

---

**268/A(E) XXII. GP**

---

**Eingebracht am 12.11.2003**

**Dieser Text ist elektronisch textinterpretiert. Abweichungen vom Original sind möglich.**

## **ENTSCHLIESSUNGSANTRAG**

der Abgeordneten Lackner, Renate Csörgits, Erika Scharer, Beate Schasching, Heidrun Silhavy, Ing. Kaipel, Dr. Kräuter, Mag. Maier, Spindelberger und GenossInnen

betreffend **umfassende Qualitätsoffensive im Bereich der niedergelassenen Ärzte und im Spitalsbereich**

Die Versorgung von Kranken mit Gesundheitsleistungen und -gütern im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt durch Vertragspartner. Die Versicherungsträger erbringen diese Leistungen nur teilweise in eigenen Einrichtungen; es sind zumeist niedergelassene Ärzte, Spitäler etc., die vertraglich zur Erbringung von Sachleistungen auf Kosten der Sozialversicherung verpflichtet sind. Die Rechtsgrundlage bilden Gesamtverträge zwischen den Ärzteverbänden und den Krankenversicherungsträgern sowie Einzelverträge bzw. Verträge mit Spitälern.

### **Qualität als Voraussetzung für Effektivität und Effizienz**

Wie die Vertragspartner die von PatientInnen benötigten Leistungen erbringen, ist für die Effektivität und - letztlich - für die Wirtschaftlichkeit (Effizienz) der Leistungserbringung und des Gesundheitssystems insgesamt von zentraler Bedeutung.

Unter Effektivität im Gesundheitswesen sollen die diagnostischen und therapeutischen Ergebnisse medizinischer Interventionen bei routinemäßigem Einsatz verstanden werden.

Eine höhere Effizienz im Gesundheitswesen bedeutet, dass Leistungen zu geringeren Kosten, aber mit für die PatientInnen gleicher Wirksamkeit erbracht werden. Diese „Verbilligung“ kann Folge einer Produkt- oder Prozessinnovation sein.

Nachhaltige medizinische Effektivität setzt Leistungserbringung *lege artis* voraus. Vergleichbar mit betrieblicher Qualitätssicherung ist daher im Gesundheitswesen darauf zu achten, dass Leistungen *state of the art* erbracht werden, um einer Fehlversorgung vorzubeugen. Das ist der Fall, wenn diagnostische oder therapeutische Verfahren benützt werden, die weder zu einer Unter- oder einer Überversorgung führen noch mangelhaft durchgeführt werden. Der ökonomische Nutzen ist, dass keine finanzielle Ressourcen vergeudet werden.

Daher ist Qualitätssicherung ein wichtiges Element einer sowohl präventiven als auch auf die Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens bedachten Gesundheitspolitik. Sie ist ein Instrument, demografisch oder durch den medizinisch - technischen Fortschritt verursachte Ausgabensteigerung des Gesundheitssystems in ihrem Wachstum zu dämpfen.

### **Qualität state of the art**

Vor Zulassung innovativer medizinischer Verfahren oder Heilmittel sollte im Rahmen eines Health Technology Assessments (HTA) nicht nur die medizinische (Indikation, Sicherheit), sondern auch die ökonomische (Effizienz) und ethische Gesichtspunkte bewertet werden.

Nach der Zulassung hilft eine evidenzbasierte Medizin (EBM) die Gesundheitsrisiken zu minimieren. Neue Erkenntnisse der Medizin - auch Warnungen vor dem Einsatz neuer Heilmittel oder Geräte - müssen automationsunterstützt jedem Arzt und Spital zugänglich gemacht werden.

Bei Diagnostik, Therapie und Pflege sind Behandlungsstandards im Sinne von „Behandlungskorridoren“ zu beachten. Für neue medizinische Methoden muss vorab geklärt werden, welchen Stellenwert sie im Rahmen dieser guide-lines haben sollen, dh welche bisherige Mittel sie allenfalls ersetzen oder sinnvoll ergänzen können. Sowohl für die EBM als auch für die Erstellung von Leitlinien ist eine unabhängige Qualitätssicherungsstelle einzurichten, die auch den benötigten Support geben kann.

### **Struktur- und Prozessqualität**

Ob Leistungen bedarfsgerecht erbracht werden können, ist auch eine Frage der Struktur- und Prozessqualität. Darunter ist der Erwerb von Fähigkeiten zu verstehen, Entscheidungen über die Anwendung geeigneter diagnostischer bzw. therapeutischer Methoden treffen und die Behandlung durchführen zu können. Daher ist Fortbildung eine wichtige Voraussetzung für Qualitätssicherung; das gilt selbstverständlich für alle medizinisch-pflegerischen Berufe.

Prozessqualität wiederum setzt ein koordiniertes Zusammenwirken von optimaler ärztlicher Hilfe gleichgestellter Versorgung und Pflege voraus. Dabei müssen Schnittstellen durch ein entsprechendes Disease-Management überbrückt werden. Qualität im Gesundheitswesen heisst auch, dass gesundheitsschädliche, jedenfalls aber mit Unannehmlichkeiten und unnötigen Kosten verbundene Doppel- oder Mehrfachbefundungen und -therapien („Doppelgleisigkeiten“) verhindert werden.

### **Spitalsambulanzen oder niedergelassene Fachärzte**

Idealerweise sollen PatientInnen nur jene Gesundheitseinrichtungen in Anspruch nehmen, welche die erforderliche Leistung qualitativ am Besten erbringen, wobei - in einem weiteren Schritt - festzulegen ist, welche von zwei oder mehreren in Frage kommenden Gesundheitseinrichtungen (praktische Ärzte, niedergelassene Fachärzte, Spitalsambulanzen, Spitäler) diese Leistung nicht nur in gleicher Qualität, sondern auch volkswirtschaftlich am Günstigsten erbringen kann. Die ambulante Angebotsstruktur im Gesundheitswesen hat sich ausschließlich nach dieser gesundheitspolitischen Grundsatzentscheidung zu richten.

### **Die „Rolle“ der Anbieter im Leistungsgeschehen**

PatientInnen sollen die „richtigen“ LeistungsanbieterInnen in Anspruch nehmen. Folgerichtig ist die Funktion der einzelnen Anbieterebenen (insbesondere im Verhältnis Allgemeinmedizinerinnen zu Fachärztinnen) arbeitsteilig zu definieren. Allerdings ist nicht davon auszugehen, dass damit alle „falschen“ Zugänge der PatientInnen in das Gesundheitssystem geschlossen werden können. Daher ist ein Hausarztssystem („Gatekeeper“) zu überlegen oder wenigstens optional vorzusehen; Hausärzte sollen erst bei komplizierten Fällen an Fachärzte oder Ambulanzen überweisen.

### **„Vernetzung“ der Anbieter**

Es ist dringend notwendig bessere Kommunikationsstrukturen zwischen den Behandlungsinstanzen aufzubauen, um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden. Gesundheitssicherung ist als ein Kontinuum zu betrachten, das nicht mit der Akutbehandlung endet, sondern auch Rehabilitation, extra - und intramurale Pflege, soziale Dienste etc. und - vor Ausbruch der Krankheit - auch die Prävention umfasst.

### **Behandlungsstandards**

Zur internen Qualitätssicherung sind auf der Grundlage des „best-practise“ verbindliche diagnostische und therapeutische Behandlungsstandards im Sinne von Behandlungskorridoren festzulegen. Diese sollten in Zukunft in systematischer Weise sowohl für den extra - als auch im intramuralen Bereich festgelegt und umgesetzt werden.

Es sollten Standards sein, die nicht im „Bargaining“ zwischen den Vertragspartnern, sondern nur von einer unabhängigen, am Besten einer staatlichen Qualitätssicherungsstelle erstellt werden können.

Besonders im Bereich der niedergelassenen Ärzte besteht derzeit ein ernsthaftes Defizit in der Qualitätssicherung. Hier gibt es im Vergleich zu den Krankenanstalten noch enormen Aufholbedarf. Für die Fortbildung soll es Zertifikate geben.

### **Externe Qualitätskontrolle**

In Zukunft muss es eine rechtlich durchsetzbare Verantwortung für Qualität und Ökonomie im Gesundheitswesen geben. Im ambulanten Sektor könnten diesen Bemühungen durch eine „Normkostenhonorierung“ ärztlicher Leistungen Nachdruck verliehen werden.

Verbindlichkeit der Standards - verankert in den Berufsgesetzen und in Kassenverträgen - bedeutet externe Kontrolle der Einhaltung der Standards und Sanktionierbarkeit. Dazu sind entsprechende Kontrollinstrumente zu entwickeln.

Schon jetzt besteht durch die Folgekostenanalyse die Möglichkeit, die „ökonomische Behandlungsweise“ zu überprüfen; dieses Recht sollte auch im Gesetz verankert werden und gegebenenfalls mit wirtschaftlichen Konsequenzen verbunden sein.

Es ist jedoch sehr sinnvoll, die Ärzte bei der Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsprinzips zu unterstützen. So sollten die Kassen die Ärzte besser über die Verordnung von Medikamenten informieren. Die Apotheken sollten bei der Auswahl des ökonomisch günstigsten Medikaments, zB durch das „Substitutionsrecht“, das verschriebene Medikament gegen ein wirkungsgleiches, aber billigeres auszutauschen, helfen (Ausnahme: ausdrücklicher Ausschluss durch den Arzt).

Bedenkt man, welche Unterschiede in der Zahl der Heilmittelverordnungen pro Fall zwischen den Bundesländern bestehen (Steiermark 2,76; Wien 4,7), wird klar, dass durch die Änderung der Verschreibep Praxis noch beachtliche Einsparmöglichkeiten erzielt werden können.

Die unterfertigten Abgeordneten stellen daher nachfolgenden

### **Entschließungsantrag:**

„Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen wird aufgefordert, dem Nationalrat bis 29. Mai 2004 eine Regierungsvorlage für eine umfassende Qualitätsoffensive vor allem im Bereich der niedergelassenen Ärzte, die dem Prinzip interner Qualitätssicherung und externer Qualitätskontrolle entspricht, zuzuleiten. Die Gesetzesvorlage hat insbesondere folgende Punkte zu enthalten:

Im Bereich der niedergelassenen Ärzte sind zusätzliche verbindliche Instrumente für die interne Qualitätssicherung und die externe Qualitätskontrolle zu schaffen.

Die rechtlichen Grundlagen für die Schaffung eines unabhängigen Bundesinstitutes für Qualitätsmedizin, in das alle Akteure des Gesundheitswesens einzubeziehen sind. Das Bundesinstitut für Qualitätsmedizin soll die Wirksamkeit von Methoden und Produkten bewerten.

Insbesondere sollen Kosten / Wirksamkeitsanalysen neuer Medikamente und neuer Behandlungsmethoden durchgeführt werden.

Das Institut soll aus Gebühren der Antragsteller finanziert werden.

Vor Willkür soll ein zweistufiges Verfahren und völlige Transparenz schützen.

Weiters wird die Bundesministerin für Frauen und Gesundheit aufgefordert, den eingeschlagenen Weg bei der Durchführung von Qualitätsprojekten im Spitalsbereich weiterzuführen.“

Zuweisungsvorschlag: Gesundheitsausschuss