurden.

Es werden 9% der Betten abgebaut (Stmk 10,5%, obwohl OÖ derzeit an Belagstagen um 10% und an vollstationären Aufnahmen um 20% über der Stmk liegen).

Enormes Defizit: Es wurde in der Stmk kein Benchmarking, weder international noch österreichweit noch versorgungsregionsweise durchgeführt (keine Patientenströme/-wanderungen). Daher ist die angestrebte Reduzierung nicht nachvollziehbar.

In Oberösterreich wurde die Umsetzung derart analysiert, dass insgesamt € 118 Mio. im medizinischen Bereich und nichtmedizinischen Bereich einzusparen sind (vgl. Pressekonferenz Linz 25.3.2011). Bis 2013 sind € 46,5 Mio. realistisch (davon € 27,7 Mio. im medizinischen Bereich, der Rest im nichtmedizinischen Bereich), bis 2016 weitere € 46,9 Mio. (davon € 26,7 Mio. im medizinischen Bereich) und bis 2020 € 24,6 Mio. (davon € 2,5 Mio. im medizinischen Bereich).

Es ist völlig unerklärlich, wie in der Steiermark bis 2011 doppelt so viel eingespart werden soll, wie in OÖ bis 2013!



Finanzielle Anreize zur Steuerung wurden ebenfalls nicht überlegt und diese sind auch zugebenermaßen schwierig.

Der **Nichtmedizinische Bereich** wird im steirischen Dokument insgesamt nicht näher kommentiert. Dass hier große Einsparungspotentiale zu heben sind, zeigt jedoch die Analyse in OÖ. Im IT-Bereich sind es insgesamt 13-15% und im FM-Bereich 8-11%.

Falls die Präsentation nur der **Budgetkosmetik** für die nächsten zwei Jahre dienen sollte, so entspricht sie damit jedoch nicht dem Ziel des RSG „... unter Berücksichtigung der Finanzierbarkeit des Systems“.

2.3. Nutzenpotenzial

Offen bleibt im steirischen Modell, wie die Optimierung der Spitalsleistungen unter bestmöglicher Ausnutzung von Synergien in allen Bereichen monetär bewertet wird.

Der Bericht befasst sich ausführlich mit funktionalen Definitionen von Organisationformen, analysiert aber nicht die Kosten bzw. den Nutzen. Des weiteren werden medizinische Gesamtversorgungsprozesse in keinster Weise berücksichtigt (z.B. onkologische Versorgung).

Es wird von Kooperationsmodellen und vorzuhaltenden Organisationsformen mit strukturellen und funktionellen Definitionen und Qualitätskriterien gesprochen (vgl. S. 9ff). **Eine Nutzenbewertung für die strukturellen Maßnahmen fehlt jedoch komplett – sowohl qualitativ, als auch monetär.**

Es wird zwar von einem einheitlichen Triage- und Transportsystem gesprochen (vgl. Presseunterlage), wie dieses allerdings aussehen soll, welche funktionalen Auswirkungen dies für das Rettungssystem und dessen Finanzierung hat, bleibt unanalysiert.

Modellprojekte für integrierte Versorgung am Beispiel Oberösterreich:

- Gesundheitszentrum Augen Wels (GHZ Wels): Im Rahmen eines Reformpoolprojektes wurde die Durchführung von Eingriffen an Augen im Rahmen des GHZ Wels am Standort des Klinikums Wels-Grieskirchen auf neue Beine gestellt. Niedergelassene Augenfachärzte wurden in die Durchführung der Eingriffe im Rahmen einer Ordinationsgemeinschaft eingebunden. Die Evaluierung ist im Gange.
- Organisationsmodell Pädiatrie Kirchdorf: Es wird vorgeschlagen, die Kassenvertragsstelle für Pädiatrie auf eine fachärztliche Gruppenordination mit erweiterten Öffnungszeiten und am Outcome orientierten Zielsetzungen (z.B. hinsichtlich Wartezeit auf einen Termin, Wartezeit in der Ordination usw.) zu übertragen. Dadurch können Doppelstrukturen in der ambulanten Versorgung vermieden und stationäre Aufnahmen und Bettenkapazitäten im Krankenhaus reduziert werden. Für die Konzeption dieses Pilotprojektes ist ein Einvernehmen zwischen den betroffenen Partnern Gespag, Ärztekammer und GKK herzustellen. Die Trägerschaft kann im Rahmen eines PPP-Modells oder sinnvollerweise von der Gruppenpraxis geführt werden. Durch geeignete trilaterale Vereinbarungen (Spital, Kasse, ÄK für die ng. Ärzte) wird sichergestellt, dass die Leistungsverlagerungen aus dem intra- in



den extramuralen Bereich insgesamt zu einer Kostendämpfung führen, von der alle Systempartner gleichermaßen profitieren.

- Shared services: Nutzung der Krankenhausinfrastruktur für den niedergelassenen Bereich und vice versa.
- Erfolgreiche Modelle zur optimierten Ressourcennutzung (z.B. MR-Untersuchungen, Kolonoskopie-Untersuchungen, Nutzung Physiotherapie-Ambulanz durch Physiotherapeuten), sollten weiter ausgebaut werden.
- Die Tätigkeit von Spitalsärzten in Ordinationen kann speziell an peripheren Standorten helfen, die Gesundheitsversorgung zu optimieren, Ressourcen durch Vermeidung von Doppelvorhaltungen gut auszulasten und die Tätigkeit für Fachärzte in diesen Regionen attraktiv zu gestalten.

Zu überlegen sind an dieser Stelle räumliche Vernetzungen von Allgemeinordinationen mit den Krankenanstalten. Die Allgemeinordination agiert vorgeschaltet und u.U. unabhängig vom operativen Krankenhausbetrieb und filtert den Zugang zur Ressource Krankenhaus – rund um die Uhr – außerhalb der Öffnungszeiten der extramuralen Ordinationen – auch für einzelne Fächer (z.B. Pädiatrie- Modell Bremen). Der Fokus auf Koordination des extra- und intramuralen Bereichs – Leistungsangebot (welches, wann, welche Qualität) mit abgestimmten Behandlungsplänen (z.B. im Sinne Disease-Management) – ist Voraussetzung.

Versorgung alter Menschen:

In der Steiermark wurde eine Studie zur Ermittlung des Ausmaßes an Fehlbelegungen in drei Abteilungen für Innere Medizin in Krankenanstalten durchgeführt. Diese Studie zeigte, dass rund 20% der stationären Behandlungen überhaupt nicht notwendig gewesen wären (primäre Fehlbelegungen); in rund 75% davon hätte die Behandlung ambulant oder durch einen niedergelassenen Arzt erfolgen können. Bei den Fällen, bei denen die Notwendigkeit der stationären Aufnahme als gegeben angesehen wurde, wurden noch einmal 20% der Behandlungstage als nicht notwendig angesehen (Hauptursache: ambulante oder teilstationäre Behandlung wäre angemessen gewesen; weitere Ursachen: Versorgung in Pflegeeinrichtung [tlw. Kurzzeitpflege] wäre angemessen; Warten auf Operationstermin bzw. auf diagnostische oder therapeutische Maßnahmen). Ursachen für die verzögerte Entlassung bzw. Verlegung liegen überwiegend im Bereich der Verantwortung des Arztes bzw. des Krankenhauses (tlw. wegen mangelnder Organisation der weiteren Versorgung); vergleichsweise selten gab es eine externe Verantwortung (z.B. kein Pflegeplatz verfügbar).

- Mögliche Lösungsansätze und Empfehlungen:
 - Ausbau mobiler Pflege und Betreuung
 - Verbesserung des Entlassungsmanagements (Nahtstellenmanagement zwischen Krankenhäusern und mobiler Pflege und Betreuung)
 - Systematischer Einsatz der Sozialberatung (inkl. Überprüfung/Erweiterung von Öffnungszeiten, Personalstruktur und Leistungspalette)
 - Ausbau der systematischen Überleitungspflege seitens der Krankenhäuser
 - Einrichtung einer gemeinsamen Koordinationsstelle für alle ambulanten Anbieter



- Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen (APH) zur Entlastung der Krankenhäuser:
- Einsetzung eines ärztlichen Koordinators für jedes APH, u.a. zur Optimierung der Schnittstelle zwischen ärztlicher Versorgung durch Hausärzte und Pflege, zur Koordination des ökonomischen Arzneimitelesinsatzes, zur Verbesserung des Visitenmanagements und zur Sicherung des geriatrischen Know-hows
- Vorhaltung einer adäquaten apparativen Ausstattung in den APH zur Ermöglichung der Durchführung einfacher medizinischer Untersuchungen sowie einer Unterstützung bei der Wundversorgung vor Ort
- Einführung von gemeinsamen Mindeststandards für geriatrische Assessments in APH
- Verbesserung der fachärztlichen Betreuung in APH (Fachrichtungen lt. APHProjekt) in Form einer Berufung durch bzw. in Abstimmung mit den im Heim tätigen Allgemeinmediziner aus einem zur Verfügung stehenden Fachärztee pool (je nach Verfügbarkeit z.B. Vertragsärzte, Wahlärzte, Spitalsärzte)
- Schaffung von Kurzzeit-Pflegeplätzen zur Überbrückung kurzzeitiger Unterbrechungen in der häuslichen Pflege

Erforderliche Maßnahmen zur Umsetzung:

- **Gemeinsame Zielsetzungen aller Stakeholder**
- **Einheitliches Finanzierungssystem für alle Sektoren des Gesundheitsbereichs**
- **Abklärung rechtlicher Rahmenbedingungen**
- **Erweiterungen der Modelle einer integrierten Versorgung**

2.4. Datengrundlage

Es fehlen jegliche Transparenz und Quellenangaben der Datengrundlagen, dies gilt sowohl für die medizinischen, als auch ökonomischen Auswirkungen.

„Das Ziel des RSG ist es, diesen Veränderungen unter Berücksichtigung der Finanzierbarkeit des Systems, mit einer adäquaten Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen zu begegnen“ (vgl. Presseunterlage).

Die Herausforderungen durch den demographischen Wandel (niedriges Geburtenniveau und steigende Lebenserwartung, Veränderung der Haushalts- und Familienformen, Zuwanderung aus dem Ausland usw.) sind nicht erkennbar bewertet.

„Entwicklungen in der Medizin, die strukturelle Implikationen nach sich ziehen, werden kalkulatorisch und in der strukturellen Neuausrichtung verstärkt berücksichtigt“ (vgl. S. 8).

Wie wurde aber der medizinische Fortschritt (damit verbundene Kostensteigerung) bewertet? International sind 1,5% pro Jahr üblich. Oberösterreich hat 1% angenommen.

2.5. Organisation/Kooperation/Schnittstellen

Eine trägerübergreifende Kooperation wird nur langfristig angestrebt (vgl. UKHs S. 15). „Zusätzlich soll eine noch intensive Abstimmung mit den Ordenskrankenhäusern im Groß-



raum Graz erfolgen“ (vgl. Presseunterlage; Hervorhebung B.H-K.). D.h., strukturelle Maßnahmen werden nur in den KHs der Steiermärkischen Krankenanstalten GmbH getroffen.

Die Planung des niedergelassenen Bereiches bzw. die Einbeziehung wird lediglich im Bereich zukünftiger ambulanter Versorgungsstrukturen erwähnt, dabei wird aber nicht in Spitalambulanzen und niedergelassenen Bereich unterschieden (vgl. S. 15 und Tabellen: graue Hinterlegung Ambulanz).

Die Finanzierung des intramuralen Bereiches und des niedergelassenen Bereiches erfolgt nach weitgehend unterschiedlichen Finanzströmen. Der zwischen dem stationären und dem niedergelassenen Bereich angesiedelte spitalsambulante Bereich wurde bisher von den Planungen kaum erfasst und es gibt auch keine adäquate, an der Versorgungswirkung orientierte Ambulanzfinanzierung. Gerade hier gäbe es jedoch einen erheblichen Verbesserungsbedarf im Bereich einer integrierten, an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichteten und gleichzeitig gesundheitsökonomisch zweckmäßigen Patientenversorgung.

Auf der Ebene der Bundesgesundheitskommission wird gegenwärtig an der Umsetzung einer gemeinsamen Dokumentation des intra- und extramuralen Bereichs gearbeitet. Der Katalog ambulanter Leistungen sollte eine adäquate Datenbasis erbringen, der die integrierte bzw. abgestimmte Planung, Steuerung und Finanzierung allererst transparent und damit klare Aussagen macht, an welcher Stelle welche Leistung effektiver ist. Der Bundesrechnungshof hat das erst kürzlich in seinem Bericht „Finanzierung von Kosten und Leistungen in Spitalambulanzen und Ordinationen“ 2011/3 festgehalten, wobei er die Möglichkeiten der Länder zu Spitalsentlastungen größer sieht, als jene der Sozialversicherungen (vgl. S. 237).

Die Umwandlung von Vollabteilungen in reduzierte Organisationsformen wird nicht auf Basis einer medizinischen Sinnhaftigkeit und vor allem nicht im Blick auf die jeweilige **Betriebsgröße** analysiert.

Was ist innerhalb der derzeitigen KH-Finanzierung möglich:

- es muss die Finanzierung ambulanter Leistungen zu Lasten des stationären Finanzierungstopfes ausgebaut werden (bei gleichzeitiger Reduzierung der stationären Strukturen).
- Voraussetzung dafür ist eine leistungsbezogene Finanzierung der Ambulanzleistungen, an dem der Bund arbeitet und frühestens 2012 fertiggestellt ist.

Schlussfolgerung: Über die möglichen finanziellen Anreize für „ambulant vor stationär“ wird nichts erwähnt. Eine kurzfristige Umsetzung ist damit unmöglich!

Pilotprojekte, wie etwa eine Übertragung der Kassenvertragsstellen in Gesundheitszentren unter Einbeziehung der fachärztlichen Gruppenordinationen mit erweiterten Öffnungszeiten, um Doppelstrukturen in der ambulanten Versorgung zu vermeiden und stationäre Aufnahmen und Bettenkapazitäten damit abzubauen, sind nur im Einvernehmen zwischen den betroffenen Partnern Kages, Ärztekammer und GKK möglich. Alle Systempartner müssten gleichermaßen profitieren.

Aus Sicht der Kostendämpfung könnten folgende 9 Themen (-Projekte) als prioritär gesehen werden (vgl. Spitalsreform Oberösterreich):



1. Tagesklinik

- Ausbau tagesklinischer Leistungsangebote bei gleichzeitiger Rücknahme stationärer Kapazitäten
- Analyse und Weiterentwicklung der Aufgabenbereiche zwischen den Personalgruppen
- Weiterentwicklung der Betriebsorganisation in Richtung Prozessorientierung und Effizienzsteigerung
- Konzeption eines Verfahrens bei der Einführung neuer Technologien

Mit den organisatorischen Maßnahmen sollen die Ziele zur Erreichung einer Kostendämpfung wirksam unterstützt und ermöglicht werden. Zentraler Gestaltungsgrundsatz dabei ist die Ermöglichung aufeinander abgestimmter und abgestufter Versorgungsstrukturen im medizinisch-pflegerischen Kernbereich. Ausbau tagesklinischer und ambulanter Bereiche zur Entlastung der vollstationären Bereiche.

In der Vergangenheit wurden wesentliche Impulse und Anreize geschaffen, eine Substitution vollstationärer durch tagesklinische oder ambulante Leistungen zu erreichen.

- Anreize über das LKF-System im bundesweit einheitlichen Kernbereich (Erhöhung Fallpauschale)
- Anreize zur Reduktion der 0-Tagesfälle
- Anreize für die Sonderklasse durch pauschalisierte Anstaltsgebühr und Adaption der Ärztehonore
- Berücksichtigung der Tagesklinik bei baulichen Maßnahmen

Mögliche Gründe für die unzureichende Forcierung sind:

- Organisatorische Veränderungen werden nur langsam umgesetzt
- Bettenkapazitäten sind vorhanden
- Tagesklinik setzt straffe Abläufe und geeignete baulich-funktionelle Lösungen voraus
- Betriebsabgang wird nach Pflagetagen finanziert
- Datengrundlagen

In OÖ sind 84.939 Aufnahmen von TK-MELs im Jahr dokumentiert. Davon sind 15.939 0-Tages-Fälle (18,93%). Eine Forcierung tagesklinischer Leistungen ist notwendig. Orientiert man sich pro tagesklinisch erbringbarer Leistungsart (gemäß Katalog tagesklinisch erbringbaren Leistungen des BMG) jeweils an der oberösterreichischen Krankenanstalt mit dem höchsten tagesklinischen Anteil, ermittelt sich unter den gesetzten Annahmen ein ansprechbares Potenzial von 28.000 zusätzlichen Tagesklinikfällen. In der Stmk. wurden dazu keine bekannten Analysen gemacht. Aus dem Gesichtspunkt der Kostendämpfung sind unter Einbezug von ausländischen Referenzmodellen weitere Potenziale durch Forcierung tagesklinischer Leistungen möglich.

Die Kostendämpfung ergibt sich primär aus den Auswirkungen auf den Pflegepersonalbedarf durch Wegfall anteiliger Personalbindungen, durch den vollstationären 24-Stunden-Dienst sowie zu einem geringeren Ausmaß durch die Reduktion flächenbezogener Kosten (Flächenrichtwert je tagesklinischer Platz ist niedriger als Flächenrichtwert je Bett).

Potenzialermittlung für die Reduktion an Belagtagen und zur Kostendämpfung



Weiterführende Berechnungen zur Potenzialabschätzung beziehen insgesamt drei Betrachtungsebenen ein:

- Verlagerungspotenziale durch Optimierung innerhalb des Krankenhauses mit dem Effekt einer Substitution vollstationärer durch tagesklinische Leistungen
- Verlagerungspotenziale durch Optimierung unter Einbezug des Nahtstellenmanagements zum extramuralen Bereich
- Verlagerungspotenziale von 0-Tagesfällen in den ambulanten Bereich bzw. Entlastungspotenzial durch Belagstageverkürzungen von stationären Aufenthalten mit „typischen“ 0-Tages LDF (mehr als 50 0-Tagesfälle)

Die Modellrechnungen zur Abschätzung der entsprechenden Entlastungspotenziale zeigen Verschiebungspotenziale in Oberösterreich bis zu 180.000 Belagstagen (von insgesamt 2,5 Mio. Belagstagen) auf.

- Begleitende Maßnahmen:
Für die Steigerung des tagesklinischen und ambulanten Leistungsanteils bedarf es begleitender organisatorischer Maßnahmen und einer weiteren Forcierung finanzieller Anreize.

Die Planung in der steirischen Revision ist vor allem fachlich, methodisch und regional nicht nachvollziehbar. Wie oben beschrieben ist man in Oberösterreich von den TK-MELs und dem Katalog tagesklinisch erbringbaren Leistungen des BMG ausgegangen.

Beispielhaft sind zu nennen:

- Bei größeren Krankenhäusern eigene OP-Einheit mit rascher Ein- und Ausschleusmöglichkeit und reduzierten Hygienestandards
- Ggf. eigener Aufwachraum mit Sitz- und Liegeplätzen und anästhesiologischer Überwachung
- Anästhesie-Ambulanz bzw. präoperative Ambulanz für die präoperative Abklärung
- Geeignete OP-Planungstools
- Klare Prozesse/Abläufe für das Personal, die Patienten und die Logistik
- Weitere Differenzierung des LKF-Finanzierungssystems in Richtung Leistungsorientierung, Tarifgestaltung mit Anreizen für Finanzierungsträger (z.B. Privatkrankenkassen) und Krankenhaus (LKF-Bepunktung)
- Vergleichbare Abrechnungsmöglichkeit im ambulanten Bereich, um fehlsteuernde finanzielle Anreize zu vermeiden.

2. Interdisziplinäre Aufnahmestation

Kurzbeschreibung:

Die Trennung der Patientenströme in geplante und ungeplante Patienten ist eine wesentliche betriebsorganisatorische Maßnahme zur Optimierung der Prozesse. Moderne Kliniken verfügen über interdisziplinäre Akutaufnahmen und angeschlossene interdisziplinäre Aufnahmestationen. Letztere können wesentliche Funktionen im Anschluss an die Akutaufnahme übernehmen:



Filterfunktion:

D.h. Beobachtung des Patienten bis max. 24 Stunden bei unklarer stationärer Aufnahmeindikation, dadurch sollen „unnötige“ stationäre Aufnahmen vermieden und eine bessere Planbarkeit der Patienten für die Normalpflegestationen erreicht werden.

Pufferfunktion:

Abwicklung von akuten Nachtaufnahmen über die interdisziplinäre Aufnahmestation, dadurch Konzentration des Akutgeschehens in einer Betriebsstelle und Reduktion der Belastung durch Nachtaufnahmen auf den Stationen.

Mögliche Einsparpotenziale und Vor- und Nachteile:

Vorteile:

- Verringerung von Aufnahmen
- Zentraler Anlaufpunkt für Patienten und Zulieferer
- Entlastung der Stationen durch Vorabklärung der Patienten in einer zentralen Aufnahmeeinheit
- Reduktion von Irrwegen von Patienten
- Erkennbare Ansprechpartner für Patienten und Zulieferer
- Fehlbelegungen können vermindert werden
- Zu diskutieren ist die Reduktion von Ressourcenerfordernissen (Betten, Pflege ...)
- Reduktion des stationären Arbeitsaufkommens außerhalb der Kernarbeitszeit

Nachteile:

- Organisation in kleineren Krankenhäusern (oft ohne/geringe Effekte)
- Bauliche Erfordernisse
- Gefahr der Durchlaufstation

Rahmenbedingungen, die geändert werden müssen:

Ambulanzfinanzierung und adäquate Abrechnungsmöglichkeit von Kurzaufenthalten mit hohem diagnostischem Aufwand.

Referenzbeleg: Im Auftrag der niederösterreichischen Gesundheitsplattform wurde eine Evaluierung der interdisziplinären Aufnahmestation (IAS) am Krankenhaus Horn in Niederösterreich vorgenommen. Gemäß Evaluierungsbericht sind folgende Ergebnisse festzuhalten:

- Deutliche Reduktion der Belagstage und der stationären Aufnahmen mit Einsparungen zwischen 0,9 und 1,4 Mio. € pro Jahr am Beispiel des Krankenhauses Horn
- Keine signifikanten Nachfrageverschiebungen bei den benachbarten extramuralen Leistungsanbietern
- Hohe Patientenzufriedenheit und auch Mitarbeiterzufriedenheit

Auswirkungen auf Qualität:

Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit kann eine qualitativ entsprechende Leistungserbringung erwartet werden.

Erforderliche Maßnahmen zur Umsetzung:

sind nach Maßgabe der baulich-funktionellen Gegebenheiten hausspezifisch zu setzen.



3. Modulare Organisation der Pflege, interdisziplinäres Bettenmanagement, bedarfsorientierte Stationskonzepte

Kurzbeschreibung:

Modulare Organisationsmodelle für die Pflege beziehen sich auf die Schaffung von Stationskonzepten, die im Hinblick auf die personelle und räumliche Ausstattung eine weitgehende Deckung zwischen Pflegeanforderungen (z.B. ausgedrückt durch die Pflegeintensität) und strukturellen Gegebenheiten ermöglichen sollen.

So sieht das sog. „Progressive Care Concept“ abgestufte Modultypen wie folgt vor:

- Tagesklinische Einheiten (operativ, konservativ)
- Low care-Stationen (niedrige Pflegeintensität)
- Regular care-Stationen (mittlere Pflegeintensität)
- Intermediate care-Stationen (mittlere bis hohe Pflegeintensität)
- Intensive care-Stationen (Intensivbehandlung und Pflege, differenziert nach Stufen)

Als Sonderformen sind Wochenstationen bzw. Kurzzeitstationen mit Betriebszeiten von Montag bis Freitag zu sehen. Diese Stationen können sowohl fachspezifisch als auch interdisziplinär geführt werden und stellen im Wesentlichen auf wenig pflegeintensive Patienten (PPR: A1–A2) ab.

Mögliche Kosteneinsparungen, Vor- und Nachteile:

- Personelle Einsparung durch modulgerechte Personalausstattung, Möglichkeit des Einsatzes von „Etagenpersonal“ für low care-Stationen mit niedrigeren Personalkosten als diplomiertes Pflegepersonal
- Reduktion von Wochenenddiensten (bei Kurzzeit- und Wochenstationen)
- Entlastung der Sekundärbereiche am Wochenende (Küche, Reinigung, Transport)
- Nachteile sind bei modularen Konzepten höhere Verlegungen zwischen den Modulen und bei Wochenstationen fallweise erforderliche Verlegungen auf die Normalpflegestationen
- Ein konsequentes modulares Pflegekonzept setzt zudem eine effiziente Visitenorganisation voraus

Auswirkungen auf Qualität:

- Bei interdisziplinärer Belegung ergeben sich hohe Anforderungen an das Personal, die entsprechende Aus- und Fortbildungsprogramme voraussetzen
- Im ärztlich-medizinischen Bereich ist eine straffe Visitenorganisation erforderlich.

Erforderliche Maßnahmen zur Umsetzung:

- Sind nach Maßgabe der baulich-funktionellen Gegebenheiten (bestehendes Stationsraster, Verkehrswege, etc.) hausspezifisch zu setzen
- Für Neu- und Zubauten ist ein hohes Maß an Mikro- und Makroflexibilität zu fordern, um Bedarfsverschiebungen im laufenden Betrieb leichter umsetzen zu können



4. Umwandlung von Akutbetten in „Übergangspflegebetten“

Kurzbeschreibung:

Einrichtung einer eigenen Einheit mit dem Ziel der Stabilisierung des Gesundheitszustandes des Patienten und der Stabilisierung des Pflege- und Betreuungsnetzwerkes; reduzierte Personalanzahl und -qualifikation gegenüber einer Normalstation (ca. 0,6 VZÄ pro Bett für Pflege und Betreuung; hoher Anteil an Sozialarbeitern; einmal täglich ärztliche Visite durch diensthabenden Facharzt).

Eine Alternative dazu ist die Umwandlung von Akutbetten in den KH-Typ des „Genesungsheimes“, der ähnliche Effekte wie die Übergangspflege bringen kann.

Kosteneinsparungen:

Reduzierter Personalaufwand; geringere Wiederaufnahmeraten („Drehtüreffekt“); reduzierte Belagstage auf der Akutstation; Mitfinanzierung durch Sozialversicherung (wegen Einsparungen im niedergelassenen Bereich durch Reduzierung von Visiten, Medikamenten, einfachen Laboruntersuchungen, Pflegehilfsmitteln und Heilbehelfen) und aus dem Sozialbudget (wegen späterer Übersiedlung ins Pflegeheim bzw. in einem verbesserten Gesundheitszustand sowie Reduzierung von mobilen Pflege und Betreuungsstunden).

Auswirkungen auf die Qualität:

Die Qualität bzw. Nachhaltigkeit des Erfolgs der Behandlung im Akutkrankenhaus sollte durch die Umsetzung des Vorschlags (institutionalisierte Stabilisierung [siehe oben]) verbessert werden können; die Bettenkapazitäten auf der Akutstation können besser geplant werden (zusätzlicher Kostendämpfungseffekt).

Erforderliche Maßnahmen zur Umsetzung:

Vereinbarung eines Kostenaufteilungsschlüssels zwischen den Kostenträgern, Festlegung von Strukturqualitätskriterien (ÖSG), Schaffung eigener baulicher Einheiten (KA-Träger)

5. Verbesserte rechtliche Verankerung der Möglichkeit zur Einrichtung von alternativen stationären Versorgungsformen:

Kurzbeschreibung:

Erleichterung der Einrichtung hausübergreifender Abteilungen, von räumlich dislozierten Satellitendepartements (derzeit nur für Unfallchirurgie vorgesehen), dislozierten Wochenkliniken und dislozierten Tageskliniken, vor allem in Standardkrankenanstalten; Vorsehen einer gemeinsamen fachärztlichen Leitung in der Versorgungsregion.

Kostenauswirkungen:

Einsparung von Vollabteilungen und Vorhaltekosten; Einsparung von infrastrukturellen Parallelstrukturen; Einsparen von Nachtdiensten an geeigneten Standorten (dadurch auch Reduzierung des Bedarfs an Fachärzten).

Auswirkungen auf die Qualität:

Verbesserte Leistungsabstimmung zwischen Vollabteilung und dislozierten Einheiten durch gemeinsame Leitung.



Dies ist jedoch regional aufgrund der geographischen Entfernungen genau zu evaluieren, ob durch ein hausübergreifende Abteilung nicht ein Führungsvakuum entstehen kann. Erfahrungen in Deutschland sind je nach Fachgebiet und Entfernung nicht immer positiv.

6. Standardisierung/klinische Pfade

Kurzbeschreibung:

Durch die Etablierung qualitätsgesicherter klinischer Pfade für häufige bzw. teure Leistungen auf der Grundlage des PDCA-Zyklus sollen folgende Ziele erreicht werden:

- Sicherstellung einer einheitlichen, hohen Qualität/Reduzierung von Komplikationsraten
- Einsparungen durch Vermeidung unnötiger Mehrfachuntersuchungen
- Standards beziehen sich auf Behandlungsziele, die eingesetzte Diagnostik und Therapien und auf die Aufenthaltsdauer (Entwicklung in Richtung Tagesklinik)
- Die Einhaltung der klinischen Pfade soll durch Festlegung von Benchmarks, Peer-Review-Maßnahmen und Anreizsysteme sichergestellt werden

Kosteneinsparungen:

Eine Quantifizierung der Kosteneinsparungen ist erst im Zuge der Diskussion und Erstellung der konkreten klinischen Pfade möglich; die Höhe der Einsparungen je Krankenhaus hängt auch von der bisher jeweils üblichen Vorgangsweise ab. Die Förderung der tagesklinischen Behandlung bzw. von Kurzeintaufenthalten (Vermeidung unnötig langer Bettenbelegungen) wird durch die Einführung von klinischen Pfaden unterstützt. Klinische Pfade bergen auch die Gefahr einer Überversorgung (und damit einer nicht notwendigen Kostenerhöhung bei der Behandlung einfacher Fälle) in sich; dieser Bedrohung ist bei der Erstellung der klinischen Pfade entgegen zu wirken.

Auswirkungen auf die Qualität:

Derzeit ist die Therapie (und damit auch der Therapieerfolg) in hohem Maß abhängig von der individuellen Einschätzung und Erfahrung des behandelnden Arztes. Durch eine stärkere Standardisierung kann auch ein einheitlicheres Qualitätsniveau erzielt werden.

7. OP-Management

Kurzbeschreibung:

- Verbesserung der Koordination von präoperativer Diagnostik und Therapie sowie des OP-Managements
- Standardisierung der präoperativen Diagnostik und der Festlegung der Zuständigkeiten (inkl. Leistungszuordnung und präoperative Kooperation zwischen niedergelassenem Bereich und Krankenhäusern)
- Festlegung und Umsetzung von Standards im Bereich der präoperativen Therapie (z.B. Management des Blutdrucks oder der Lungenfunktion, Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten)
- Koordination des präoperativen Managements im Rahmen einer strukturierten Präanästhesie-Ambulanz (inkl. Patientenaufklärung betreffend Anästhesie)
- Sicherstellung einer strukturierten operativen Ambulanz (inkl. Patientenaufklärung und Seitenmarkierung)

- Ausarbeitung und Einhaltung entsprechender OP-Checklisten mit entsprechenden Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten

Auswirkungen auf die Qualität:

- Eine bessere Koordination und Planung im Bereich des präoperativen Managements und der OP-Planung dient der Qualitätssicherung durch besser abgestimmte Abläufe
- Die Vermeidung von vermeidbaren Stressfaktoren und der Einsatz von Checklisten helfen, die Fehleranfälligkeit in diesem komplexen Bereich zu reduzieren

Bisherige Hindernisse für die Umsetzung:

Bisher gab es keine Ansätze zur sektoren- und häuserübergreifenden verbindlichen Festlegung von Zuständigkeiten und Abläufen. Einige Maßnahmen können nur auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses geplant und umgesetzt werden (z.B. Einführung von OP-Statuten und strukturiertem OP-Management); hier gibt es teilweise bereits erfolgreiche Ansätze.

8. Triagierung, Gatekeeping

Kurzbeschreibung:

Die Spitalsambulanzen werden insbesondere außerhalb der Öffnungszeiten der niedergelassenen Ordinationen stark frequentiert. Durch den Ausbau verbesserter Angebote (z.B. hinsichtlich Öffnungszeiten, Notfalldienste, z.B. im Rahmen von Gruppenpraxen, Ärztezentren, etc.) wäre eine Entlastung der Krankenhäuser möglich.

Die Rolle des Gatekeepers kommt dabei insbesondere dem praktischen Arzt zu, mögliche Modelle sind auch dem Krankenhaus vorgeschaltete Ordinationen, um eine bessere Steuerung der Patienten nach dem Subsidiaritätsprinzip zu erreichen. Einer wohnortnahen Versorgung ist in jedem Fall der Vorzug zu geben. Für ländliche Regionen ist nicht zuletzt infolge des erwarteten Fachärztemangels eine starke Verschränkung zwischen dem spitalsambulanten und dem niedergelassenen Bereich insb. in Gruppenpraxen zu empfehlen.

Mögliche Maßnahmen und Voraussetzungen:

- Neuregelung der Finanzierung der Spitalsambulanzen (Druck zur Aufnahme ist geringer)
- Regionale Abstimmung, welche ambulante Leistungen der niedergelassene Bereich und welche die Krankenanstalten wahrzunehmen haben. Bei passender Finanzierung sollte diese Leistung durch den kostengünstigeren Bereich erfolgen (Probleme der unterschiedlichen Qualitätsdefinition und Leistungsdefinition)
- Triage durch gut ausgebildete Allgemeinmedizinerinnen, die der definierte Ansprechpartner für die Gesundheitsprobleme der Bevölkerung sind
- Anmerkung: Eine Problemstellung liegt darin, dass die Bevölkerung beliebig jede Ebene des Gesundheitssystems aufsuchen kann. Lösungsansätze wie Selbstbehalte, Managed Care-Modelle sind in Hinblick auf den Steuerungseffekt, die soziale Verträglichkeit und die Umsetzbarkeit zu diskutieren
- Räumliche Vernetzung einer Allgemeinordination mit den Krankenanstalten, die Allgemeinordination agiert vorgeschaltet und u.U. unabhängig vom operativen Krankenhausbetrieb und filtert den Zugang zur Ressource Krankenhaus
- rund um die Uhr
- außerhalb der Öffnungszeiten der extramuralen Ordinationen



- auch für einzelne Fächer zu überlegen (z.B. Pädiatrie-Modell Bremen)
- Fokus auf Koordination des extra- und intramuralen Bereichs
- Leistungsangebot (welches, wann, welche Qualität)
- abgestimmte Behandlungspläne (z.B. im Sinne Disease-Management)
- Finanzierung

Erwartete Kostendämpfungseffekte:

- Reduktion der ambulanten Krankenhausfrequenzen
- Bessere Ressourcennutzung durch gemeinsame Planung spitalsambulanter und niedergelassener Bereiche
- Gemeinsame Nachdienstorganisation

9. Prozess für die Neueinführung medizinischer Methoden

Der Prozess der Neueinführung medizinischer Methoden (bzw. von Medizinprodukten oder Geräten) in den Krankenanstalten erfolgt ganz unterschiedlich. Dadurch werden zum Teil – außerhalb von klinischen Studien – Verfahren eingeführt, deren Effektivität für die Patienten nicht ausreichend nachgewiesen ist bzw. bei deren Einführung der betriebswirtschaftliche Nutzen für die Krankenanstalt eine überproportionale Rolle spielt.

Im Krankenanstaltengesetz ist die Neueinführung medizinischer Methoden nur oberflächlich geregelt. Der Neueinführung solcher Methoden, Medizinprodukte oder Geräte kann damit nicht effektiv reguliert und gesteuert werden. Sinnvoll wäre eine Arbeitsgruppe der Krankenanstaltenträger, der Abteilung Gesundheit und der Ärztekammer ähnlich wie bei der Erarbeitung des „Weißbuches Dokumentation“ Kriterien festlegen, nach denen solche Entscheidungen zu treffen sind und die grundsätzlichen Schritte des Prozesses, die bei der Neueinführung einzuhalten sind, erarbeiten. Danach soll die Einhaltung dieses Prozesses zwischen der Abteilung Gesundheit (bzw. dem Gesundheitsfonds) und den Krankenanstaltenträgern vereinbart werden. Die Einhaltung könnte z.B. im Rahmen der sanitären Aufsicht und im Rahmen der Wirtschaftsaufsicht stichprobenweise überprüft werden.

Ein Kostendämpfungseffekt ist zu erwarten, weil fast nur mehr „ausgereifte“ medizinische Verfahren in größerem Stil in den Krankenanstalten eingeführt würden und durch die Anwendung der Verfahren größerer Nutzen für Patienten entstehen würde.

Folgende Empfehlungen können abgeleitet werden:

- Anzustreben sind klare und sanktionierbare Vorgaben des Landes hinsichtlich der Leistungszuordnung bzw. Definition der Versorgungsaufträge je KH-Standort (Wahrnehmung der Regulierungskompetenz)
- Kooperationsmodelle können für eine bessere Leistungsabstimmung geeignet sein, bedürfen jedoch eines entsprechenden Maßes an Verbindlichkeit und setzen eine Win-Win-Situation für die kooperierenden Partner voraus

Schlussfolgerung für die Steiermark: Da derzeit keinerlei Dialog mit den Systempartnern geführt wurde, ist an eine rasche Umsetzung aller neun Themen am Beispiel Oberösterreich nicht zu denken.



2.6. Personal/Aus- und Fortbildung

Ein besonders wesentlicher Punkt, der in keinster Weise erwähnt wurde, ist die **Sicherung der ärztlichen Ausbildung**, die letztendlich zur Wahrung der ärztlichen Qualität dient (notwendige Konzepte für entsprechende **Ausbildungs- und Facharztrotationsmodelle** fehlen).

Unerwähnt bleibt, wie die dienst- und arbeitsrechtliche Position für die betroffenen Mitarbeiter gewahrt bleiben soll.

2.7. Medizinische Qualität

Inwieweit **Mindestfallzahlen als Qualitätskriterien** herangezogen wurden, ist in der steirischen Analyse nicht ersichtlich.

Gesamtversorgungmaßnahmen, wie eine Verstärkung der Gefäßchirurgie durch die steigenden demographischen Zahlen oder eine Reduzierung der interventionellen Kardiologie aufgrund der Guidelines der Kardiologischen Gesellschaft von 19.8.2010, fehlen gänzlich.

Die notwendigen abgestuften Versorgungsstrukturen werden kaum erwähnt. Es wird zu sehr die **funktionale Organisation gegenüber der prozessualen beschrieben!** Im Bereich der Onkologie, Labor, Radiologie, Pathologie, Mikrobiologie und Nuklearmedizin, sowie Psychiatrie fehlen die gesamtheitlichen Versorgungskonzepte.

Ein Beispiel ist der Bereich Augenheilkunde, wo zusätzliche Versorgungskapazitäten tagesklinisch vorgehalten werden. Wie soll jedoch dessen Finanzierung aussehen? Die Katarakt-OPs sind zwar ambulant medizinisch qualitativ durchzuführen, es gibt jedoch für die Krankenanstalten keinen Anreiz, da keine Punkte hierfür existieren und der niedergelassene Bereich will die Finanzierung nicht übernehmen (siehe Lucentis).

Die **gemeinsame Nutzung und Steuerung von medizinischen Supportbereichen** (Radiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Labormedizin, Mikrobiologie, Anästhesie) wird nicht angedacht.

Ein Ausbau von Disease-Management-Programmen (gerade diese Programme vermeiden einen Anstieg der Krankenhaushäufigkeit) wäre vonnöten. In Deutschland lagen die Kosten pro Versicherten und Jahr mit DMP-Programm um 8% niedriger, als jene ohne.

Die Zeit für die Bewusstmachung der Versorgungswirksamkeit des niedergelassenen Bereiches (Hinterfragung der Krankenhausbedürftigkeit) ist nicht berücksichtigt.

Ansätze zum Telemonitoring als Qualitätsinstrument zur Reduzierung der Hospitalisierungsrate (in Deutschland zeigen solche Maßnahmen gerade bei Herzinsuffizienz- und Diabetespatienten erhebliche Kostenvorteile) sind auch nicht angedacht.

Schlussfolgerung: Es werden in der steirischen Analyse keine internationalen Studien zur Senkung der Hospitalisierungsrate herangezogen.

3. Prozess/Zeitplan

Der vorgelegte Prozessablauf, nämlich ein dürftiges, theoretisches Papier, den Betroffenen vorzulegen, ohne bereits zuvor in einen unumgänglichen Dialog einzutreten, verunmöglicht eine Umsetzbarkeit und Identifikation der Betroffenen.

Das Land Oberösterreich beispielsweise ist in dieser Situation einen kommunikationspolitisch sehr geschickten und umsichtigen Weg gegangen.

Es wurden die Bürger-, Interessenvertretungen und Krankenanstalten bereits im Vorfeld befragt. Danach wurde eine Expertenkommission nominiert, die innerhalb eines knappen Jahres ein Empfehlungspapier für die Politik erarbeitete. In dieser Kommission waren alle Betroffenen vertreten (jeweils ein Vertreter der Ärztekammer, OÖGKK, alle Krankenanstalten-träger, 4 externe Experten und daneben der Landessanitätsdirektor, Landesrechnungshof und die hochrangigen Beamten des Gesundheitsressorts).

Nach dem Beschluss des Reformkonzeptes wird ein politischer Lenkungsausschuss eingesetzt, dem alle Klubchefs der Landtagsparteien, deren Gesundheitssprecher sowie Vertreter der Ärzte- und Apothekenkammer, Sozialversicherung sowie Städte- und Gemeindebund angehören. Danach sollen die Reformen mit den notwendigen landesgesetzlichen Rahmenbedingungen in der Landesregierung und im Landtag noch vor dem Sommer beschlossen werden.

Die Umsetzung selber erfolgt in 3 Schritten: Zu 40% von 2011 bis 2013, weitere 40% von 2013 bis 2016, die übrigen 20% von 2017 bis 2020. Jede Maßnahme wurde auch seitens der Expertenkommission hinsichtlich möglicher Umsetzung zeitmäßig zugeordnet.

Dass der Prozess in Oberösterreich sicher schwierig, aber richtig war, zeigt u.a. die Aussage des oberösterreichischen Präsidenten der Ärztekammer Dr. Peter Niedermoser in den OÖ Nachrichten am 26.3.2011: „Die medizinische Grundversorgung im Land sei mit den Vorschlägen grundsätzlich gegeben. Wichtig sei aber, dass bei den geplanten Umstrukturierungen die Rechte der Ärzte-Kollegen gewahrt bleiben.“

4. Rechtliche Rahmenbedingungen

Der Planungshorizont wurde für diese Revision des RSG mit speziell evaluierten Pilotprojekten und die dafür notwendige Ausgestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen auf Bundes- und Landesebene mit 2020 angegeben (vgl. S. 8).

Wie mit diesem angegebenen Planungshorizont in den ersten Jahren das angegebene Kostendämpfungspotential ohne rechtliche Rahmenbedingungen erreicht werden kann, ist nicht nachvollziehbar!

Die rechtlichen Rahmenbedingungen sind in 5 Bereichen zu sehen: Bau- und Behördenverfahren, KAG-Bestimmungen (Anwesenheitspflichten, Behördenauflagen in Teilbereichen der KHS, Kooperationsmodelle, genehmigungspflichtige Ausgabenüberschreitungen), Leistungs-



planung intra- und extramural, nicht hausgebundene Verfügungsstrukturen (Notarztsystem, Ausbildungsplätze) und Finanzanreize.

„Die Umsetzung des Versorgungsmodells Basisversorgung ist im KAKuG vorgesehen“ (S. 12). Vorerst soll die Umwandlung in einem Pilotprojekt (kurz darauf wird von Pilotprojekten, die begleitend zu evaluieren sind, gesprochen) erfolgen, das die Gesundheitsplattform zu beschließen hat. Welches Pilotprojekt hier im Blick sein könnte, wird nicht gesagt. Dieses Projekt lediglich der Bundesgesundheitskommission anzuzeigen, ist aus meiner Sicht rechtlich unzureichend.

Es müssen seitens des Landes klare und **sanktionierbare** Vorgaben hinsichtlich der Leistungszuordnung bzw. der Definition der Versorgungsaufträge je KH-Standort (Wahrnehmung der Regulierungskompetenz) vorgenommen werden, andernfalls eine Realisierung unmöglich ist.

Kooperationsmodelle können für eine bessere Leistungsabstimmung geeignet sein, bedürfen jedoch eines entsprechenden Maßes an Verbindlichkeit und setzen eine Win-Win-Situation für die **kooperierenden Partner** voraus! Der vorgenommene Prozess des steirischen Modells trägt nicht gerade zur Kooperation bei!

5. Zusammenfassung

- Es wurde kein Benchmarking, weder international, österreichweit noch versorgungsregionsweise durchgeführt (keine Patientenströme/-wanderungen). Daher ist die Reduzierung schwer nachvollziehbar.
- Wie soll in der Steiermark bis 2011 doppelt so viel eingespart werden wie in Oberösterreich bis 2013? Dies ist unrealistisch.
- Wie wird die Optimierung der Spitalsleistungen unter bestmöglicher Ausnutzung von Synergien in allen Bereichen monetär bewertet?
- Eine Nutzenbewertung für die strukturellen Maßnahmen fehlt vollständig – sowohl qualitativ, als auch monetär.

Erforderliche Maßnahmen zur Umsetzung:

- Gemeinsame Zielsetzungen der Stakeholder.
- Einheitliches Finanzierungssystem für alle Sektoren des Gesundheitsbereiches.
- Abklärung rechtlicher Rahmenbedingungen.
- Erweiterungen der Modelle einer integrierten Versorgung.

Die Herausforderungen aufgrund des demographischen Wandels (niedriges Geburtenniveau und steigende Lebenserwartung, Veränderung der Haushalts- und Familienformen, Zuwanderung aus dem Ausland) sind nicht erkennbar bewertet.

Wie wurde der medizinische Fortschritt (und die damit verbundene Kostensteigerung) bewertet? International sind 1,5% pro Jahr üblich. Oberösterreich hat 1% angenommen.



Die Planung des niedergelassenen Bereiches bzw. die dessen Einbeziehung wird nur im Bereich zukünftiger ambulanter Versorgungsstrukturen erwähnt, wobei nicht zwischen Spitalambulanzen und niedergelassenem Bereich unterschieden wird.

Schlussfolgerung: Über die möglichen finanziellen Anreize für „ambulant vor stationär“ wird nichts erwähnt. Eine kurzfristige Umsetzung ist damit unmöglich!

Die **Sicherung der ärztlichen Ausbildung**, die letztendlich zur Wahrung der ärztlichen Qualität dient (notwendige Mindestfallzahlen als Qualitätskriterien herangezogen wurden) ist nicht ersichtlich.

Die Funktionale Organisation ist viel zu stark gegenüber prozessualer beschrieben.

Gemeinsame Nutzung und Steuerung von medizinischen Supportbereichen.

Schlussfolgerung: Es werden keine internationalen Studien zur Senkung der Hospitalisierungsrate herangezogen.

Wie mit diesem angegebenen Planungshorizont in den ersten Jahren das angegebene Kostendämpfungspotential ohne rechtliche Rahmenbedingungen erreicht werden kann, ist nicht nachvollziehbar!

Kooperationsmodelle können für eine bessere Leistungsabstimmung geeignet sein, bedürfen jedoch eines entsprechenden Maßes an Verbindlichkeit und setzen eine Win-Win-Situation für die **kooperierenden Partner** voraus.

Eine trägerübergreifende Kooperation wird erst langfristig angestrebt.

Schlussfolgerung: Da im Vorfeld kein Dialog mit den Systempartner geführt wurde, ist an eine rasche Umsetzung nicht zu denken.

„Das Ziel des RSG ist es, diesen Veränderungen unter Berücksichtigung der Finanzierbarkeit des Systems, mit einer adäquaten Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen zu begegnen“ (vgl. Presseunterlage). **Dieses Ziel wurde in der Revision 2011 nicht erreicht!**