

Reform

# Gesundheitsreform – Next Level



© Fotolia.com



Mag. Veronika Gruber



Mag. Sascha Müller



Mag. Gerhard Kropik

sind Mitarbeiter in der Abteilung für Grundsatzangelegenheiten des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger.

## 1 Reformarbeit ist langfristige Arbeit

Das österreichische Gesundheitswesen zeichnet sich durch ein ausgeprägtes Sachleistungsprinzip mit hohem Leistungsniveau sowie modernster Technik aus. Das spiegelt sich in der Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem wider. 96 Prozent der befragten Bevölkerung befinden die Qualität unseres Gesundheitssystems für sehr gut oder gut.<sup>1</sup> Die Bevölkerungsbefragung 2016 ergab, dass nur vier Prozent<sup>2</sup> mit der medizinischen Versorgung in Österreich eher unzufrieden bzw. zwei Prozent sehr unzufrieden sind.

Derzeit werden in Österreich 6,6 Prozent<sup>3</sup> des Bruttoinlandsprodukts für laufende öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege ausgegeben. Bei der Zahl der in Gesundheit verbrachten Jahre liegt Österreich im Vergleich der EU-28 mit rund 58 Jahren unter dem EU-Durchschnitt.<sup>4</sup> Zukünftig kommen zwei große Herausforderungen auf uns zu: eine älter werdende Gesellschaft und eine maßgebliche Zunahme an chronischen Krankheiten. Das Versorgungssystem muss sich im Rahmen einer wirkungsorientierten Reformarbeit mit drei zentralen Herausforderungen beschäftigen:

- einer sehr starken Fragmentierung des österreichischen Gesundheitssystems aufgrund der Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern und der damit einhergehenden Finanzierungsströme,
- einem spitallastigen und auf akute Krankenbehandlung fokussierten Gesundheitssystem,
- einer schwachen Primärversorgung.

Der Bund, die Länder und die Sozialversicherung sind daher vor vier Jahren angetreten, um das sehr gute österreichische Gesundheitssystem nachhaltig so zu gestalten, dass es für unsere Eltern, Kinder und Enkelkinder langfristig finanzierbar bleibt und in hoher Qualität zur Verfügung steht. Im Jahr 2012 wurden in einem umfassenden partizipativen Prozess Gesundheitsziele<sup>5</sup> definiert. Daran orientiert, wurde ein rechtlicher Rahmen für die notwendige Reformarbeit geschaffen: Zwei Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG<sup>6</sup> bildeten die Grundlage für einen Bundes-Zielsteuerungsvertrag und neun Landes-Zielsteuerungsverträge. Neu daran war die Rolle der Sozialversicherung als gleichberechtigter Partner. Mit großem Engagement sind die Systempartner gestartet und haben in einem ersten Kraftakt und weit mehr Arbeit als ursprünglich erwartet die erste Zielsteuerungsperiode geplant und umgesetzt. Im Dezember 2016 wurde nun die erste Zielsteuer-

1 Europäische Kommission: Special Eurobarometer 411 – Patient Safety and Quality of Care, 2014.

2 <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.770606&viewmode=content>.

3 Laufende Gesundheitsausgaben ohne Ausgaben für Langzeitpflege, in % des BIP, Statistik Austria, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, eigene Berechnungen/Schätzungen, Rechnungsabschlüsse, Geschäftsberichte. Rundungsdifferenzen wurden nicht ausgeglichen. Erstellt am 13.2.2017.

4 [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Healthy\\_life\\_years,\\_2014\\_\(years\)\\_YB16.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Healthy_life_years,_2014_(years)_YB16.png).

5 Die Bezeichnung wurde 2017 vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen von „Rahmen-Gesundheitsziele Österreich“ auf „Gesundheitsziele“ geändert.

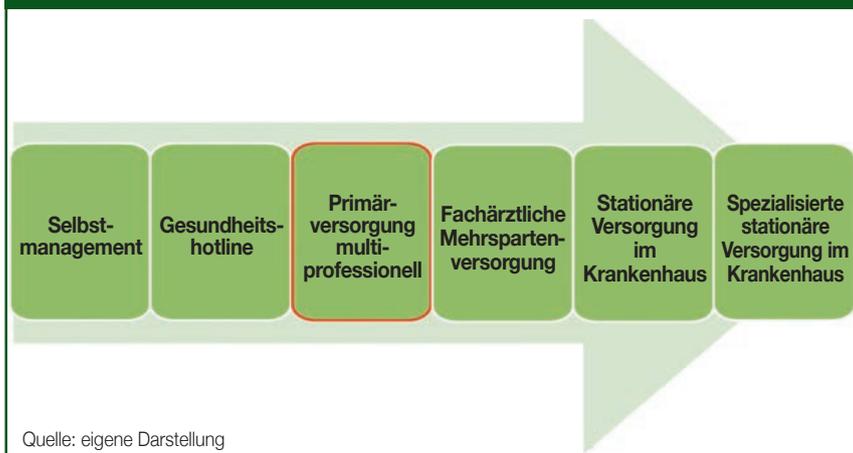
6 Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit.

rungsperiode abgeschlossen und es lohnt sich, innezuhalten, einen Blick zurückzuwerfen und zu schauen, welche Bereiche umgesetzt wurden. Natürlich ist nicht alles gelungen, was wir uns vorgenommen haben. Wäre das so, dann wären unsere Ziele nicht ambitioniert genug gewesen. Insgesamt konnten viele wichtige Bauelemente erfolgreich auf den Weg gebracht werden: Im Vordergrund standen die Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Reduktion der Spitalslastigkeit. Durch ein gemeinsames, von Bund, Ländern und Sozialversicherung vereinbartes Zielsteuerungssystem wurde die starke Fragmentierung des Systems entschärft. Die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems erfolgt nach den sechs Stufen der Gesundheitsversorgung: Selbstmanagement, Gesundheitshotline, multiprofessionelle Primärversorgung, fachärztliche Mehrspartenversorgung, stationäre Versorgung im Krankenhaus und zuletzt die spezialisierte Versorgung im Krankenhaus.

Die Bedürfnisse der Patienten sowie die digitalen und technischen Möglichkeiten haben sich in den letzten Jahren rasch verändert. Damit das Gesundheitssystem dauerhaft in hoher Qualität und modernster Technik zur Verfügung steht, dürfen nicht nur einzelne Bereiche geflickt werden, sondern es muss das gesamte System sektorenübergreifend modernisiert werden.

In den letzten vier Jahren wurde wesentliche Grundlagenarbeit geleistet, eine gemeinsame Expertise aufgebaut und ein systematischer Wissensaustausch zwischen den Systempartnern etabliert. Die Kultur, partnerschaftlich und wirkungsorientiert zu arbeiten, ermöglicht es, schrittweise Wissenslücken auszugleichen und ein gemeinsames Bild für die notwendige Reformarbeit zu schaffen. Das Wort „partnerschaftlich“ ist keines, das man selbstverständlich in den Mund nehmen kann. Es ist ein maßgeblicher Kulturwandel in der Zusammenarbeit über die Sektoren hinweg gelungen. Grundlegende Eckpfeiler sind für alle Systempartner selbstverständlich geworden. Das war nicht immer einfach, denn jeder Systempartner ist seinen Interessen und Aufgaben verpflichtet. Dass sich aber letztendlich die Arbeitsprozesse und die Strukturen so verändern konnten, dass eine gute Zusammenarbeit möglich wurde und die Gesamtsystemsicht vermehrt in den Vordergrund gerückt ist, kann man als einen vollen Erfolg werten. Sehr erfreulich ist es, dass innerhalb der Sozialversicherung die Zusammenarbeit hervorragend funktioniert hat. Damit konnte sich die Sozialversicherung bei verschiedenen Themen als treibende Kraft etablieren und mit viel Expertise und Know-how einbringen.

Abbildung 1: Die sechs Stufen der Gesundheitsversorgung



## 2 Gesundheitsförderung ist zentral für ein längeres selbstbestimmtes Leben bei guter Gesundheit

### Gesundheitsziele als langfristige Leitplanken

Die Gesundheitsziele bilden für alle Stakeholder des Gesundheitssystems und vor allem für die Systempartner Bund, Länder und Sozialversicherung einen gemeinsamen Handlungsrahmen für die nächsten 20 Jahre.

Das Besondere daran ist, dass neun der zehn Ziele gesundheitsorientiert sind und die Gesundheitsdeterminanten adressieren: Bildung, Arbeitssituation, soziale Situation und Umwelt. Damit wird gleichzeitig die Gesundheit der Bevölkerung verbessert und das Gesundheitssystem entlastet. Die Gesundheitsziele werden in einem breit angelegten gemeinsamen Stakeholderprozess systematisch abgearbeitet, um die Chance auf Wirkungsentfaltung in allen Politikbereichen zu erhöhen (*Health in All Policies*). Begonnen wurde mit dem „Ziel 3“ einer „Stärkung der Gesundheitskompetenz“ als Grundlage für alle weiteren Ziele. Zu den Gesundheitszielen 1 (Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen), 2 (Chancengerechtigkeit), 6 (Gesundes Aufwachsen) und 8 (Bewegung) wurden ebenfalls Arbeitsgruppen eingesetzt<sup>7</sup> um diese Ziele zu operationalisieren und damit rasch einen spürbaren Nutzen für die Bevölkerung zu bewirken.

### Beispiel Umsetzung Gesundheitsziel 3: „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“

Die Gesundheitskompetenz ist ein wichtiger Eckpunkt zur Förderung der Gesundheit und der gesundheitlichen Chancengleichheit der Bevölkerung. Sie soll die Menschen dabei unterstützen, im

<sup>7</sup> <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/arbeitsgruppen/>.

Alltag gesunde Entscheidungen zu treffen. Zur Umsetzung des Gesundheitsziels 3 hat die Bundesgesundheitskommission im Dezember 2014 die Einrichtung der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) beschlossen. Die ÖPGK unterstützt bundesweit die Erreichung von drei Wirkungszielen:<sup>8</sup>

- das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter zu machen. Zur Verbesserung der Gesprächsqualität und zur Verbesserung der Krankenversorgung wurde am 1. Juli 2016 von der Bundes-Zielsteuerungskommission eine Strategie „zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur“ verabschiedet. Damit wurden vielfältige Initiativen in diesem Bereich strategisch gebündelt;<sup>9</sup>
- die persönliche Gesundheitskompetenz ganz besonders von vulnerablen Gruppen zu stärken;
- Gesundheitskompetenz im Dienstleistungs- und Produktionssektor zu verankern.

### Gesundheitsförderung wirkt langfristig!

Gesundheitsförderung in Österreich war von föderalen Strukturen, einer Vielzahl von unterschiedlichen Institutionen und zahlreichen, sehr engagierten Einzelprojekten geprägt. Mit der im Jahr 2014 in der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossenen Gesundheitsförderungsstrategie<sup>10</sup> und der Neugründung von neun Landesgesundheitsförderungsfonds wurde die Grundlage für eine zielgerichtete und abgestimmte Vorgehensweise zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung für die nächsten zehn Jahre geschaffen. Den Orientierungsrahmen bilden selbstverständlich die zehn österreichischen Gesundheitsziele.

Zur Umsetzung der Gesundheitsförderungsstrategie stehen in den Jahren 2013 bis 2022 jährlich Mittel in der Höhe von insgesamt 15 Millionen Euro in den neun Gesundheitsförderungsfonds zur Verfügung. Davon werden 13 Millionen Euro über die Sozialversicherung und der Rest von den Ländern finanziert. Sechs priorisierte Handlungsfelder wurden definiert:

1. Frühe Hilfen
2. Gesunde Kinderkrippen und gesunde Kindergärten
3. Gesunde Schulen
4. Gesunde Lebenswelten und gesunde Lebensstile von Jugendlichen und Menschen im erwerbsfähigen Alter
5. Gesundheitskompetenz von Jugendlichen, Menschen im erwerbsfähigen Alter und älteren Menschen

### 6. Soziale Teilhabe und psychosoziale Gesundheit von älteren Menschen

Ein schönes Beispiel für eine gelungene Zusammenarbeit der Systempartner sind Umsetzungsprojekte zum Gesundheitsziel 6 „Gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche bestmöglich gestalten und unterstützen“. Das Programm Frühe Hilfen wurde zuerst in einzelnen Bundesländern pilotiert und evaluiert. Mittlerweile wird es in allen Bundesländern wirksam eingesetzt.

### Wirkung messen – Handlungsfelder identifizieren

Die systematische Messung von gesundheitsrelevanten Outcomes ist eine unverzichtbare Aufgabe, um gesundheitspolitische Handlungsfelder für die Akteure sichtbar zu machen. In Österreich existierte bislang kein abgestimmtes, umfassendes und regelmäßig durchgeführtes Outcome-Monitoring. Eine essentielle Neuerung ist daher die Entwicklung eines Rahmenkonzepts für ein Wirkungsmonitoring. In der Bundes-Zielsteuerungskommission wurde im Jänner 2016 ein Mess- und Vergleichskonzept inklusive der Auswahl geeigneter Outcome-Indikatoren abgestimmt und beschlossen.

### 3 Neue Gesundheitshotline – der Pilotbetrieb kann starten

Wenn sich eine Erkrankung anbahnt oder nicht alles so ist, wie es sein soll, stellen sich häufig Fragen wie: Wie bedrohlich sind die Symptome? Muss überhaupt ein Arzt aufgesucht werden? Welcher (Fach-)Arzt/welche (Fach-)Ärztin ist der/die richtige? International verfügen einige Länder über qualitätsgesicherte telefonische und webbasierte Beratungsangebote. Mit dem Start des Pilotbetriebs der österreichischen Gesundheitshotline im April 2017 steht auch der österreichischen Bevölkerung ein medizinisches Beratungsangebot per Telefon zur Verfügung. Pilotiert wird zuerst in den drei Bundesländern Wien, Niederösterreich und Vorarlberg. Die Ausweitung auf ganz Österreich erfolgt nach Evaluierung ab dem Jahr 2019.

Die Gesundheitshotline wird rund um die Uhr für die Patienten erreichbar sein und von medizinisch geschultem Personal betreut. Ein systematisches, einheitliches und evidenzbasiertes Expertensystem soll sicherstellen, dass verlässlich die wichtigsten Informationen erfragt und eine Einschätzung der Dringlichkeit vorgenommen werden kann. Die Anrufer erhalten eine kompetente Empfehlung für die weiteren Schritte und Unterstützung zur Navigation im Gesundheitssystem.

<sup>8</sup> Vgl. <https://oepgk.at/die-oepgk/hintergrund-zielsetzung/>.

<sup>9</sup> [http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/8/6/7/CH1443/CMS1476108174030/strategiepapier\\_verbesserung\\_gespraechsqualitaet.pdf](http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/8/6/7/CH1443/CMS1476108174030/strategiepapier_verbesserung_gespraechsqualitaet.pdf).

<sup>10</sup> [http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/4/1/4/CH1099/CMS1401709162004/umsetzungsunterstuetzung\\_gf-strategie.pdf](http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/4/1/4/CH1099/CMS1401709162004/umsetzungsunterstuetzung_gf-strategie.pdf).

**Koordiniertes Vorgehen von Bund, Ländern und Sozialversicherung im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention.**

## 4 Primärversorgung: der Beginn eines Systemwandels

### Neue Primärversorgungseinheiten stellen die Patienten in den Mittelpunkt

Ende März 2014 wurde in der Bundesgesundheitskonferenz der Startschuss zur Neugestaltung der Primärversorgung gesetzt. Im Mittelpunkt standen die Fragen, welche Betreuung Patient(inn)en und Bürger(innen) in Zukunft brauchen und wie die Erbringung der Services vernünftig organisiert werden soll. Die neuen Primärversorgungseinheiten sollen den Patienten ein erkennbares, verbindliches Leistungsangebot bieten.

Der Hausarzt/die Hausärztin wird sich in Zukunft mit anderen Gesundheitsberufen stärker vernetzen und erhält die Möglichkeit, intensiver in einem Team zusammenzuarbeiten. Es wurde ein Versorgungsauftrag für die Primärversorgung entwickelt, Kompetenzprofile für Allgemeinmediziner, den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Ordinationsassistenz festgelegt. Durch das Arbeiten im Team entstehen attraktivere Arbeitsbedingungen und die Chance auf eine bessere Work-Life-Balance.

Die Aufgabe der Primärversorgung ist es, eine umfassende und kontinuierliche Grundversorgung zu bieten. Durch Öffnungszeiten von früh bis abends sind Primärversorgungseinheiten eine verlässlich verfügbare und persönlich bekannte Anlaufstelle. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmedizinern und anderen Gesundheits- und Sozialberufen verbessert die Qualität der Versorgung und erspart den Patienten unnötige Wege oder gar lange Wartezeiten in den Ambulanzen. Für die wachsende Gruppe chronisch Kranker ist diese multiprofessionelle Versorgung dringend notwendig.

Bisher ist das Gesundheitssystem sehr stark auf die Reparaturmedizin ausgerichtet. Die neue Primärversorgung rückt die Gesundheitsförderung, die Prävention sowie Public Health in den Vordergrund und unterstützt auch gesunde Menschen bei der Erhaltung ihrer Gesundheit.<sup>11</sup>

Die drei bislang gestarteten Primärversorgungszentren in Wien-Mariahilf, Enns<sup>12</sup> und Mariazell erfreuen sich großer Beliebtheit.

Das Primärversorgungszentrum Wien-Mariahilf hat 50 Stunden pro Woche (Montag bis Freitag bis 19 Uhr) für Patienten aller Krankenversicherungsträger geöffnet. Das Team besteht aus Allgemeinme-



© coldwaterman - Fotolia.com

medizinern, Ordinationsassistenten sowie dem Ordinationsmanagement, diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, einer Sozialarbeiterin und einer Psychotherapeutin. Für die Patienten bedeutet das eine nur kurze Wartezeit, bessere Qualität und weniger Wege zu anderen Untersuchungsstellen.

In einer von der Wiener Gebietskrankenkasse beauftragten Studie wurden über 200 Patienten des Primärversorgungszentrums Wien-Mariahilf befragt. Die Patienten waren sehr begeistert: 93 Prozent der Patienten waren mit dem Besuch und 94 Prozent mit den langen Öffnungszeiten sehr zufrieden. Gäbe es das Zentrum nicht, hätten immerhin 13 Prozent der Patienten bei akuten Beschwerden ein Spital aufgesucht.

Für den ländlichen Bereich sind Primärversorgungsnetzwerke vorgesehen, die eine gleichartige Versorgungsqualität – verteilt auf mehrere Standorte – bieten. Somit bleibt die wohnortnahe Versorgung sichergestellt.

### Multiprofessionelle, interdisziplinäre ambulante Versorgungsformen auch im fachärztlichen Bereich

Im Bundes-Zielsteuerungsvertrag war festgelegt, dass bestehende ambulante Strukturen bedarfsorientiert anzupassen und in multiprofessionelle bzw. interdisziplinäre Versorgungsformen zu überführen sind.

Dazu wurden grundlegende Arbeiten geleistet, welche operativ noch nicht umgesetzt wurden. Eine dieser Grundlagenarbeiten war die Erstellung von Aufgabenprofilen für medizinische Fachbereiche, die sich künftig im „Österreichischen Strukturplan Gesundheit“ finden werden.

**Sehr hohe Zufriedenheit der Patienten mit der neuen Primärversorgung.**

<sup>11</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit: Primärversorgung – Berufsgruppen und Kompetenzprofile, Kompetenzprofile zu den Kernaufgaben des Kernteams, Stand Oktober 2015, derzeit noch in Ausarbeitung, Seite 8.

<sup>12</sup> Bei der Eröffnung des Primärversorgungszentrums in Enns besuchten am ersten Tag bereits 700 Patienten die Einrichtung, so diverse Medienberichte: <http://diepresse.com/home/innenpolitik/5156075/Aerztstreik-in-Oberoesterreich-ist-vom-Tisch>; <http://www.nachrichten.at/oberoesterreich/linz/Reger-Betrieb-im-Gesundheitszentrum-Enns;art66,2486207>; <https://www.meinbezirk.at/enns/lokales/gesundheitszentrum-nun-auch-offiziell-eroeffnet-d2029800.html>.

## 5 Expertise zu seltenen Erkrankungen bündeln

Seltene Erkrankungen werden über die Häufigkeit ihres Auftretens in der Gesamtbevölkerung definiert: Eine seltene Erkrankung liegt laut EU-Definition vor, wenn sie bei nicht mehr als fünf von 10.000 Einwohnern auftritt.

Von seltenen Erkrankungen betroffene Personen sind mit einer Vielzahl von Herausforderungen konfrontiert. Wissen über seltene Erkrankungen fehlt vielfach. Expertise und Anlaufstellen sind oftmals nicht vorhanden oder nicht sichtbar. Damit sind Kooperation und Koordination schwierig.

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit wurde ein nationaler Aktionsplan für seltene Erkrankungen (NAP.se) erstellt. Ziel ist es, die Lebenssituation der betroffenen Personen, unter Einbeziehung ihrer Familien und ihres erweiterten beruflichen und sozialen Umfelds, nachhaltig zu verbessern.

Für Österreich wurden zwei Expertisezentren definiert, die Teil eines koordinierten europäischen Netzwerks sind. Die zwei Zentren sind: das EB-Haus in Salzburg (Epidermolysis bullosa/„Schmetterlingskinder“) und das Zentrum für pädiatrische Onkologie im St. Anna Kinderspital in Wien.

Eine intensiviertere europäische Zusammenarbeit soll vorhandenes hochspezialisiertes Wissen konzentrieren und Ressourcen gemeinsam effizient nutzen. Dies wird zu einer rascheren Diagnostik sowie zu einer Verbesserung der Therapie und der medizinisch-klinischen Versorgung von Betroffenen führen.

## 6 e-Health für die Bürger nutzbar machen: ELGA und e-Medikation

### ELGA: Patienten haben rund um die Uhr Zugang zu ihren Befunden

Die elektronische Gesundheitsakte (ELGA) ist ein gemeinsames österreichweites Projekt von Bund, Ländern und Sozialversicherung, salopp ausge-

drückt vernetzt es die Gesundheitsdaten der Patienten. Über das ELGA-Portal können Bürger selbst orts- und zeitunabhängig alle eigenen e-Befunde und die e-Medikationsliste unter [www.gesundheit.gv.at](http://www.gesundheit.gv.at) einsehen. Voraussetzung dafür ist eine Handysignatur oder Bürgerkarte ([www.buergerkarte.at](http://www.buergerkarte.at)).

Ärzte, Spitäler oder Pflegeeinrichtungen erhalten raschen Zugang zu den bisherigen Diagnosen und Therapien. Dadurch wird der Informationsfluss in der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Behandlung und Betreuung unterstützt. Die e-card dient dabei als Schlüssel: Durch Stecken der e-card in der Ordination hat nur der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin Zugriff auf die Gesundheitsdaten des Patienten/der Patientin. Höchste Sicherheitsstandards werden eingehalten.

### e-Medikation steigert die Patientensicherheit

Wer mehrere Medikamente gleichzeitig einnehmen muss, kann leicht die Übersicht verlieren. Das wird dann gefährlich, wenn sich Wirkstoffe nicht vertragen und unerwünschte Wechselwirkungen auftreten. Diese können bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln und auch häufig bei rezeptfreien Arzneimitteln auftreten. Sowohl der Patient/die Patientin selbst als auch die behandelnden Ärzte, die Apotheke, eine Ambulanz oder ein Spital haben mit e-Medikation einen aktuellen Überblick über verordnete und in Apotheken an den Patienten abgegebene Medikamente. Das minimiert die Risiken unerwünschter Wechselwirkungen bzw. einer Überdosierung durch Mehrfachverordnungen und erhöht die Sicherheit gerade bei multimorbiden Personen, die mehrere Medikamente gleichzeitig einnehmen müssen, deutlich. Im Pilotprojekt 2011 gab es bei nur 5.000 Patienten mit 18.000 Verordnungen immerhin 110 schwere Wechselwirkungswarnungen.

Während des Probebetriebs in der Region Deutschlandsberg von Mai bis November 2016 wurden von 28 Ärzten bzw. acht Apotheken rund 95.000 Verordnungen und rund 38.000 Abgaben für ca. 16.000 Patienten in e-Medikation erfasst. Aus dem Pilot-

**Bündelung und Bereitstellung von hochspezialisiertem Wissen.**



projekt konnten Hinweise für Verbesserungen gewonnen werden.

Die österreichweite Ausrollung nach einem gestaffelten, regionalen Rolloutplan ist im Jahr 2017 und 2018 vorgesehen.

## 7 Qualität im Gesundheitswesen kontinuierlich weiterentwickeln

### A-IQI: österreichweite Qualitätsindikatoren für den Spitalsbereich

A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators) ist ein Projekt der Bundesgesundheitsagentur zur bundesweit einheitlichen Messung von Ergebnisqualität im Krankenhaus. Aus Routinedaten werden dabei statistische Auffälligkeiten für definierte Krankheitsbilder in einzelnen Krankenanstalten identifiziert. Betrachtet werden in erster Linie Sterbehäufigkeiten, aber auch Intensivhäufigkeiten, Komplikationen, Mengeninformationen, Operationstechniken sowie Versorgungs- und Prozessindikatoren.

Das System baut auf einer Analyse der statistischen Auffälligkeiten und der Gründe hierfür auf. In einem ersten Schritt sollen die Krankenanstalten nach den Gründen der Abweichungen von den Zielbereichen suchen. Können die statistischen Auffälligkeiten nicht erklärt werden, wird mittels einer Fremdanalyse und im kollegialen Dialog (Peer-Review-Verfahren) nach ihren Ursachen gesucht.

Aufbauend auf dieser Analyse werden von den externen Peer-Reviewern (speziell für diese Aufgabe geschulten Primärärzten) und den Verantwortlichen der jeweiligen Krankenanstalt gemeinsam qualitätsverbessernde Maßnahmen erarbeitet.

Die Vorteile dieser Qualitätsinitiative liegen in der bundesweiten Ausrollung, dem geringen Erhebungsaufwand und der bundesweit vergleichbaren und vollständigen Datenbasis. Dadurch ist die Akzeptanz des A-IQI-Systems mit Peer-Reviews in Österreich sehr hoch, vor allem bei Ärzten. Die Vergleichbarkeit des Systems mit Deutschland und der Schweiz ist ein weiterer Vorteil der Qualitätsarbeit mit A-IQI.<sup>13</sup>

### www.kliniksuche.at: objektive Unterstützung zur Auswahl des besten Krankenhauses

Das Portal kliniksuche.at baut auf A-IQI auf und macht definierte Bündel von Qualitätsindikatoren für die Öffentlichkeit verfügbar. „Finden Sie das passende Krankenhaus. Wir geben Ihnen Orientierung!“ Das ist die Begrüßung auf dem neuen Informationsportal kliniksuche.at. Erstmals wird eine qualitätsgesicherte, neutrale Information über Be-



© DOC RABE Media - Fotolia.com

handlungen in österreichischen Krankenhäusern zur Verfügung gestellt. Patienten werden mit verständlich aufbereiteten Informationen bei der Wahl des Krankenhauses unterstützt.

Je Themengebiet bzw. Behandlung sind folgende Informationen verfügbar:

- Anzahl behandelter Fälle im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt,
- Kriterien für den Aufenthalt mit bundesweitem Vergleichswert (z. B. Verweildauer, Tagesklinik, Operationstechnik) und
- allgemeine Information zum Krankenhaus, z. B.: Gibt es Patientenbefragungen?

### Entwicklung von Qualitätsarbeit für den ambulanten Bereich

Analog zu A-IQI werden für den niedergelassenen Bereich eigene Qualitätsindikatoren entwickelt: A-OQI – Austrian Outpatient Quality Indicators. Aus den gemessenen Qualitätsindikatoren müssen vertiefende Analysen der statistischen Auffälligkeiten und Ableitungen von qualitätsverbessernden Maßnahmen entwickelt werden. Das Konzept wurde gemeinsam mit Ärzt(inn)en entwickelt und 2015 von der Bundes-Zielsteuerungskommission abgenommen sowie als Pilotprojekt installiert. Gemeinsam entwickelte Indikatoren sind die Basis für regionale und bundesweite Vergleiche und einen partizipativen kontinuierlichen Verbesserungsprozess.

### Höhere Qualität durch bundesweite Standards

Zur Sicherstellung eines hohen österreichweiten Qualitätsniveaus bei Gesundheitsleistungen wurden und werden im Rahmen der Gesundheitsreform Bundesqualitätsstandards zu mehreren Themenfeldern erarbeitet. Bundesqualitätsstandards beschrei-

**Weiterentwicklung von Qualität im Gesundheitswesen ist ein zentraler Eckpfeiler der Gesundheitsreform.**

<sup>13</sup> Weiterführende Information: [http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem\\_Qualitaetssicherung/Ergebnisqualitaetsmessung/](http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Ergebnisqualitaetsmessung/)

ben die organisatorischen Rahmenbedingungen über alle Sektoren hinweg und bieten Lösungen für die Probleme an Nahtstellen an.

Zur Entwicklung eines Qualitätsstandards für die „integrierte Versorgung Schlaganfall“ wurden die bereits bestehenden Programme in Oberösterreich, der Steiermark und Tirol einer Analyse auf Gemeinsamkeiten unterzogen. Darauf aufbauend wird ein Qualitätsstandard für die integrierte Versorgung von Schlaganfallpatienten erarbeitet und die Eckpfeiler für die Umsetzung festgelegt.

Für erwachsene Patienten, die sich einem geplanten blutungsriskanten Eingriff unterziehen, wurde der Qualitätsstandard *Patient Blood Management* (PBM) entwickelt. Der Qualitätsstandard PBM adressiert Gesundheitsdienstleister, die solche Eingriffe vorbereiten, durchführen und begleiten. Die Veröffentlichung als bundesweiter Qualitätsstandard Patient Blood Management erfolgte gemäß dem Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission im Dezember 2016.

## 8 Finanzzielsteuerung und Ausgabenobergrenzen

**Kostendämpfung durch die Koppelung von öffentlichen Gesundheitsausgaben an das BIP.**

Maßgebliche Bereiche des Staatshaushalts bedürfen ganz besonders in schwierigen Zeiten einer transparenten, wirksamen Steuerung. Auch die Maastricht-Kriterien verpflichten die Mitglieder der Europäischen Union zu einer stabilen Haushaltspolitik.<sup>14</sup>

Mit rund 22,4 Milliarden Euro<sup>15</sup> öffentlichen Gesundheitsausgaben (Staat inkl. Sozialversicherung) im Jahr 2015 stellt das Gesundheitswesen einen maßgeblichen Bereich des öffentlichen Sektors dar. Zur Sicherstellung der langfristigen Finanzierbarkeit wurde eine Finanzzielsteuerung als integraler Bestandteil des Gesundheitsreformprozesses der ersten Zielsteuerungsperiode etabliert. Der zugrundeliegende Gedanke war, die jährliche Steigerungsrate der Gesundheitsausgaben sukzessive an die Wachstumsraten des Bruttoinlandsprodukts (BIP) heranzuführen. Zwischen dem Jahr 1990 und dem Beginn der ersten Zielsteuerungsperiode stiegen die öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) um durchschnittlich 5,2 Prozent pro Jahr und somit stärker als das BIP.<sup>16</sup> Die maximalen Steigerungsraten der öffentlichen Gesundheitsausgaben wurden für den Zeitraum 2012–2016 folgendermaßen festgelegt:

2013	2014	2015	2016
4,3 %	4,1 %	3,9 %	3,6 %

Abbildung 2 zeigt, dass die zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben in der ersten Zielsteuerungsperiode 2012–2016 unter der Ausgabenobergrenze lagen.

Die zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben setzen sich dabei aus den Ausgaben der Länder und der Krankenversicherung zusammen. Weder bei der Sozialversicherung noch bei den Ländern werden die nicht steuerbaren Ausgaben hinzugerechnet.

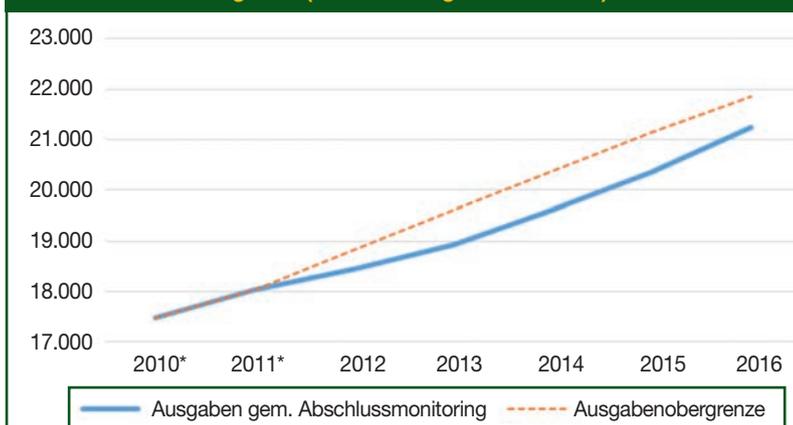
Die Finanzzielsteuerung mit der Festlegung von verbindlichen Ausgabenobergrenzen wird auch für die Periode 2017 bis 2021 fortgesetzt.

## 9 Ausblick: zweite Periode der Zielsteuerung-Gesundheit

Im Rahmen der Verhandlungen zum Finanzausgleich wurden die beiden für das Gesundheitssystem maßgeblichen Vereinbarungen gemäß Artikel 15a B-VG „Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“ und „Zielsteuerung-Gesundheit“ neu verhandelt. Diese bilden die Grundlage für die zweite Periode der Gesundheitsreform.

Das Gesamtsystem ist so zu modernisieren, dass die Patienten im Mittelpunkt stehen. Unter Berücksichtigung der „Lessons Learned“ wird die Zielsteuerung neu organisiert. Neben einer Redi-

**Abbildung 2: Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben (Länder und gesetzliche KV) in Mio. Euro.**



Quelle: Zielsteuerung-Gesundheit – Monitoringbericht II/2016

\* Die Jahre 2010 und 2011 (entspricht dem Jahr 2010 + 3,3 %) bilden die Ausgangsbasis und wurden aus der derzeit aktuellen Datenbasis errechnet.

<sup>14</sup> Die Maastricht-Kriterien schreiben u. a. vor: Der staatliche Schuldenstand darf nicht mehr als 60 Prozent des Bruttoinlandsprodukts und das jährliche Haushaltsdefizit darf nicht mehr als drei Prozent des Bruttoinlandsprodukts betragen. Die Inflationsrate darf nicht mehr als 1,5 Prozentpunkte über derjenigen der drei preisstabilsten Mitgliedstaaten liegen.

<sup>15</sup> Öffentliche laufende Gesundheitsausgaben ohne Ausgaben für Langzeitpflege 2015, Statistik Austria, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, eigene Berechnungen/Schätzungen, Rechnungsabschlüsse, Geschäftsberichte. Rundungsdifferenzen wurden nicht ausgeglichen. Erstellt am 13.2.2017.

<sup>16</sup> Vgl. Ziel 2 „Wirkungsorientierte Folgenabschätzung“ zur Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 200/2013.

mensionierung und Neuordnung der Arbeitsstruktur und einer Optimierung der Arbeitsabläufe und der Kommunikationsflüsse soll auch das Zielsteuerungssystem selbst verbessert werden.

Durch „Kooperation und Koordination“ sollen die organisatorischen und finanziellen Partikularinteressen der Systempartner Bund, Länder und Sozialversicherung überwunden werden. Mit der Fortführung der Zielsteuerung-Gesundheit ist eine gemeinsame *Governance* im Gesundheitsbereich sicherzustellen. Die maßgeblichen Prinzipien bleiben Wirkungsorientierung, Verantwortlichkeit, Rechenschaftspflicht, Offenheit und Transparenz von Strukturen und Prozessen sowie Fairness. Gemeinsam wollen wir moderne Gesundheitsleistungen und die nachhaltige Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems sicherstellen. Zur Steigerung der Effektivität und Effizienz sowie der Patientenorientierung sind Ziele und Handlungsfelder zu befolgen:<sup>17</sup> die Forcierung der Gesundheitsförderung und Prävention, die Stärkung der patientenorientierten Qualität im Gesundheitswesen, die kurative Versorgung am „Best Point of Service“ und die Sicherstellung einer nachhaltigen Sachleistungsversorgung. Auf allen Versorgungsebenen ist der Einrichtung von multiprofessionellen und integrativen Versorgungsformen Vorrang gegenüber Einzelleistungserbringern zu geben. Um die gemeinsam vereinbarten Ziele umzusetzen, erfolgt ein Bekenntnis zur aktiven Zusammenarbeit und wechselseitigen Unterstützung zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung.

Einige besondere Inhalte der zweiten Zielsteuerungsperiode werden exemplarisch angeführt.

**Verbindlichkeit der Planung:** Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) wird wesentlich verändert werden. Erstmals liegen umfangreiche Vorgaben für den ambulanten Bereich vor, so dass eine abgestimmte sektorenübergreifende Planung möglich wird. Wichtige Teile des ÖSG und der Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) werden rechtswirksam, womit die Planung für alle Parteien inklusive der Leistungsanbieter verbindlich wird.

**Umsetzung der verpflichtenden Diagnosencodierung:** Es wird eine Diagnosencodierung im ambulanten Bereich angestrebt, ähnlich wie sie im stationären Bereich bereits üblich ist.

**Medikamente:** Vereinbart ist ein sektoren-, bundesländer- und EU-mitgliedstaatenübergreifender Einkauf von Medikamenten. Darüber hinaus sollen gemeinsame Versorgungsmodelle und sektorenübergreifende Finanzierungskonzepte für definier-



© chagin - Fotolia.com

te hochpreisige und spezialisierte Medikamente entwickelt und umgesetzt werden.

Der Aufbau der **Primärversorgung** sowie von multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten wird durch eine Zweckwidmung von 200 Millionen Euro unterstützt. Als Ziel wird die Realisierung von 75 Primärversorgungseinheiten bis zum Jahr 2020 vereinbart.

Die **Finanzzielsteuerung** wird fortgeführt: Durch die Vereinbarung von Ausgabenobergrenzen wird die Steigerungsrate bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben zunächst auf 3,6 Prozent im Jahr 2017 begrenzt und dann schrittweise auf 3,2 Prozent im Jahr 2021 abgesenkt.

Die **Gremienstruktur** der Zielsteuerung wurde verändert: Entscheidungen in Angelegenheiten der Zielsteuerung-Gesundheit auf Bundesebene erfolgen grundsätzlich im Einvernehmen zwischen den Kurien in der Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK). Diese hat jedoch die Möglichkeit, die Besorgung einzelner Aufgaben an den „Ständigen Koordinierungsausschuss“ zu übertragen. Dieser hat die Aufgabe, die Agenden der B-ZK vorzubereiten und zu koordinieren sowie die Umsetzung ihrer Beschlüsse zu unterstützen. Die Bundesgesundheitskommission bindet alle relevanten Stakeholder im Gesundheitswesen ein und ist das maßgeblich beratende Gremium.

Zur verbindlichen Festlegung von gemeinsamen strategischen und operativen Zielen wird ähnlich wie in der ersten Zielsteuerungsperiode ein neuer Zielsteuerungsvertrag ausgearbeitet. Darauf aufbauend werden zur Operationalisierung auf Landesebene Zielsteuerungsübereinkommen vereinbart. Die auf Bundesebene zu realisierenden Maßnahmen sind in Bundes-Jahresarbeitsprogrammen zu operationalisieren.<sup>18</sup>

**Kontinuierliche Weiterführung der Gesundheitsreform in der zweiten Zielsteuerungsperiode.**

<sup>17</sup> Vgl. Art. 6 Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit sowie § 6 G-ZG.

<sup>18</sup> Vgl. Art. 7 Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit.