
14603/AB XXIV. GP

Eingelangt am 23.07.2013

Dieser Text wurde elektronisch übermittelt. Abweichungen vom Original sind möglich.

BM für Gesundheit

Anfragebeantwortung



Alois Stöger
Bundesminister

Frau
Präsidentin des Nationalrates
Mag.^a Barbara Prammer
Parlament
1017 Wien

GZ: BMG-11001/0152-I/A/15/2013

Wien, am 18. Juli 2013

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 14833/J des Abgeordneten Mag. Roman Haider und weiterer Abgeordneter** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Fragen 1 bis 3:

Auf meine Initiative sind Bund, Länder und Sozialversicherung in der im Jahr 2012 abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit übereingekommen, eine partnerschaftliche Zielsteuerung-Gesundheit zu implementieren (Gesundheitsreform 2012/2013). Die Reduzierung der „Spitalslastigkeit“ und der gleichzeitige Aufbau von Primärversorgungsstrukturen in Österreich zählt zu den zentralen Zielen dieser Gesundheitsreform.

Dieser Text wurde elektronisch übermittelt. Abweichungen vom Original sind möglich.

Kern der Reform ist die Einrichtung eines partnerschaftlichen Zielsteuerungssystems, das eine bessere Abstimmung zwischen dem niedergelassenen Versorgungsbereich und den Krankenanstalten garantieren wird. Zu den Grundprinzipien der Reform zählen u.a.:

- Versorgung der Patientinnen und Patienten zum richtigen Zeitpunkt, am richtigen Ort mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität,
- transparente, patient/inn/enorientierte Qualität im Gesundheitswesen,
- Verbesserung der Behandlungsprozesse insbesondere durch die Optimierung von Organisationsabläufen und Kommunikation,
- Forcierung der Einrichtung von multiprofessionellen und integrativen Versorgungsformen auf allen Versorgungsebenen.

In der genannten Vereinbarung sind u.a. die folgenden Prinzipien im Interesse der Patientinnen und Patienten vereinbart, die den stationären Bereich der Spitäler entlasten und gleichzeitig die Versorgung verbessern werden:

- Die bedarfsorientierte Versorgungs- und Leistungsdichte im akutstationären und ambulanten (intra- und extramuralen) Bereich wird neu festgelegt.
- Der Anteil der tagesklinischen bzw. der ambulanten Leistungserbringung für festgelegte ausgewählte Leistungen wird erhöht.
- Durch die medizinisch und gesamtwirtschaftlich begründete Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen bzw. in den ambulanten Bereich (Spitalsambulanzen, selbstständige Ambulatorien sowie niedergelassener Bereich) wird der vollstationäre Bereich in den Spitälern entlastet.
- Der Anteil der ambulanten Versorgungsstruktur mit Öffnungszeiten zu Tagesrand- und Wochenendzeiten und der Anteil interdisziplinärer Versorgungsmodelle in der ambulanten Versorgungsstruktur werden ausgebaut.
- Die Primärversorgung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten wird gestärkt.

Die detaillierte Ausgestaltung der Zielsteuerung-Gesundheit auf Bundesebene erfolgt zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung im bereits abgeschlossenen ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrag, der konkrete wirkungsorientierte Ziele (samt Zielwerten) und Maßnahmen für die Periode 2013 bis 2016 enthält. Auf dieser Basis ist in der Folge in den zwischen dem jeweiligen Land und der Sozialversicherung abzuschließenden Landes-Zielsteuerungsverträgen die detaillierte Ausgestaltung der Zielsteuerung-Gesundheit auf Landesebene zu vereinbaren.

Auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit sind in den Landes-Zielsteuerungsverträgen u.a. insbesondere folgende Maßnahmen hinsichtlich Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen:

- Kapazitätsanpassungen in Akutkrankenanstalten, insbesondere durch Festlegen struktureller Maßnahmen wie Umwandlung in (dislozierte) Wochen- bzw. Tageskliniken und Basis-Krankenanstalten oder Schaffung von Krankenanstaltennetzwerken und Krankenanstalten mit mehreren Standorten (einschließlich Festlegungen zum gemeinsamen Betrieb ausgewählter Funktionsbereiche),
- Kapazitätsanpassungen von extramuraler Leistungserbringung (insbesondere interdisziplinäre Versorgungsmodelle wie z.B. selbstständige Ambulatorien, Gruppenpraxen oder neu zu etablierende innovative Versorgungsformen; erweiterte Öffnungszeiten) unter Berücksichtigung der festzulegenden regionalen Versorgungsaufträge (vor allem bei neuen Vertragsabschlüssen),
- Festlegung von „Best Points of Service“ mittels regionaler Versorgungsaufträge differenziert nach Versorgungsebenen und Einführung von integrierten Versorgungsmodellen.

Diese Maßnahmen werden dazu beitragen, dass sich die Zahl der Spitalsaufenthalte an das medizinisch notwendige Ausmaß anpassen wird.

Weiters werden auch die Festlegungen zur Ergebnisorientierung einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, dass die Gesundheitsversorgung u.a. einer Evidenzbasierung von Diagnose- und Behandlungsmethoden (health technology assessment) sowie einer Kosten-Nutzenbewertung unterzogen wird. Auch dies wird zu einer Reduktion unnötiger Spitalsaufenthalte sowie medizinisch nicht induzierter Behandlungen führen.

Die Gesundheitsreform 2012/2013 wird damit das bisher umfassendste, zielgerichtete und ergebnisorientierte Maßnahmenpaket zur Folge haben, das eine bessere Ausgewogenheit der Gesundheitsversorgung auf den verschiedenen Versorgungsebenen und eine Annäherung der derzeit noch hohen Krankenhaushäufigkeit an internationale Benchmarks bewirkt.

Fragen 4 und 5:

Das in Österreich seit 15 Jahren für die Verrechnung von stationären Leistungen in Spitälern in Verwendung stehende System der „Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung“ (LKF) hat, wie auch eine wissenschaftliche Evaluierung der ersten zehn Jahre ergeben hat, eine Reihe von Verbesserungen mit sich gebracht. So konnte u.a. die Transparenz des Leistungsgeschehens wesentlich verbessert, eine leistungsgerechte Allokation der Finanzmittel und auch eine Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer erreicht werden. Als verbesserungswürdig wurden die unterschiedliche Anwendung des LKF in den Ländern, die nach Versorgungssektoren getrennten Finanzierungssysteme und Organisationsstrukturen und die mangelnde Abstimmung zwischen stationären und ambulanten Versorgungsangeboten gesehen. Entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung dieser Situation werden nunmehr im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit getroffen (siehe dazu die Beantwortung der Fragen 1 bis 3).

Jedes Finanzierungs- bzw. Abrechnungssystem setzt Anreize. Auch um negative Anreize hintanzuhalten wird das LKF-Modell im Jahresrhythmus gewartet und darüber hinaus in größeren Zeitabständen umfassenden Revisionen unterzogen. Kommende Anpassungen des LKF-Systems werden sich auch an den Maßnahmen der Zielsteuerung-Gesundheit zu orientieren haben.

So besteht zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung bereits Einvernehmen darüber, dass die bestehenden Finanzierungs- und Honorierungssysteme (einschließlich des LKF-Systems) am „Best Point of Service“ auszurichten sind. So soll beispielsweise bei ausgewählten Krankheitsgruppen durch Sicherstellung einer bundesweit einheitlichen Dokumentation und Abrechnung von Eintagspflegen und spitalsambulanten Fällen eine Beseitigung der Fehlanreize zu vorrangig stationärer Versorgung in der derzeitigen Finanzierung erreicht werden. Des Weiteren ist u.a. auch vorgesehen, entsprechende Anreizsysteme zur Forcierung tagesklinischer Leistungserbringung in adäquaten Versorgungsstrukturen zu schaffen.

Mit der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit hat man sich auch auf die Lösung eines grundlegenden Problems im Gesundheitssystem verständigt, nämlich die getrennten Zuständigkeiten und die getrennte Finanzierung von intramuralem (Spitäler) und extramuralem Bereich (Arztpraxen, Ambulatorien). Mit dem Ziel der besseren Abstimmung zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens, vor allem zwischen dem niedergelassenen Versorgungsbereich und den Krankenanstalten, werden auch Anreize, die sich aus den unterschiedlichen Abrechnungssystemen ergeben, in Angriff genommen. Durch die auf dem Prinzip Kooperation und Koordination basierenden Zielsteuerungsverträge sollen organisatorische und finanzielle Partikularinteressen der Systempartner überwunden werden.

Frage 6:

Es wird davon ausgegangen, dass die ärztliche Entscheidung zur Durchführung einer Therapie/Operation ausschließlich nach medizinisch-wissenschaftlichen Grundlagen erfolgt. Im Zuge der verpflichtenden medizinischen Dokumentation und darauf basierend im Rahmen der Qualitätssicherung der Ergebnisse wird auf die Thematik der Indikationsstellung nach „state of the art“ ein hoher Stellenwert gelegt. Sollten medizinische Entscheidungen nicht nachvollziehbar, wissenschaftlich nicht belegbar und nicht transparent dargestellt werden, ist es in der Kompetenz der Rechtsträger der Krankenanstalten sowie der Österreichischen Ärztekammer (Disziplinarrecht), hier geeignete Maßnahmen zu setzen.