

# Mehr Geld, mehr Gesundheit?

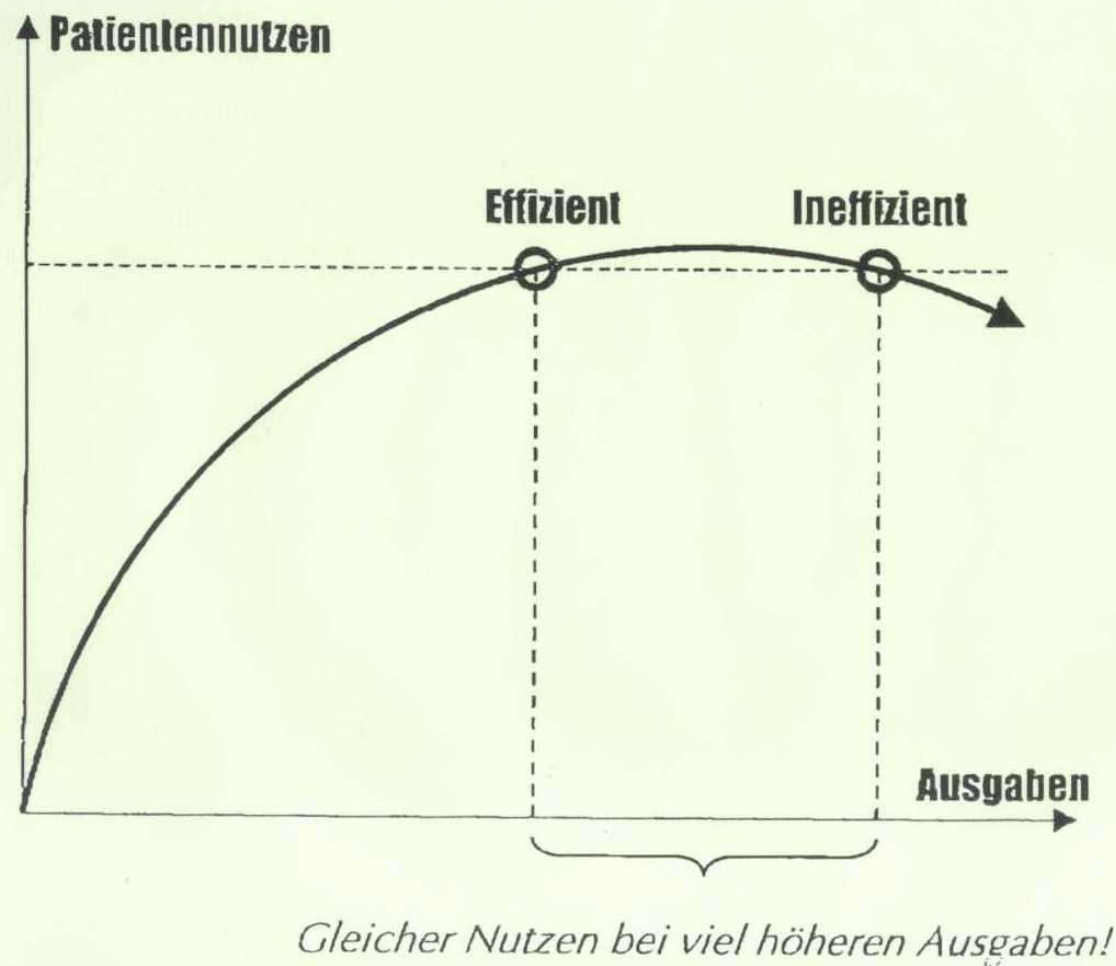
Dr. Martin Gleitsmann

21. März 2006

**Verstehen. Denken. Handeln.**



# Machen mehr Operationen, Tabletten und Röntgenbilder gesünder?



Mehr auszugeben, heißt nicht gleichzeitig, dass die Ressourcen sinnvoll eingesetzt werden.

Unsinnige Ausgaben sind gerade in der Medizin gefährlich und belastend für die Patienten!

**Leistung muss den Nutzen für die Patienten messen!**  
Das geht z.B. über Zufriedenheitsbefragungen, Gesundheitsberichte, o.ä.

- I. Die Herausforderungen
- II. Effizienzkapital nutzen
- III. Konkrete Reformvorschläge
- IV. Europäische Trends bei Gesundheitsreformen

# I. Die Herausforderungen

- Die demografische Entwicklung
- Der medizinisch-technische Fortschritt

Kostenexplosion, aber gleichzeitig:  
Wachstumsmarkt Gesundheit

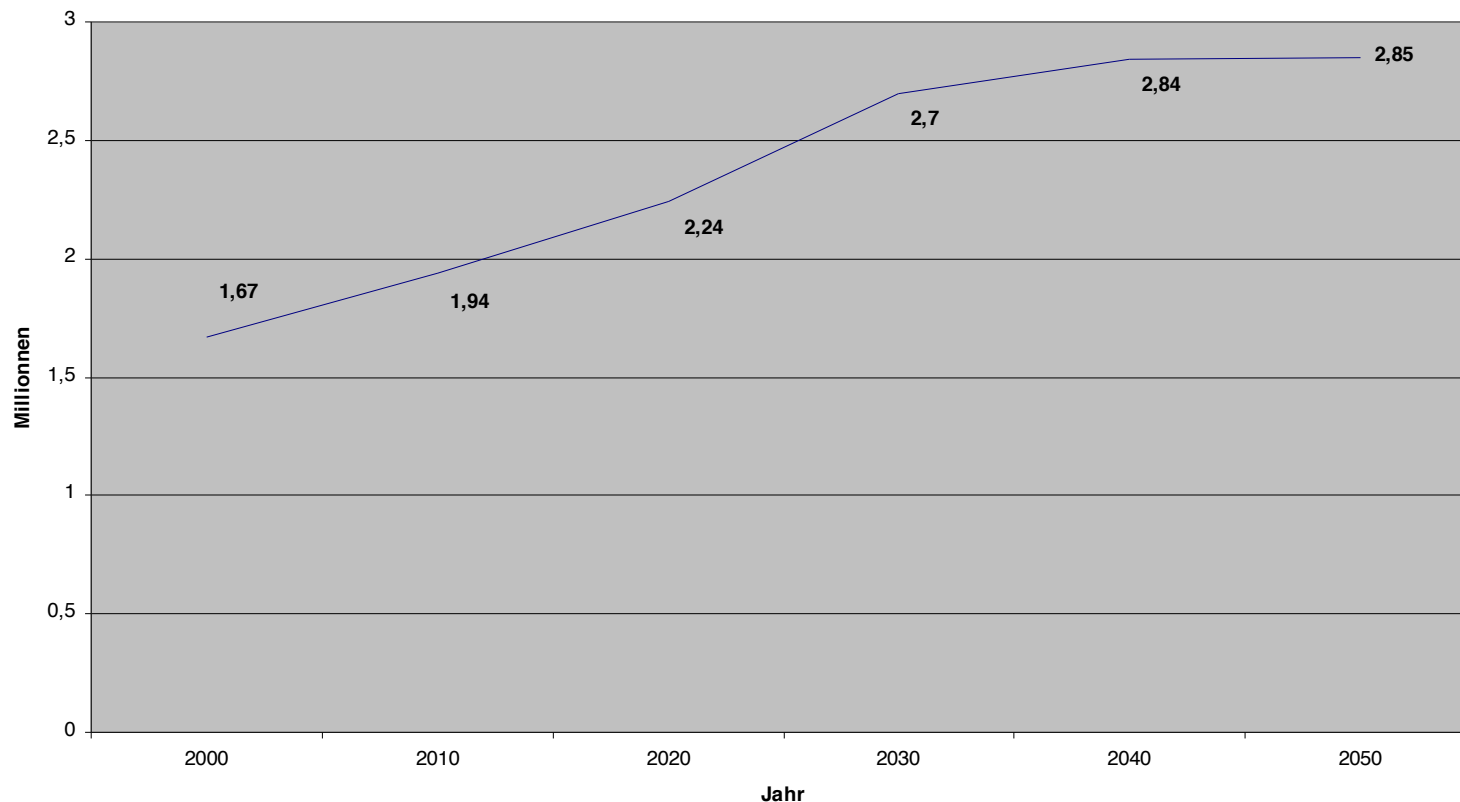
# 2041: mehr als 2 Millionen der über 60-jährigen

- **Lebensjahre in guter Gesundheit der über 60-jährigen Männer**
  - 1978: 12,6 Jahre
  - 1998: 16,6 Jahre
- **Lebensjahre in guter Gesundheit der über 60-jährigen Frauen**
  - 1978: 14,5 Jahre
  - 1998: 19,2 Jahre
- **Gesamtzahl der über 60-jährigen**
  - 2001: 1,7 Millionen
  - 2021: 2,28 Millionen
  - 2041: 2,85 Millionen

Quelle: Statistik Austria

# 2050: Zahl der über 60-jährigen steigt um 1.180.000

2050: Zahl der über 60jährigen steigt um 1.180.000



Quelle: Statistik Austria

# Kostenexplosion durch Personal und Technik

- Niedergelassener Bereich
  - 1970: 1 Arzt - 550 Personen
  - 2003: 1 Arzt - 230 Personen
  
- Stationärer Bereich
  - 1980: 100 Angestellte - 168 Betten
  - 2003: 100 Angestellte - 87 Betten

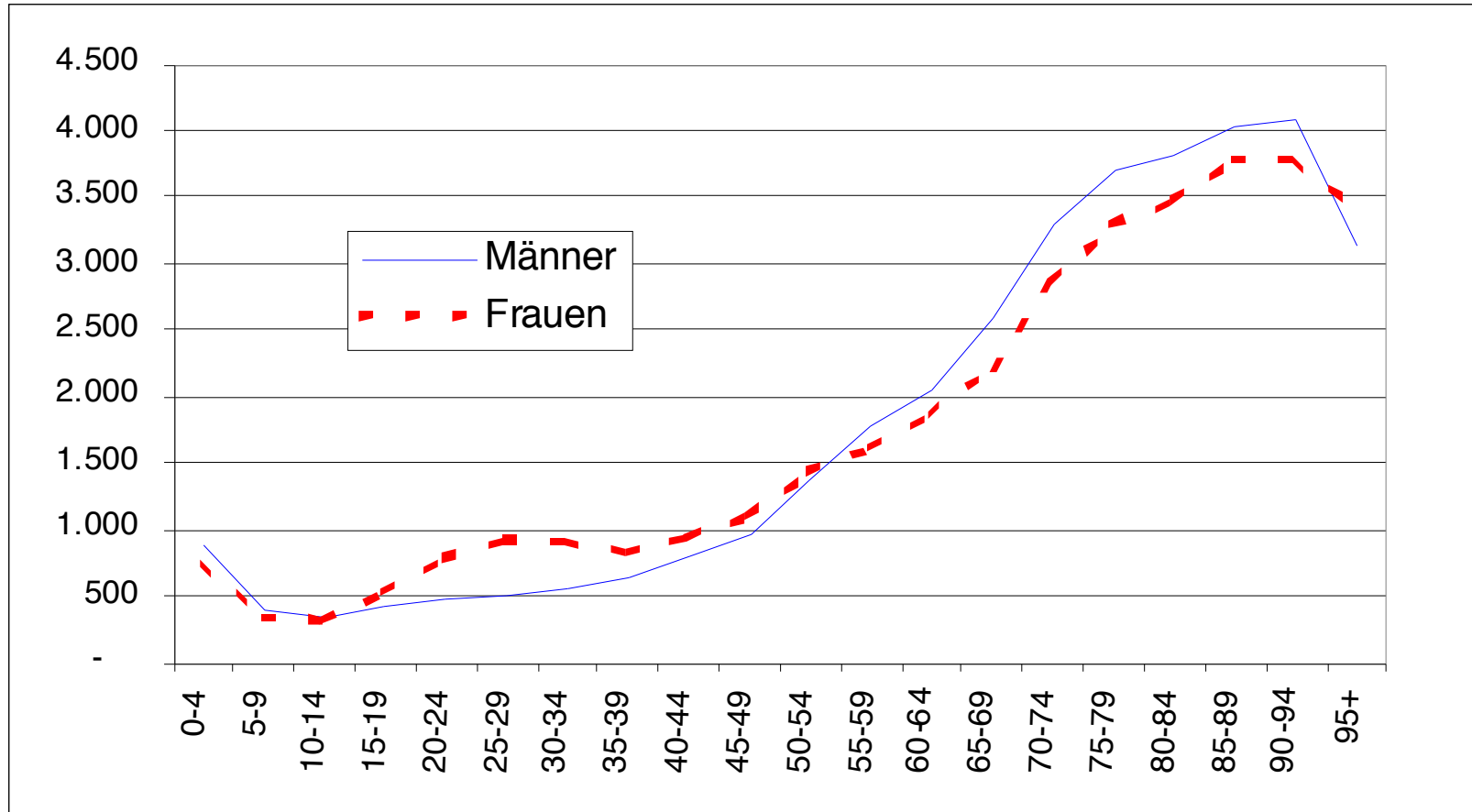
Quelle: Statistik Austria

# Prognosewerte - bis 2030

- Anzahl der Arztbesuche **+23 %**
  - Anzahl der von sozialen Diensten Betreuten **+78 %**
  - Zunahme der Spitalstage in Akutbetten **+35 %**
  - Anzahl der in Heimen Lebenden **+65 %**
  - Anzahl der Pflegegeldbezieher **+79 %**
  - Gesamtzahl der Pflegegeldkosten **+85 %**
- (Prognosewerte gemäß der Hauptvariante, die als realistische Durchschnittszenario angesehen wird)

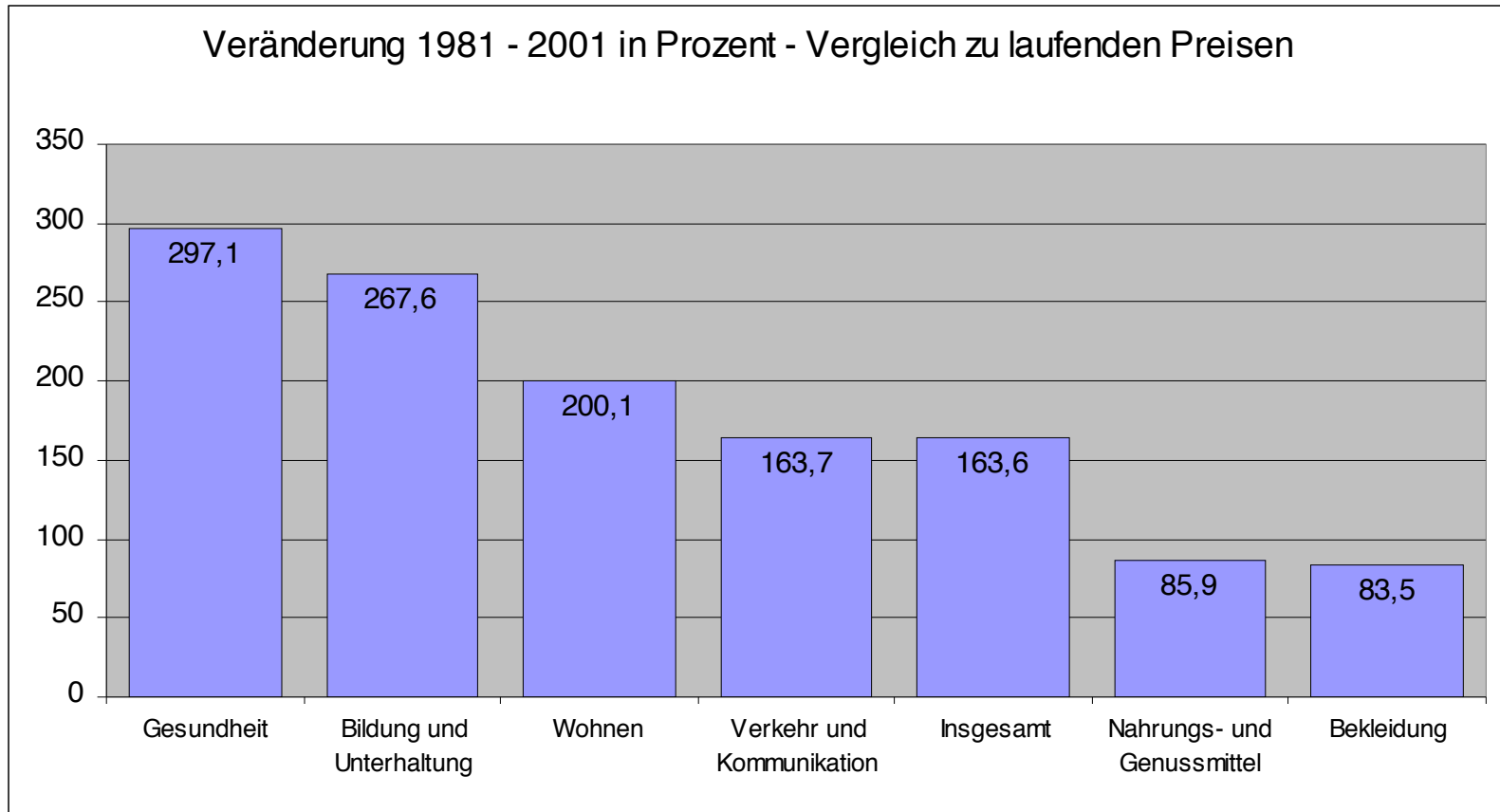
Quelle: Statistik Austria

# Öffentliche Gesundheitsausgaben pro Kopf nach Altersgruppen (Akutversorgung), in Euro, 2000



Quelle: IHS HealthEcon 2002

# Konsumausgaben der Österreicher für Gesundheit innerhalb von 20 Jahren verdreifacht!

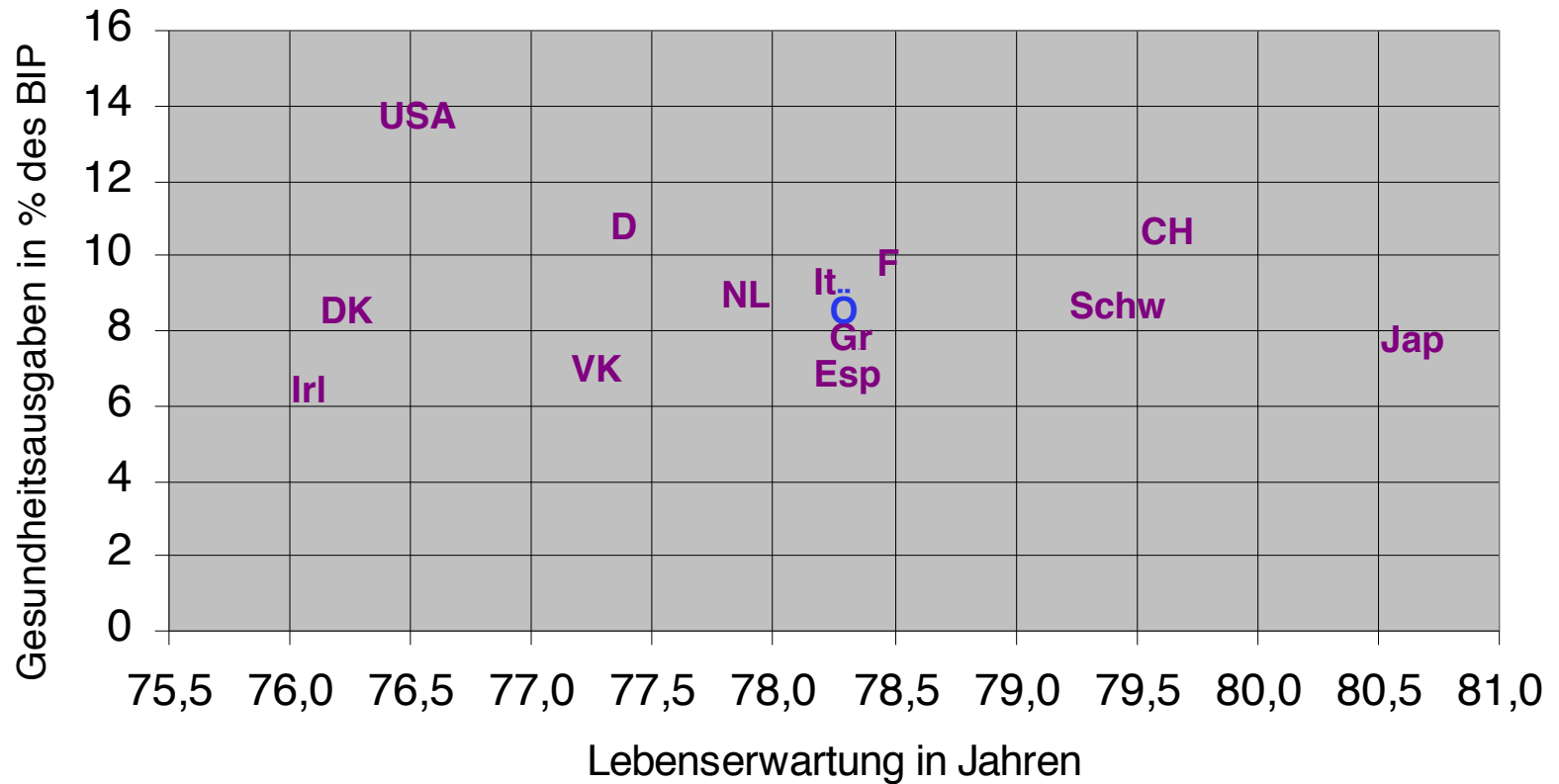


Quelle: ÖSTAT

## II. Effizienzkapital nutzen

- Rationalisierung statt Rationierung
- Strukturmaßnahmen vor Mittelzufuhr
- Koordination, Vernetzung und Steuerung statt Beliebigkeit und Nebeneinander
- Qualitätsoptimierung vorrangig

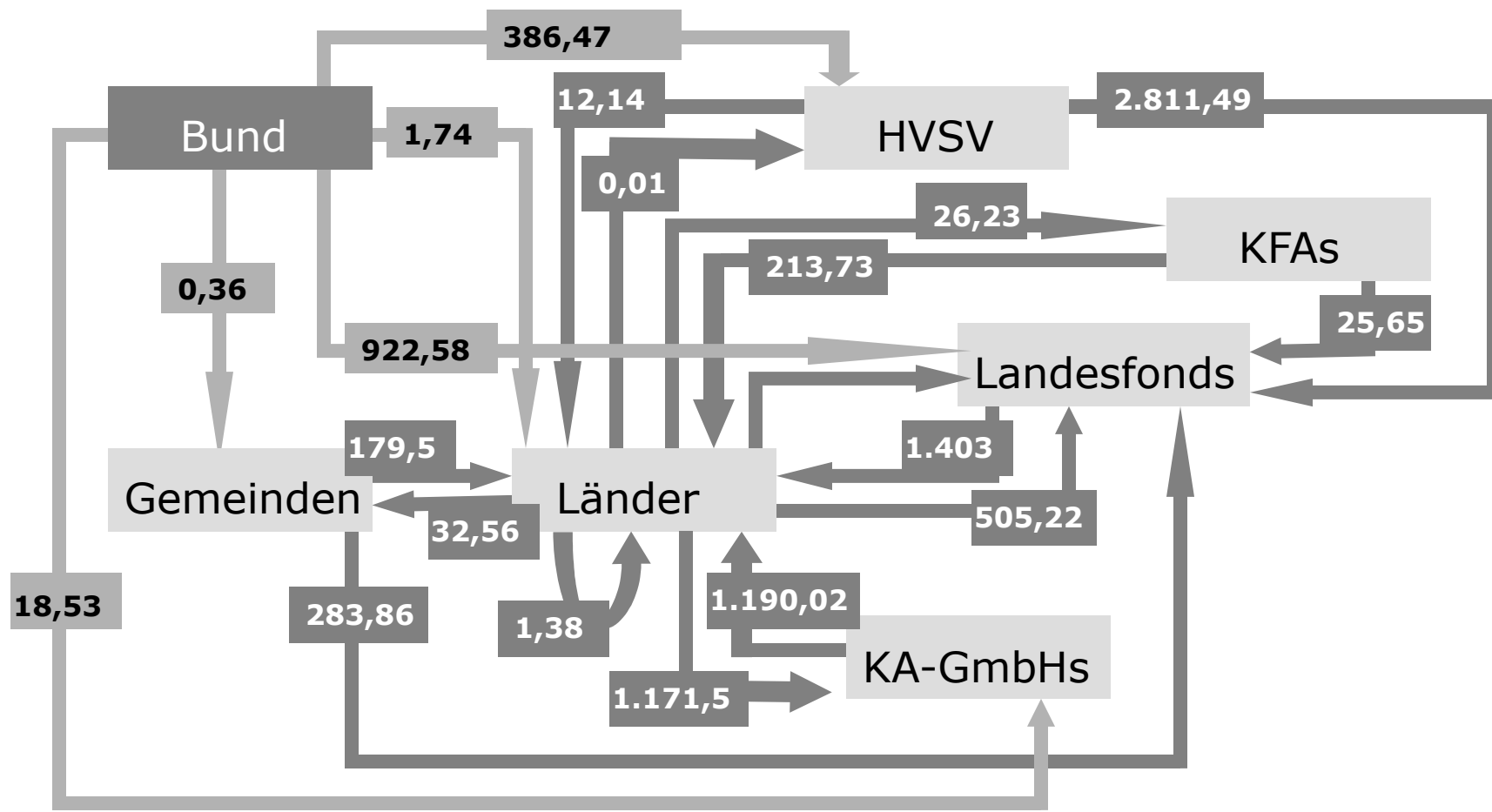
# Effizienz des Gesundheitssystems



Quelle: Institut der deutschen Wirtschaft

# Gesundheitssystem - Finanzierungsverflechtungen (1999)

## Bruttoausgabenströme in Mio. €



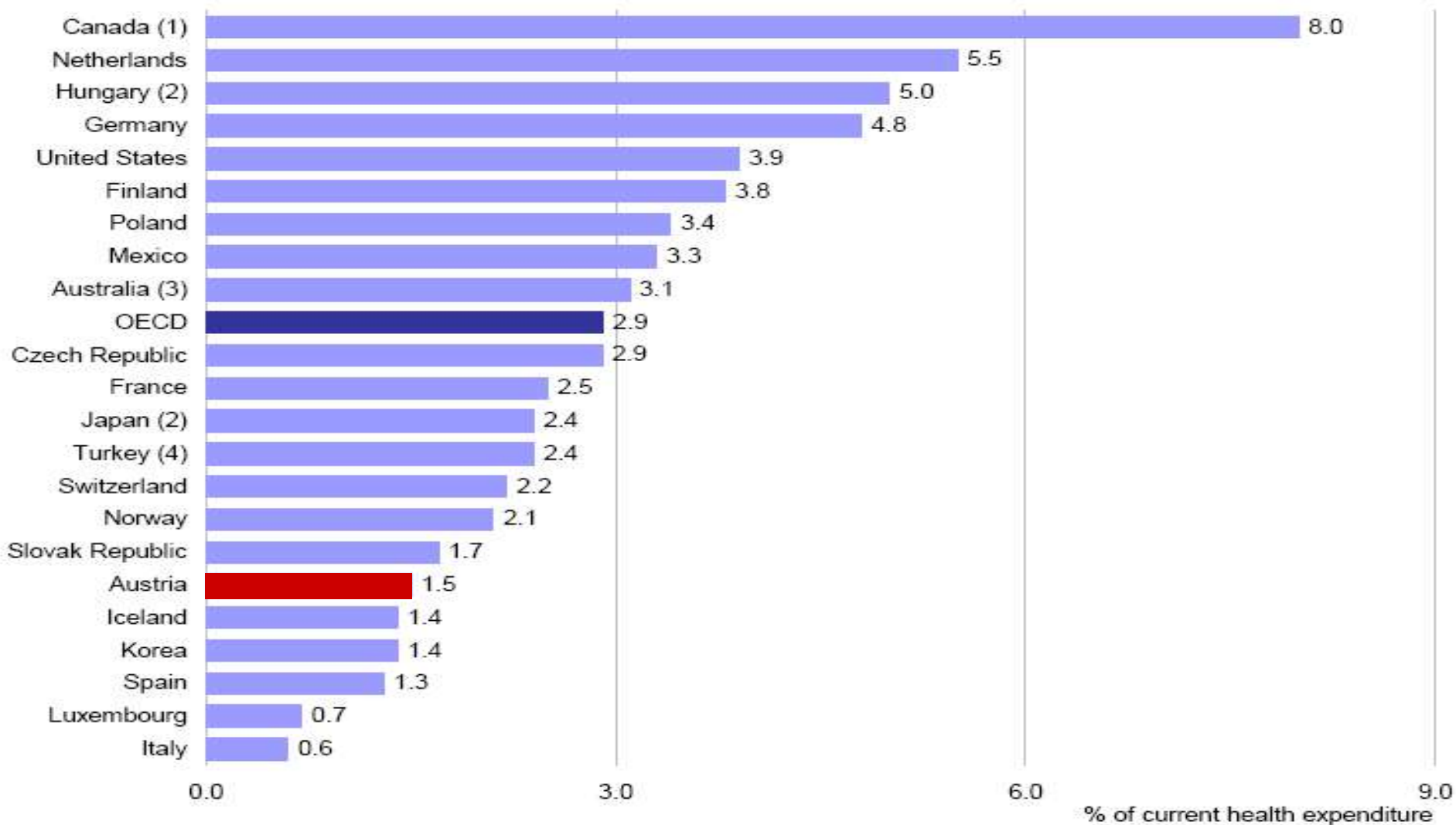
Quelle: Industriewissenschaftliches Institut

- **Prof. Husslein (AKH Wien):**  
*„Derzeit ist das österreichische Gesundheitswesen zwar im Ergebnis hervorragend, die Effizienz betreffend aber erschreckend schlecht. Plastisch gesprochen wird das Geld an allen Ecken und Enden „verbrannt“. ... Wir müssen demnächst unsere „Hausaufgaben machen“ und die Effizienz des Systems spürbar steigern - meiner Ansicht nach noch bevor substantielle neue Mittel in dieses System fließen.“*  
(Kommentar im Standard, 2.9.05)
- **Dr. Claudia Wild (Akademie der Wissenschaften):**  
*„Im österreichischem System ist ausreichend Geld. Der zielgerichtete Einsatz ist das eigentliche Problem.“*  
(Profilinterview 22.8.05)

# III. Konkrete Reformvorschläge

1. Fehlzeiten managen - Gesundheit fördern - Krankenstände abbauen
2. Effiziente Planung im Spitalsbereich sowie effiziente betriebswirtschaftliche Führung der Spitäler bringt hohe Einsparungspotentiale
3. Kosten- und Qualitätsvergleiche zwischen den SV-Trägern steigern die Effizienz: Zielerreichung mit Belohnung
4. Qualitätsmanagement für Leistungsanbieter (Qualitätswettbewerb)
5. Optimale und qualitätsgesicherte Behandlung: Behandlungspfad und Disease Management
6. Einsparungspotentiale durch e-health

# OECD-Studie: Gesundheitsausgaben für Prävention



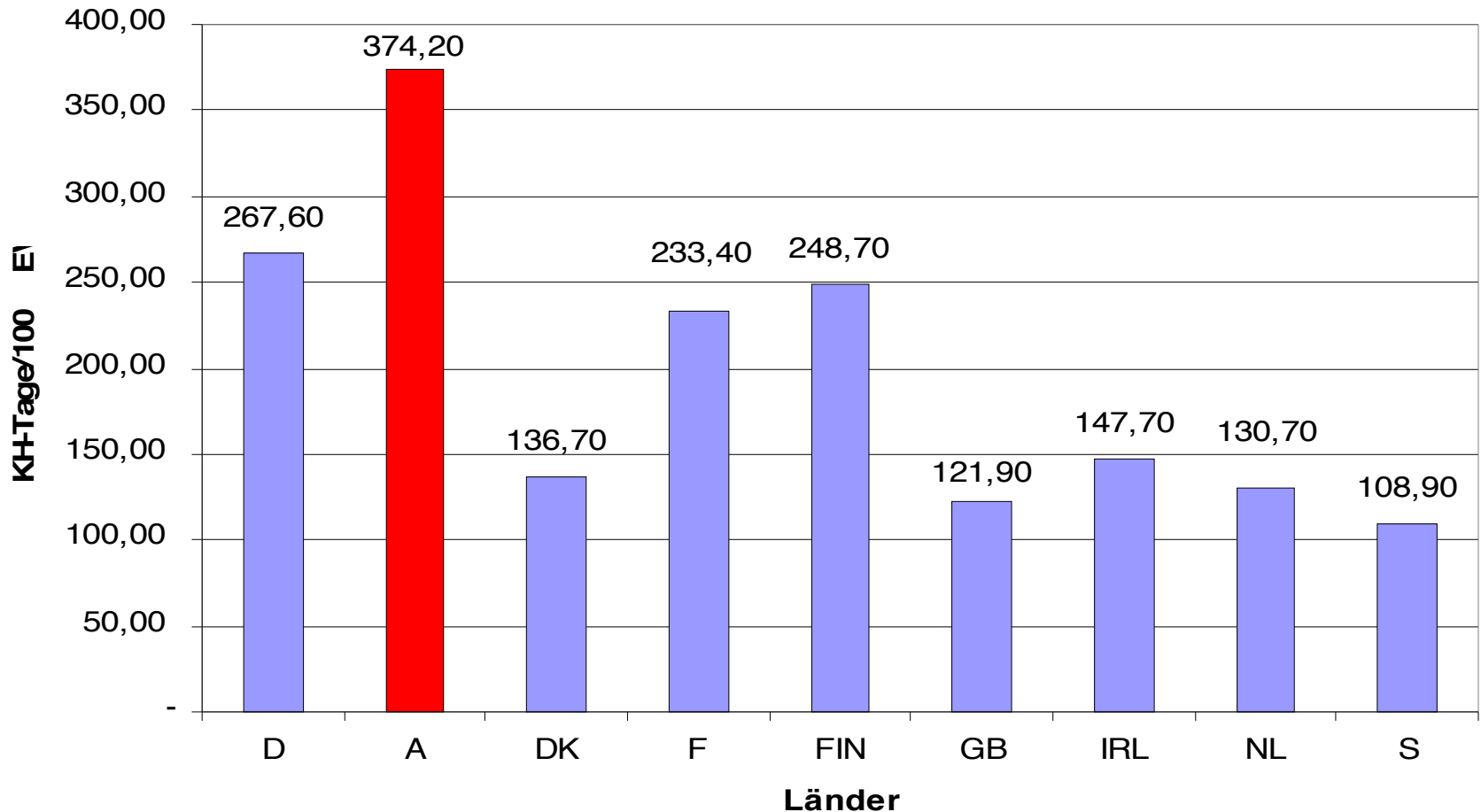
Quelle: OECD Health Data 2005

# Fehlzeiten managen - Gesundheit fördern - Krankenstände abbauen

- Kosten krankheitsbedingter Ausfallzeiten für Betriebe (IHS-Studie): direkt ca. 1,4 Mrd. Euro  
indirekt bis zu 5,6 Mrd. Euro
- Deutscher Fehlzeitenreport 2002: Ausfallkosten für Betriebe:  
70 Mrd. Euro
- Erstellung eines Fehlzeiten-Reports
- Ausbau der Betrieblichen Gesundheitsförderung
- WKÖ-Studie „Gesund durchs Arbeitsleben“

# Die Strukturprobleme im Gesundheitssystem

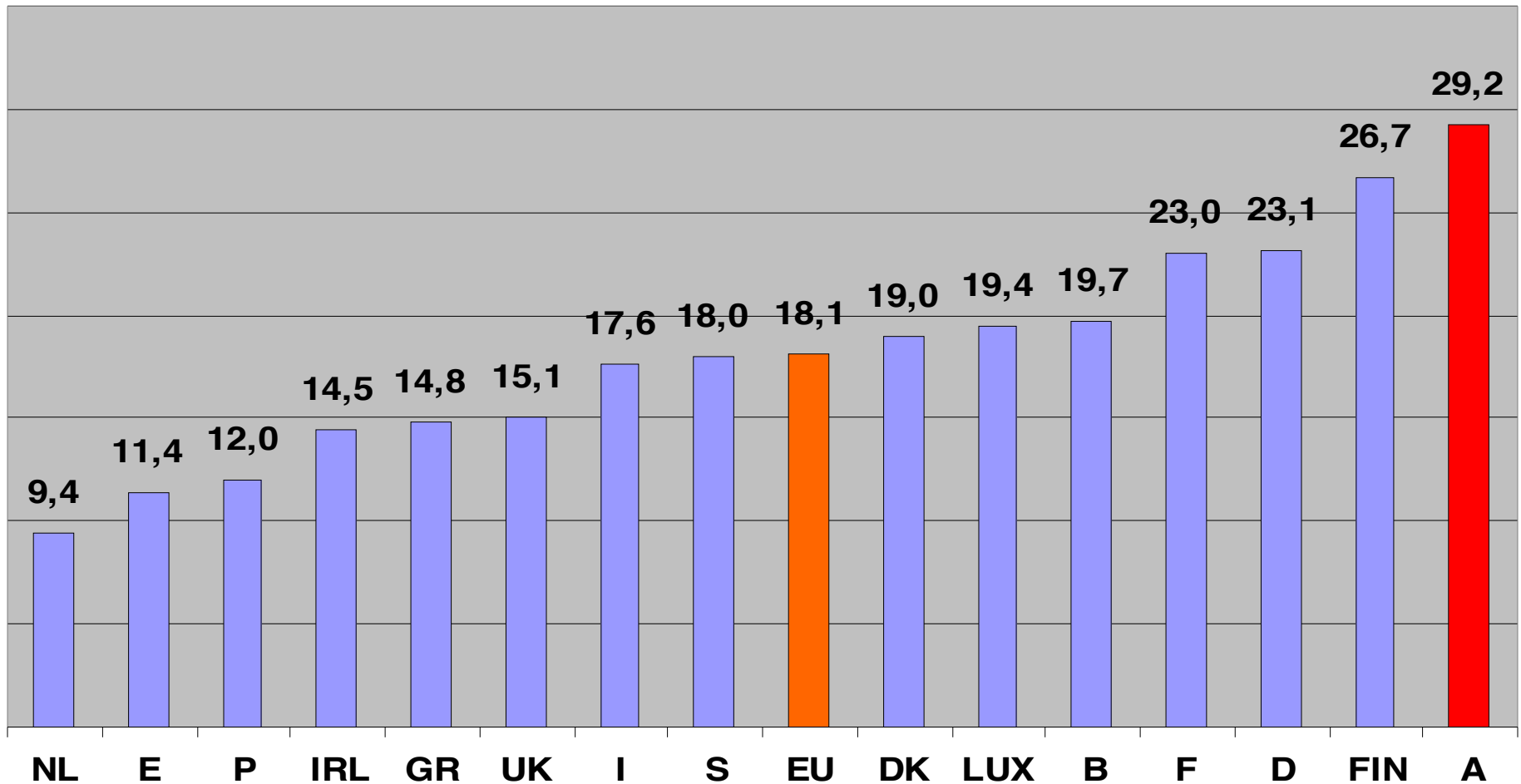
## Krankenhaustage je 100 Einwohner (2000)



Quelle: Pegasus, Schneider, Hofmann, Köse, Zuzahlungen im internationalen Vergleich, Basys, 2004  
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

# Die Strukturprobleme im Gesundheitssystem

## Aufnahmen in Akutkrankenhäusern pro 100 Einwohner

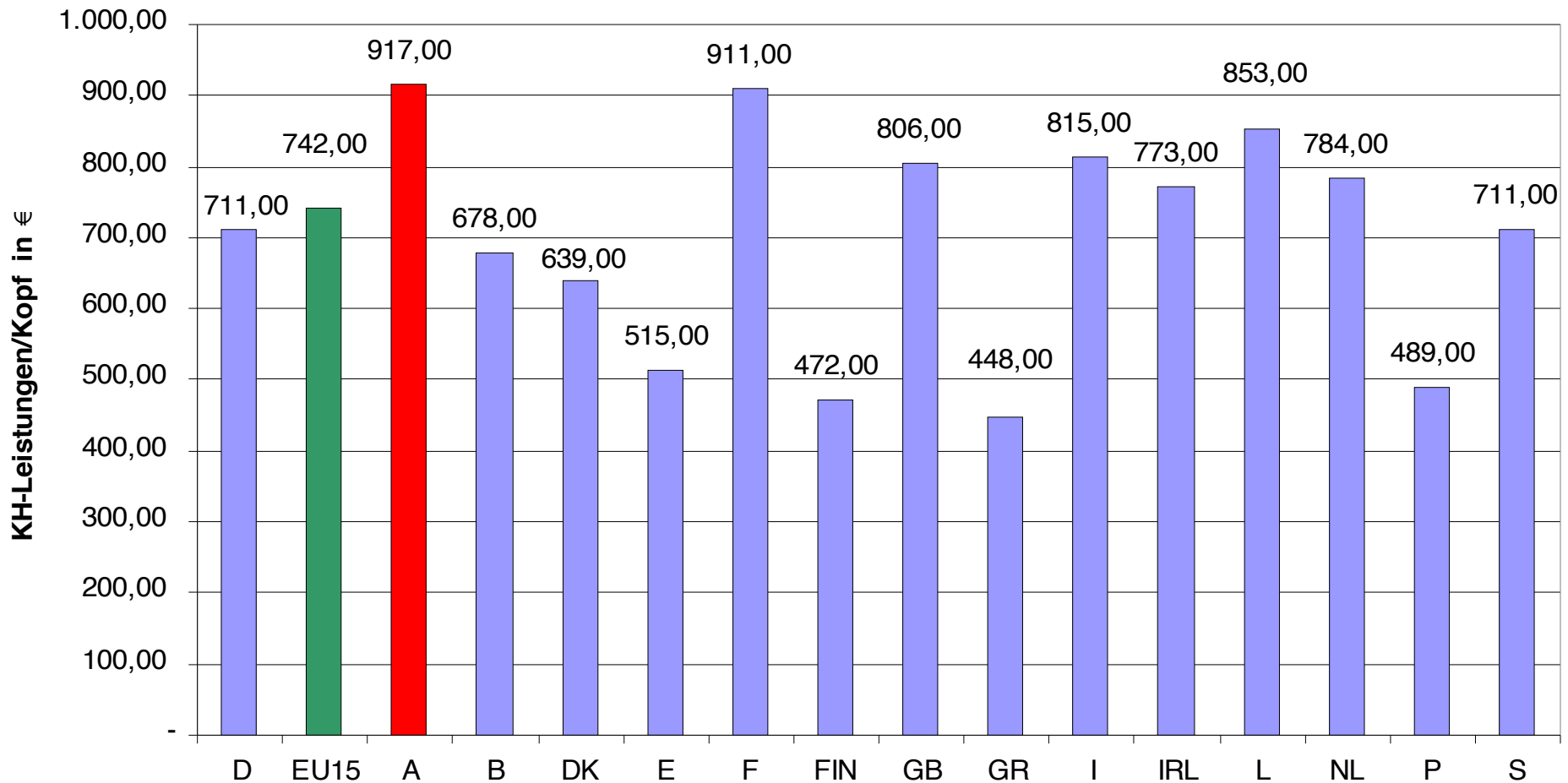


Jahr 2000 bzw. letztverfügbare Zahl

Quelle: WHO

# Die Strukturprobleme im Gesundheitssystem

## Krankenhausleistungen pro Kopf in EUR, 2000



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

# Effiziente Planung im Spitalsbereich

## Weitere Problembereiche in Österreich:

- Bericht des Kontrollamts in Wien: durch besseres Bettenmanagement könnten beispielsweise 400 Hüften pro Jahr mehr operiert werden kürze Wartezeiten für Patienten
- OECD-Studie: Österreich übertrifft hinsichtlich der MRT-Ausstattung den EU-Durchschnitt bei weitem, so kommen in Schweden auf eine Million Einwohner 6,8 Geräte, in den Niederlanden 3,9 Geräte und in Deutschland 6,2 Geräte während in Österreich 8,4 Geräte zur Verfügung stehen.
- Die Schnittstellenproblematik zwischen den Versorgungsebenen (Spitäler - Ambulanzen - niedergelassene Ärzte) und den Bundesländern (nach einem Rechnungshofbericht könnte allein durch die Kooperation zwischen den Krankenhäusern Hainburg und Kittsee jährlich über 7 Mio. Euro eingespart werden!).

# Effiziente Planung im Spitalsbereich

## Redimensionierung der österreichischen Spitallandschaft:

- Einrichtung von Gesundheitszentren (regional, länder- und staatenübergreifend)
- Verlagerung in den niedergelassenen Bereich
- Einsparungspotential:
  - Rechnungshof: 2,9 Mrd. EUR
  - ÖBIG (keine Standortschließungen): 73 Mio. EUR
  - Köck (Reduktion der Krankenhaushäufigkeit samt Bettenabbau): 658 Mio. EUR

# Einsparungspotentiale in der Betriebsführung der Spitäler

- Personal, Einkauf, IT uva. Teilbereiche (zB würden kommunale Häuser die Produktivität von Ordenskrankenhäuser erreichen, könnten allein in Wien bis zu 170 Mio. EUR eingespart werden - IHS-Studie)
- Einsparung durch Zusammenarbeit (regional, länder- und staatenübergreifend)
- Andere Betriebsformen: PPP-Modelle, Privatisierung von Spitälern

# Gebietskrankenkassen im Vergleich Oberösterreich und Wien

Beitragseinnahmen pro Versicherten	
1.433 €	1.495 €

Ausgaben pro Versicherten	
1.720 €	2.016 €

Ärztliche Hilfe pro Versicherten	
365 €	504 €

Rücklagen	
+ 162 Mio. €	- 297 Mio. €

# Kosten- und Qualitätsvergleiche zwischen den SV-Trägern steigern die Effizienz: Zielerreichung mit Belohnung

- Kosten und Qualitätsvergleiche transparent machen (zB Kopfquoten für ärztliche Hilfe, Arzneimittel etc.)
- Anreiz für effizientes Wirtschaften (Bonus-System) einführen
- Werden Ziele nicht erreicht, werden Maßnahmen für eine Verbesserung der Performance durchgeführt
- Einrichtung eines eigenen Zielerreichungstopfes

# Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle fehlen

Derzeit existiert im gesamten österreichischen Gesundheitswesen nahezu kein Qualitätsmanagement oder eine Qualitätssicherung

Medizinische Fehler werden überhaupt nicht dokumentiert und daher wiederholt

# Qualitätsmanagement für Leistungsanbieter (Qualitätswettbewerb)

- Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität
- Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern
- Mehr Transparenz für die Patienten durch Rankings
- Fehlermanagement: Wichtig ist, dass sowohl gute, v.a. aber mangelhafte Qualität auffällt und zu Konsequenzen führt

# Optimale und qualitätsgesicherte Behandlung: Behandlungspfad und Disease Management

- Steuerung statt Beliebigkeit
- „Behandlungspfad“ (Managed Care-Modell)
- Praktischer Arzt (Hausarzt) oder Apotheken als erste Ansprechpartner
- Unabhängiges Institut für Qualitätssicherung soll Behandlungsweg evidenzbasiert festlegen
- Therapiebegleitung für chronisch Kranke
- Disease-Management-Programme bei Diabetes könnten sofort gestartet werden
- Optionenmodelle (Vorbild Gewerbliche Krankenversicherung)

# Zahlen und Fakten zum 14.03.2006

 Versandte e-cards	8.558.896
 Angeschlossene Vertragspartner	11.044
 e-card Konsultationen	
 Seit 03/2005	48.701.634
 Tägliches Aufkommen	380.000 – 520.000
 All time high (9. Jänner 2006)	580.000
 SAS Abfragen	16.583
 ABS Anträge (täglich)	500-680

## IV. Europäische Trends bei Gesundheitsreformen

- Deutschland: - Praxisgebühr  
- Pauschalprämienmodell vs. Bürgerservice
- Frankreich: - Zweckgebundene Steuern für Gesundheitswesen (Tabak, Alkohol, KFZ-Steuer)  
- Erweiterung der Beitragsgrundlage
- Niederlande: - Teilpauschalprämienmodell  
- Versicherungswettbewerb
- Schweiz: - Managed Care Modell  
- Prämienmodell