

WIFO 



ARBEITSGRUPPE VERWALTUNG NEU

STAND: 31.05.2010

Arbeitspaket 10

GESUNDHEIT UND PFLEGE

Die Expertengruppe bestehend aus dem Rechnungshof, dem WIFO, dem IHS, dem StA und dem KDZ wurde von der am 17. Februar 2009 unter dem Vorsitz des Bundeskanzlers und des Vizekanzlers eingesetzten Arbeitsgruppe beauftragt, für den Bereich "Gesundheit und Pflege" eine strukturierte Analyse der bestehenden Probleme und der damit verbundenen Folgewirkungen zu erarbeiten.

Diesem Arbeitsauftrag folgend findet sich nachfolgend eine Zusammenstellung der aus der Sicht der Expertengruppe bestehenden Kernprobleme und der Folgewirkungen im Bereich Gesundheit und Pflege. Diese vorliegende Unterlage besteht aus einer Darstellung der Faktenlage, Zusammenfassung der Kernprobleme und einer nachfolgenden Problem- und Folgewirkungsanalyse, welche die einzelnen Problemstellungen detaillierter ausführt.

Die Unterlage dient in weiterer Folge dazu, in der Arbeitsgruppe Lösungsansätze zu erarbeiten und diese auf politischer Ebene umzusetzen.

INHALT

	Seite
Faktenlage.....	5
Kurzfassung.....	23
Kompetenz- und Schnittstellenproblematik.....	28
1 Komplexe bzw. fragmentierte verfassungsrechtliche Kompetenzverteilung	28
2 Schnittstellenproblem Krankenanstalten – Niedergelassener Bereich – Pflege	29
Gesundheitsbereich.....	35
3 Zersplitterte Organisationsstruktur im Krankenanstaltenbereich	35
4 Zersplitterte Organisationsstruktur im niedergelassenen Bereich	39
5 Intransparente Finanzierungsstruktur	43
6 Mangelhafte Datenqualität, Qualitätsmessung und –sicherung sowie Effizienzinformation	47
7 Personal – Dienstrecht im Krankenanstaltenbereich.....	48

8	Prävention und Gesundheitsförderung	51
9	Patientenentschädigungsfonds.....	52
10	Evaluierung	52
	Pflegebereich.....	53
11	Zersplitterte Finanzierungs- und Organisationsstruktur im Pflegebereich.....	53
12	Unzureichende Vorbereitung des Pflegewesens auf die demographische Entwicklung.....	58
13	Mangelhafte Datenqualität, Qualitätsmessung und -sicherung	60
	Quellen.....	62
	Anhang.....	65

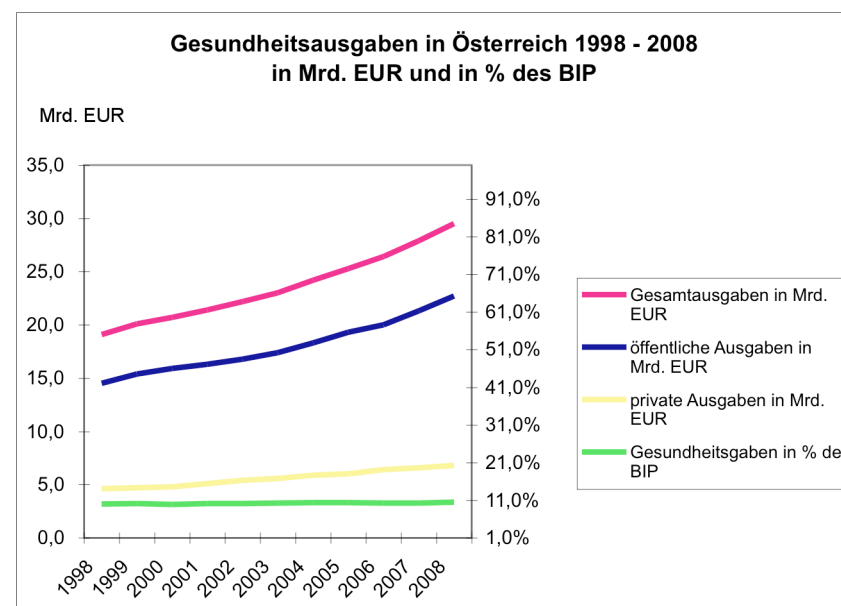
FAKTENLAGE

Überblick und Finanzierung

Das österreichische Gesundheits- und Pflegewesen ist durch eine föderalistische Struktur und durch eine Zersplitterung der Kompetenzen geprägt (zu den Gesetzgebungs- und Vollzugskompetenzen siehe Beilage). Aufgaben, Ausgaben und Finanzierung werden im Gesundheits- und Pflegebereich einerseits von Gebietskörperschaften (Bund, Ländern, Gemeinden) und andererseits von Selbstverwaltungsträgern sowie privaten Einrichtungen wahrgenommen.

Gemessen am BIP lagen die Gesundheitsausgaben in Österreich im Zeitraum 1998 bis 2008 zwischen 9,9 % (Minimum) und 10,5 % (Maximum) und damit über dem Durchschnitt der EU15, der zwischen 8,0 % und 9,3 %¹ lag. Die Gesundheitsausgaben (inkl. Langzeitpflege) stiegen von 1998 bis 2008 um 54,4 % (von 19,1 Mrd. EUR auf 29,5 Mrd. EUR) bzw. jährlich um durchschnittlich 5,0 %. Die öffentlichen Gesundheitsausgaben erhöhten sich dabei stärker (56,8 %) als die privaten Gesundheitsausgaben (49,3 %). Die

geschätzten Gesundheitsausgaben steigen im Zeitraum 2008 bis 2013 deutlich stärker an wie das prognostizierte BIP-Wachstum.



¹ Wert der EU15 für 2007

Laut System of Health Accounts (OECD) wurden 2008 rd. 40 % der Gesamtausgaben für Gesundheit für die stationäre Gesundheitsversorgung, rd. 24 % für die ambulante Gesundheitsversorgung und rd. 17 % für pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Güter verausgabt.

Gesundheitsausgaben	1998 in Mrd. EUR	2008 in Mrd. EUR	Steigerung in %
Stationäre Gesundheitsversorgung	7,5	11,8	57,3%
ambulante Gesundheitsversorgung	4,9	7,2	46,9%
Pharm. Erzeugnisse und med. Güter	2,8	5,1	82,1%
häusliche Langzeitpflege	1,3	1,8	38,5%
Prävention und öff. Gesundheitsdienste	0,3	0,4	33,3%
Verwaltung	0,7	1	42,9%
Investitionen	1,1	1,6	45,5%
sonstiges	0,5	0,6	20,0%
Summe	19,1	29,5	54,5%

Quelle: Statistik Austria, Gesundheitsausgaben in Österreich lt. System of Health Accounts (OECD 1990 – 2008); Werte gerundet

Während die Ausgaben für stationäre Gesundheitsversorgung im Zeitraum 1998 bis 2008 mit rd. 57 % etwas höher als die Gesamtausgaben anstiegen, erhöhten sich die Ausgaben für pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Güter in diesem Zeitraum um rd. 82 %.

Die Ausgaben für Prävention und öffentliche Gesundheitsdienste erhöhten sich zwischen 1998 und 2008 um rd. 100 Mill. EUR. Der Anteil dieser Ausgaben an den Gesamtausgaben blieb mit 1,3 % (1998) bzw. 1,5 % (2008) annähernd konstant. Im Vergleich zum OECD-Schnitt sind die in Österreich erfolgten Ausgaben für öffentliche Gesundheits- und Präventionsprogramme unterdurchschnittlich und erreichen nur 63 % des OECD-Schnitts (2007).

Die Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens in Österreich basiert grundsätzlich auf einem Sozialversicherungssystem, wobei Spitals- und Pflegeleistungen in Österreich mittlerweile zu einem erheblichen Anteil steuerfinanziert sind. Der vom Staat bzw. von den Gebietskörperschaften finanzierte Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben beträgt rd. 32 %. Die Unterschiede bei der Dotierung der

Landesgesundheitsfonds, der Deckung der Krankenanstaltenbetriebsabgänge, der Investitionsfinanzierung und der Ausgestaltung der Leistungsabgeltung im stationären und spitalsambulanten Bereich verhindern einen österreichweiten Vergleich der Spitalsfinanzierung und führen zu Intransparenz.

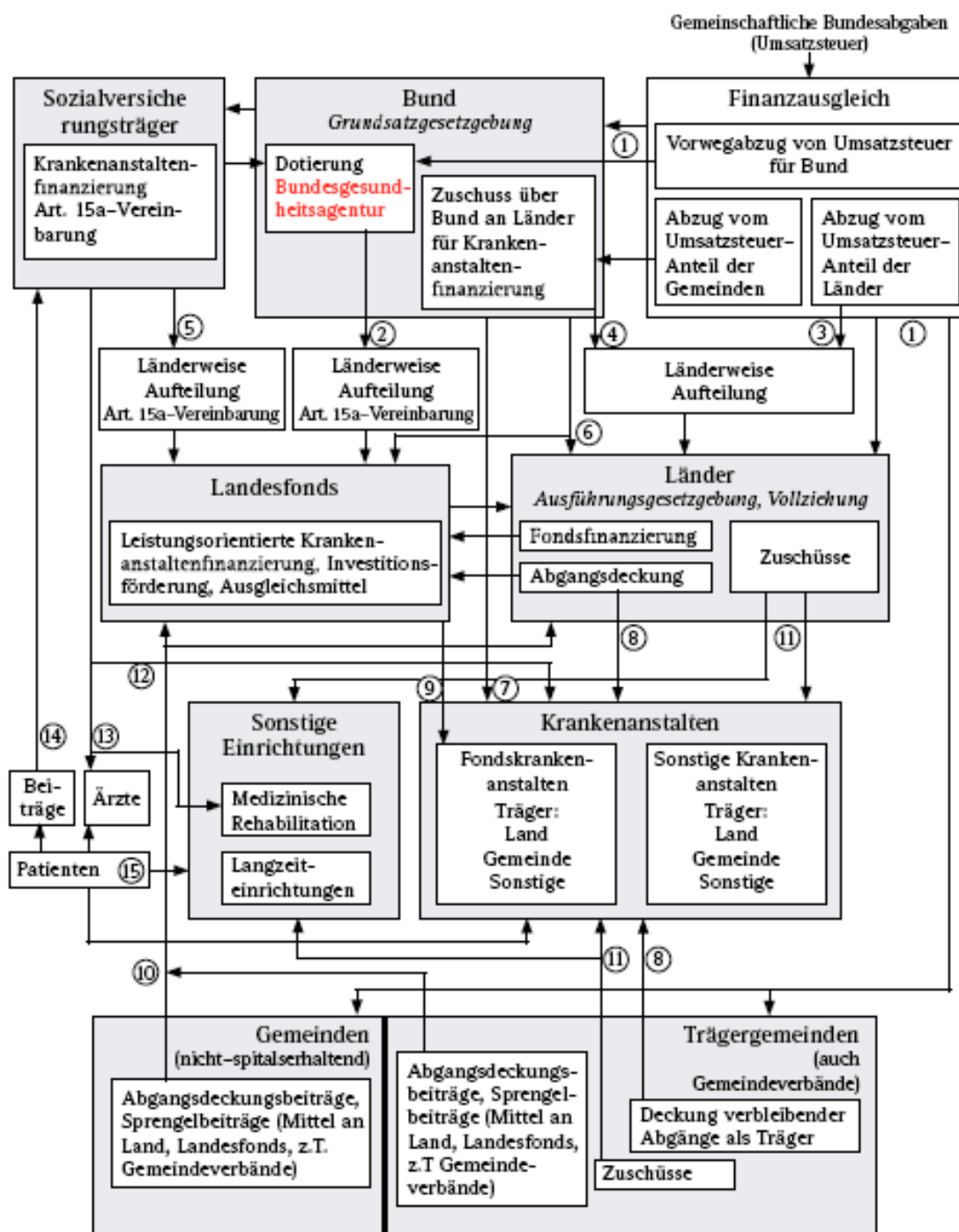
Aufgrund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für den Zeitraum 2008 bis 2013 erhöhte der Bund seine Finanzmittel für die Bundesgesundheitsagentur ab 2008 im Vergleich zur Periode 2005 bis 2007 um jährlich 100 Mill. EUR. Die Finanzierung der steigenden Betriebsabgänge von Krankenanstalten blieb unverändert und ist weiterhin insbesondere vom Rechtsträger der Krankenanstalt, vom Krankenanstaltensprengel und vom jeweiligen Bundesland aufzubringen (vgl. § 34 KAKuG).

Eine umfassende Evaluierung der in den Vereinbarungen gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2005 bis 2008 und 2008 bis 2013 sowie im Finanzausgleichsgesetz 2005 und 2008 im Bereich Gesundheit vorgesehenen ausgabenseitigen Maßnahmen (z.B. Gesundheitsplattformen der Bundesländer) fand bisher nicht statt. Auch Möglichkeiten einer flächendeckenden Anwendung von erfolgreichen Reformpoolprojekten sollten analysiert werden. Im Bereich der Pflege und des Pflegegeldes fehlen ebenfalls Evaluierungen.

An der Finanzierung des Gesundheitswesens sind kompetenzbedingt insbesondere die Gebietskörperschaften, die Sozialversicherungsträger, Krankenanstaltenträger und Patienten beteiligt. Die Finanzströme für den intra- und extramuralen Bereich sind verflochten und zeichnen sich durch Parallelität und Komplexität aus (siehe nachstehendes Schaubild). Die Finanzierungsverantwortung von Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherungsträgern deckt sich nicht mit ihrer Aufgaben- und Ausgabenverantwortung. Dies führt zu unterschiedlichen Interessen, Ineffizienzen, Doppelgleisigkeiten, Intransparenz, Zielkonflikten und Steuerungsdefiziten.

ARBEITSGRUPPE VERWALTUNG NEU

Finanzierungsströme im Gesundheitswesen



Quelle: Bröthaler u.a. 2006, S. 170, aktualisiert S2-2, August 2009

ARBEITSGRUPPE VERWALTUNG NEU

Erläuterungen:

1. Finanzausgleich (Ertragsanteile des Bundes, der Länder und der Gemeinden an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben nach verschiedenen Vorwegabzügen, unter anderem für die gemeinschaftliche Krankenanstaltenfinanzierung, für den Gesundheits- und Sozialbereich gemäß dem Gesundheits- und Sozialbereich-Behilfengesetz [GSBG] und für Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information)
2. Mittel der Bundesgesundheitsagentur an die Länder (Landesfonds) aufgrund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (Art. 15a-Vereinbarung)
3. Mittel der Länder an die Landesfonds gemäß der Art. 15a-Vereinbarung
4. Mittel der Gemeinden an die Landesfonds gemäß der Art. 15a-Vereinbarung
5. Mittel des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger für Rechnung der in ihm zusammengefassten Sozialversicherungsträger an Länder (Landesfonds), länderspezifische Aufteilung der Mittel gemäß Art. 15a-Vereinbarung
6. Mittel gemäß GSBG auf Basis der Art. 15a-Vereinbarung: Beihilfen vom Bund an Länder (zum Teil direkt an Landesfonds)
7. Zahlungen des Bundes an Universitätskliniken gemäß dem Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz („Klinischer Mehraufwand“, der sich bei der Errichtung, Ausgestaltung und Erweiterung der zugleich dem Unterricht an Medizinischen Universitäten dienenden öffentlichen Krankenanstalten ergibt)
8. Mittel der Länder bzw. Gemeinden, die direkt an Krankenanstalten bzw. Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaften fließen:
 - a) Betriebsmittelabgang, wenn sie nicht über die Landesfonds verteilt werden
 - b) Mittel der Länder bzw. der Gemeinden als Träger von Krankenanstalten, wenn sie nicht über die Landesfonds fließen (nach Betriebsabgangsdeckung noch verbleibender Abgang, Besoldung von Bediensteten)
9. Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) durch die Landesfonds (gemäß Abschnitt 7 der Art. 15a-Vereinbarung) – Mittelzuteilung an die Träger der Krankenanstalten: LKF-Gebührenersätze, allenfalls Investitionsförderungen, Beiträge zum Betriebsabgang, Ausgleichsmittel, Strukturmittel, Leistungen gemäß GSBG
10. Mittel der Gemeinden an Land, Landesfonds, zum Teil Gemeindeverbände zur Finanzierung des Betriebsabgangs der Krankenanstalten (Abgangsdeckungs-/Sprengelbeiträge)
11. Zuschüsse der Länder bzw. Gemeinden zur Investitionsfinanzierung
12. Mittel der Sozialversicherung, die direkt an Krankenanstalten fließen:
 - a) Krankenanstalten, die nicht über Landesfonds finanziert wurden, aufgrund von privatrechtlichen Verträgen
 - b) bestimmte Leistungen der Fondskrankenanstalten, die nicht über Landesfonds, sondern direkt mit den Sozialversicherungsträgern abzurechnen sind (z.B. Mutter-Kindpass-Untersuchungen)
13. Mittel der Sozialversicherungsträger für Leistungen von Vertragspartnern des außerstationären Bereiches (z.B. niedergelassene Ärzte, Apotheker) und Zahlungen der Sozialversicherungsträger an sonstige medizinische Einrichtungen, Betreiben eigener Einrichtungen
14. Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitgeber und Arbeitnehmer, gewerblich Selbständigen, freiberuflich Selbständigen, Landwirte, Beamte etc. nach den Sozialversicherungsgesetzen
15. Kostenbeiträge, Selbstbehalte der Patienten, Zahlungen der privaten Krankenversicherungen

Gesundheitsbereich

Eine österreichweite, sektorübergreifende Planung des Leistungsangebots im Bereich Gesundheit besteht nicht. Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) umfasst im Wesentlichen nur den stationären Bereich, die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) auf Länderebene sind, sofern diese bereits vorliegen, uneinheitlich.

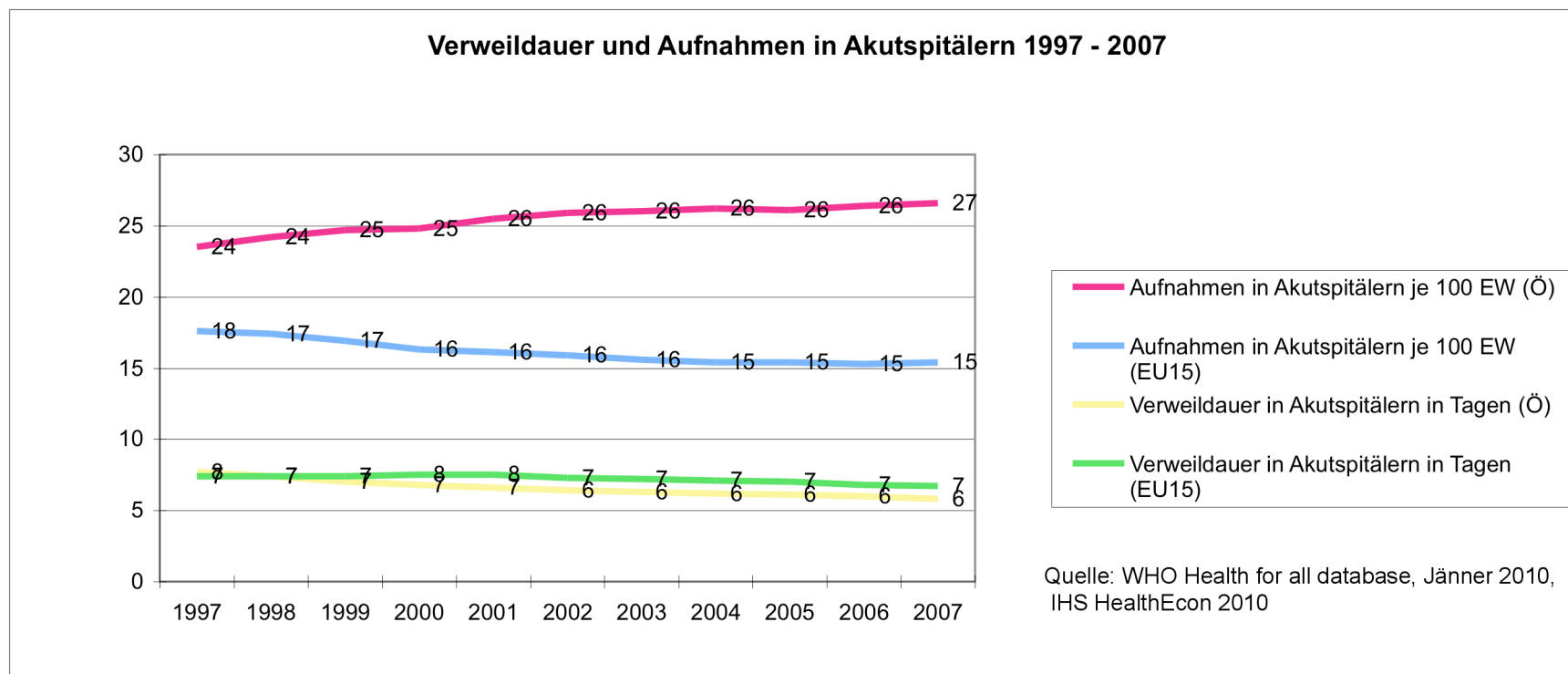
In Österreich besteht ein Übergewicht im stationären Versorgungsbereich, obwohl laut wissenschaftlichen Untersuchungen gut ausgebaute ambulante Versorgungsbereiche eine höhere Effizienz erwarten lassen. Teure Akutbetten werden teilweise mit austherapierten und auf einen Pflegeheimplatz wartenden Patienten belegt. Auch die strikte Trennung der Kompetenzen und die Pauschalabgeltung der Krankenversicherungsträger für spitalsambulante Leistungen (fehlende Realisierung des Prinzips "Geld folgt Leistung") bewirkt falsche Anreize, mitunter Leistungsverschiebungen aus dem niedergelassenen Bereich in die Spitäler. Dadurch liegt Österreich mit einem Ausgabenanteil von rd. 40 % für die stationäre Versorgung bei einem vom IHS durchgeführten internationalen Vergleich im europäischen Spitzenfeld. Nur die Schweiz, Italien und Frankreich gaben einen größeren Teil ihrer Gesundheitsausgaben für Spitäler aus.

Die Zahl der in österreichischen Krankenanstalten (insb. Fondskrankenanstalten, Unfallkrankenhäuser und Sanatorien) tatsächlich aufgestellten Akutbetten reduzierte sich zwischen 1997 und 2006 von rd. 57.500 auf rd. 52.900 und stieg 2007 auf rd. 53.100 an. 2008 sank die Zahl der tatsächlich aufgestellten Akutbetten wieder auf rd. 52.600. (Quelle: BMG, Mai 2010)

Österreich hatte im Jahr 2006 um über rd. 70 % mehr Akutbetten je 1.000 Einwohner als der EU-Durchschnitt (EU15). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer war 2006 um rd. 10 % geringer, die Aufnahmequote hingegen um rd. 70 % höher als der EU-Schnitt.

Kennzahlen für 2007 bzw. letztverfügbares Jahr	Österreich	Deutschland	Niederlande	Schweiz	EU15
Betten je 1.000 EW	7,8	8,3	4,8	5,5	5,5
Akutbetten je 1.000 EW	6,4	5,7	3,4	3,6	3,8
Aufnahmen je 100 EW in Akutspitälern	26,6	20,2	10,5	16,4	15,4
Durchschnittliche Verweildauer in Tagen in Akutspitälern	5,8	7,8	6,6	7,8	6,7

Quelle: WHO Health for all database, Jänner 2010, IHS HealthEcon 2010



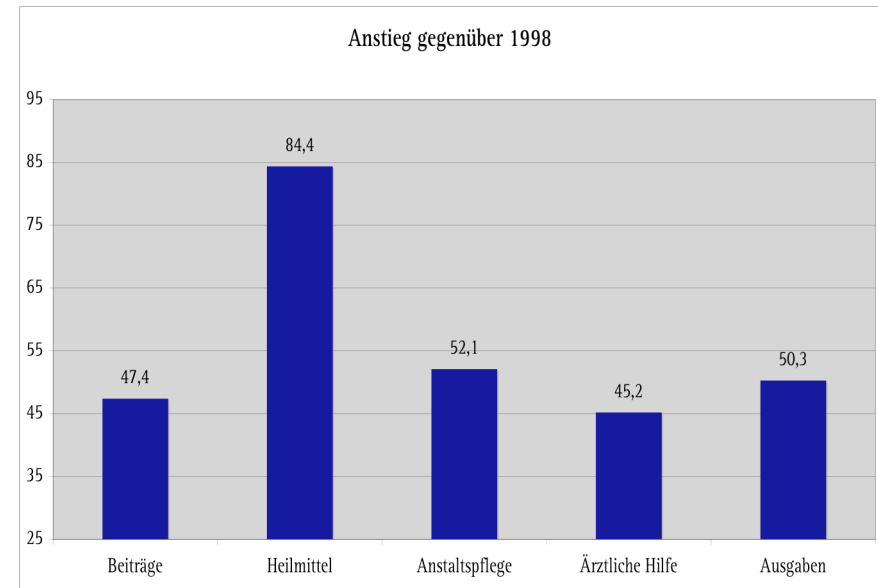
Die Krankenanstaltenstruktur ist der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen:

	Gesamt	davon Fondskrankenanstalten	Davon Nicht-Fondskranken- anstalten
Zahl der Krankenanstalten (März 2010)	268	130	138
Zahl der Krankenanstalten mit einer Bettenzahl von weniger als 300 (März 2010)	209	81	128
Zahl der Krankenanstalten mit einer Bettenzahl von weniger als 200 (März 2010)	165	50	115
Zahl der Betten (März 2010)	64.100 ¹⁾	48.500	15.600
Quelle: BM für Gesundheit – Verzeichnis der Krankenanstalten, DIAG (Betten)			
¹⁾ umfasst die in Krankenanstalten befindlichen Akutbetten sowie die nicht dem Akutversorgungsbereich zugeordneten Betten			

Gemäß Literatur entstehen Kostennachteile für Krankenanstalten mit weniger als 200 bis 300 Betten. Rd. 40 % der Fondskrankenanstalten verfügen über weniger als 200 Betten, rd. 60 % über weniger als 300 Betten. In einer Studie des IHS wurde die große Spannweite der Effizienz österreichischer Fondsspitäler deutlich. Die Skalenabhängigkeit der Effizienzwerte (Skaleneffizienz bei sehr kleinen und sehr großen Häusern) konnte bestätigt werden. Standortgarantien erschweren die Einrichtung von überregionalen stationären Versorgungsstrukturen und die Schaffung von optimalen Betriebsgrößen.

Starre Organisationsstrukturen und unterschiedliche Dienstzeitregelungen sowie nicht ausreichende Flexibilität beim Personaleinsatz im Krankenanstaltenbereich hemmen die Hebung von Synergie- und Kostendämpfungspotenzialen. Nebenbeschäftigungen von Spitalsärzten können eine Konkurrenzierung öffentlicher Krankenanstalten bedingen und wirtschaftliche Nachteile für öffentliche Krankenanstalten bewirken. Unterschiedliche Arzthonorar- und Sondergebührenregelungen sowie die mitunter fehlende Einsichts- und Kontrollmöglichkeit in die Honorargebarung führen zu Intransparenz und fehlender Vergleichbarkeit. Eine bundesgesetzliche Regelung ermöglicht ausgewählten Bundesärzten für persönliche Behandlungen eine Doppelverrechnung von ärztlichen Leistungen (§ 46 KAKuG).

In Österreich gibt es 35 Krankenversicherungsträger (inkl. KFA). Strukturprobleme der Krankenkassen sowie die Erbringung versicherungsfremder Leistungen führen dazu, dass die Defizite der Gebietskrankenkassen (GKK) in den letzten Jahren stark anstiegen. Die Überschuldung der GKK entstand vor allem durch einen stärkeren Anstieg der Ausgaben gegenüber den Einnahmen. Die Beitragsentwicklung bleibt seit Jahren hinter der Ausgabenentwicklung zurück. Während die Beitragseinnahmen von 1998 bis 2008 nur um 47,3 % gestiegen sind, erhöhten sich die Ausgaben der Krankenversicherungen insgesamt um 50,3 %, die Ausgaben für Heilmittel (rd. 22 % der Gesamtausgaben) sogar um 84,4 %, wobei dieser Anstieg überwiegend auf die Preiskomponente und in den letzten Jahren auch auf die Mengenkompente zurückzuführen war.



Die allgemeine Rücklage der GKK war 2008 in Höhe von rd. 1,1 Mrd. EUR ungedeckt. Im Jahr 2008 verfügten nur noch drei GKK über eine Leistungssicherungsrücklage. Eine langfristige Finanzierung der GKK ist nicht gewährleistet. Der Bilanzverlust der WGKK betrug 2007 167,23 Mill. EUR und 2008 64,27 Mill. EUR. Der Zinsaufwand der WGKK erreichte 2007 18,22 Mill. EUR und 2008 16,86 Mill. EUR.

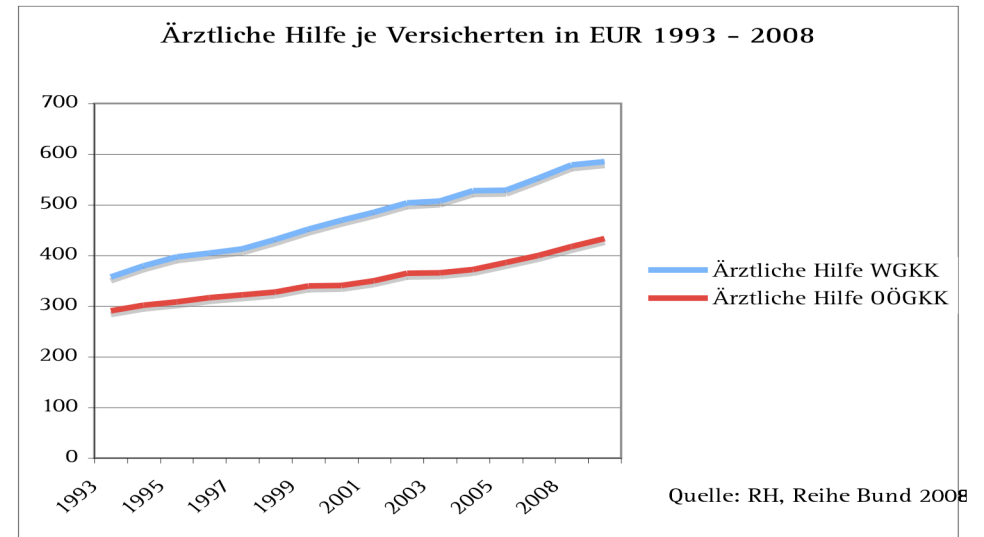
Für 2009 sieht die vorläufige Erfolgsrechnung für alle GKK zusammen ein Gesamtergebnis von +10,8 Mill. EUR vor. Die aktuelle Entwicklung ist aufgrund von Einmaleffekten (z.B. Auflösung und Verteilung des Katastrophenfonds, Verteilung von GSBG-Mitteln) und z.B. der Halbierung der Umsatzsteuer auf Medikamente auf 10 % jedoch wenig aussagekräftig. Das vorläufige Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit für alle GKK betrug für 2009 rd. - 314,7 Mill. EUR.

Krankenkassen 2009

Saldo aus Einnahmen und Ausgaben in Mill. EUR
(Vorläufige Ergebnisse Stand Mai 2010)

VA Eisenbahnen/Bergbau	9,1
SVA Gewerbliche Wirtschaft	34,1
VA Bauern	46,6
VA Öffentl. Bedienstete	67,2
Betriebskrankenkassen	0,4
GKK Burgenland	10,8
GKK Kärnten	12,8
GKK Niederösterreich	0
GKK Oberösterreich	-16,7
GKK Salzburg	-8,7
GKK Steiermark	1,2
GKK Tirol	-0,9
GKK Vorarlberg	-9,1
GKK Wien	21,3
Alle Gebietskrankenkassen	10,8

Folgen der Zersplitterung der Krankenversicherungsträger sind umständliche und teure Abrechnungsvorgänge mit den Vertragspartnern und höhere Tarife. Zwischen den Krankenversicherungsträgern bestehen erhebliche Unterschiede bei den Tarifen und bei den Frequenzen der erbrachten Leistungen. Bei der WGKK stiegen die Ausgaben je Versicherten für ärztliche Hilfe zwischen 1993 und 2006 um 54,9 %, bei der OÖGKK nur um 37,5 % (Vergleich WGKK-OÖGKK). Die weitere Entwicklung bis 2008 zeigt die nebenstehende Abbildung. Die Ausgaben je Versichertem für Heilmittel stiegen bei der WGKK zwischen 1993 und 2006 um 148,4 %, bei der ÖOGKK um 121,7 % an.



Die Ärztedichte in Österreich ist unterschiedlich. Im Jahr 2008 wies Wien die höchste Ärztedichte, Burgenland und Vorarlberg die niedrigste Ärztedichte auf. Die Zahl der Ärzte stieg zwischen 1998 und 2008 um rd. 27 %. Während die Zahl der Allgemeinmediziner in diesem Zeitraum um lediglich 19 % wuchs, stieg die Zahl der Fachärzte mit rd. 38 % fast doppelt so stark.

Entwicklung der Ärztezahlen 1998 - 2008

	1998	2008	Steigerung in %
gesamt	33.698	42.857	27,2%
davon Allgemeinmediziner	10.730	12.735	18,7%
davon Fachärzte	13.638	18.832	38,1%
davon Zahnärzte	3.619	4.544	25,6%
davon in Ausbildung	5.711	6.746	18,1%

Quelle: Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008, S. 437

Prüfungen zeigten, dass Gesundheitsförderungsmaßnahmen von Gebietskörperschaften und Sozialversicherungsträgern mangelhaft koordiniert waren und dadurch Effizienzverluste entstehen können. Insgesamt kommt dem wichtigen Bereich Gesundheitsförderung und Prävention in den Sozialversicherungsgesetzen eine eher untergeordnete Rolle zu.

Das Kostenerstattungsverfahren für sozialversicherte, intramural behandelte ausländische Gastpatienten lief allein in Österreich über vier Einrichtungen und dauerte mehrere Jahre (z.B. rd. 2,7 Jahre in Tirol und rd. 3,85 Jahre in Wien). Dieses Erstattungssystem bewirkte einerseits hohe Außenstände (z.B. für Tirol: 71,7 Mill. EUR per Ende 2007 – das entspricht 12 % des Volumens des Tiroler Landesgesundheitsfonds) und führte andererseits zu hohen Finanzierungskosten (z.B. für Tirol: 2,2 Mill. EUR jährlich; dies entsprach 28 % des Betriebsabgangs).

Zusammenfassend ist zum Gesundheitsbereich festzuhalten, dass der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP ansteigen wird. Der Ausgabenanteil für den stationären Bereich liegt im europäischen Spitzenfeld, die Akutbettendichte ist 70 % höher als in der EU. Rund 60% der Fondskrankenanstalten haben unter 300 Betten. Die langfristige Finanzierung der GKK ist nicht gewährleistet, weil die Ausgaben in den nächsten Jahren die Einnahmen deutlich übersteigen werden.

Pflegebereich

Die Pflegeausgaben (Bundes- und Landespflegegeldzahlungen sowie Sozialhilfeleistungen im Bereich der Altenbetreuung) erreichten im Jahr 2007 insgesamt rd. 3,42 Mrd. EUR. Die Zahl der Pflegegeldbezieher belief sich 2007 auf rd. 411.000. Im Jahr 2008 waren es bereits rd. 422.000. Bis 2030 wird sich die Anzahl der pflegebedürftigen Personen etwa verdoppeln. Es ist mit Strukturveränderungen (Rückgang der Pflege durch Angehörige, einer Erhöhung der Personalintensität und Baumaßnahmen im Bereich der stationären Pflege, Aufstockung der Kapazitäten in der teilstationären und ambulanten Pflege und Erhöhung der Personalintensität) zu rechnen und der Aufwand für Pflege wird sogar überproportional steigen.

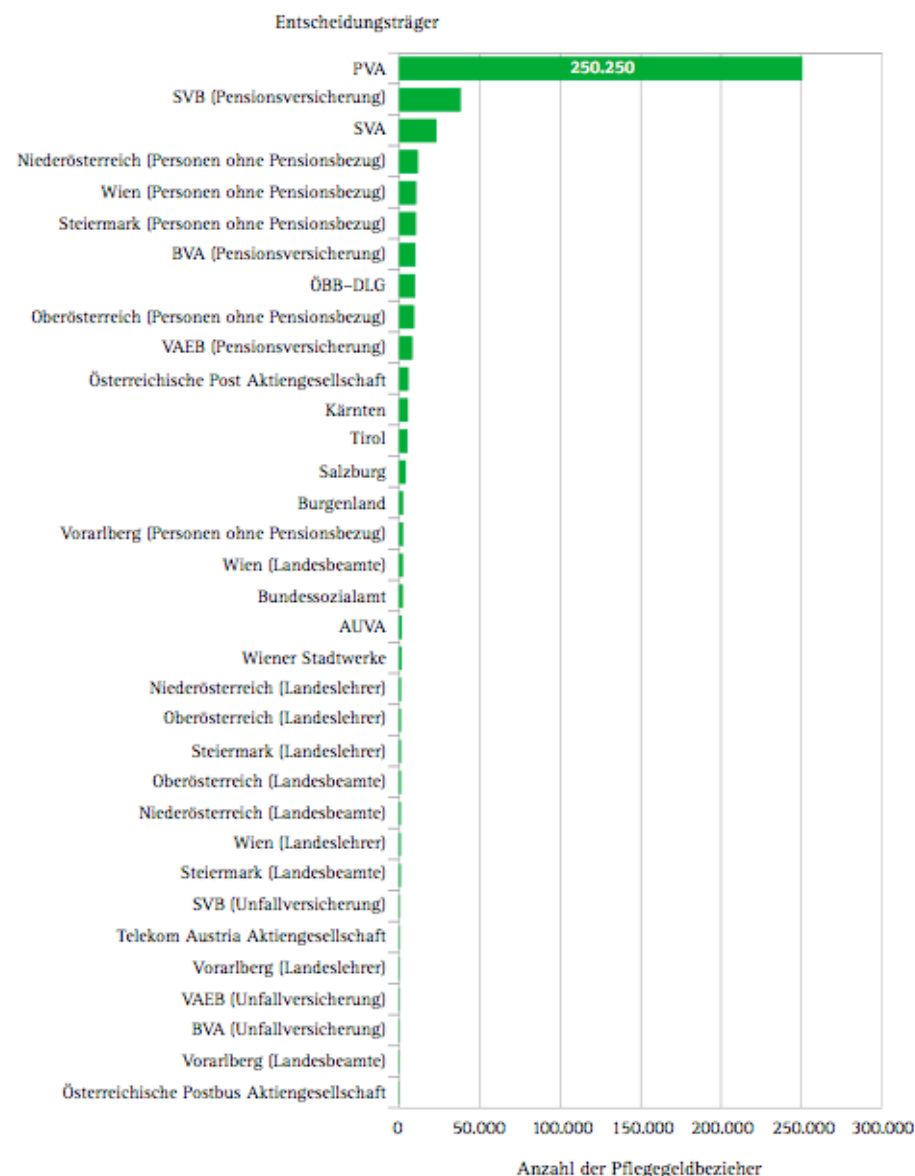
Die Finanzierung und inhaltliche Gestaltung der Pflege sind auf die Gebietskörperschaften, die Sozialversicherungsträger, Träger der freien Wohlfahrt (z.B. Caritas), Landesgesundheitsfonds sowie die Pflegebedürftigen selbst bzw. ihre Angehörige aufgeteilt: Der Aufwand für das Pflegegeld ist vom Bund und den Ländern im Rahmen der ihnen verfassungsrechtlich zugeordneten Kompetenzbereiche (Bundespflegegeld, Landespflegegeld) zu tragen. Die Pensionsversicherungsträger zahlen Bundespflegegeld aus und erhalten ihre Aufwendungen (Pflegegeldzahlungen und Verwaltungsaufwand) vom Bund ersetzt. Der Aufwand für Sachleistungen, d.h. die Einrichtung eines Mindeststandards an ambulanten, teilstationären und stationären Diensten (sozialen Diensten) für pflegebedürftige Personen ist gemäß der Vereinbarung nach Art 15a B-VG von den Ländern sowie von den Gemeinden zu tragen.

Durch die fehlende bundeseinheitliche Gesetzgebung bestehen in den einzelnen Bundesländern stark divergierende Leistungsstandards. Dies betrifft insbesondere die Personalschlüssel, die Betreiberstruktur, die Pflegeheimgröße und die Ausstattung. Die Qualitätssicherung ist unterschiedlich ausgeprägt. Benchlearning zwischen Pflegeheimen ist in einigen Bundesländern kaum vorhanden.

Im Bereich der Geldleistungen (Pflegegeld) sind die Rechtsgrundlagen strukturell zersplittert, eine verfassungsrechtliche Grundlage zur einheitlichen Pflegegeldregelung fehlt. Durch ergänzende Vorschriften zur Einstufung der Pflegebedürftigen, die allerdings nur für die unterzeichnenden Parteien rechtlich verbindlich sind, entstehen weitere Differenzierungen.

Mit der administrativen Abwicklung des Pflegegeldes sind bundesweit über 280 Stellen befasst. Auf Grund dieser zersplitterten Bearbeitung waren vor allem in den Ländern viele vollziehenden Stellen nur für wenige Pflegegeldbezieher zuständig. Mit Ausnahme der PVA, der SVB und der SVA waren alle Entscheidungsträger für weniger als 15.000, oft sogar für weniger als 1.000 Pflegegeldbezieher zuständig (siehe nebenstehende Abbildung).

Aus der Größe der vollziehenden Stellen und der entsprechenden Bandbreite des Ressourceneinsatzes resultierten Effizienzunterschiede. Auf Grund der unterschiedlichen Gestaltungen der internen Verwaltungsabläufe wird die Vergleichbarkeit von Leistungskennzahlen erschwert, auch Verwaltungsvereinfachungen der Geschäftsprozesse können aus diesem Grund nicht einheitlich umgesetzt werden. Die Zersplitterung bewirkt einen erheblichen Koordinationsaufwand, Erschwernisse für die Pflegegeldempfänger, unterschiedliche Ressourceneinsätze und Verfahrensdauern sowie eine Ungleichbehandlung der Pflegegeldbezieher. Die suboptimale Ausgestaltung der Verwaltungsabläufe im Bereich des Pflegegeldes bewirkte ebenso eine Ungleichbehandlung der Anspruchsberechtigten. Durch Überschneidungen in der Auszahlung des Pflegegeldes kam es zu Rückforderungen zwischen den Entscheidungsträgern; Pflegegeldempfänger wurden teilweise mit (ungerechtfertigten) Rückzahlungsansprüchen konfrontiert.



Die Einführung des Pflegegeldes im Jahr 1993 stellt einen wichtigen Schritt für die Pflegevorsorge in Österreich dar. Es ist aber nicht sichergestellt, dass die Ziele des Bundespflegegeldgesetzes (PBGG) vollständig erreicht werden: Es existiert keine umfassende Absicherung gegen das finanzielle Risiko der Pflegebedürftigkeit. Welcher Anteil am pflegebedingten Mehraufwand durch das Pflegegeld konkret abgegolten werden soll, wird im PBGG nicht näher definiert, der tatsächliche pflegebedingte Mehraufwand im Einzelfall auch gar nicht erhoben. Eine vom Einkommen des Pflegegeldbeziehers unabhängige Wahlfreiheit zwischen ambulanter und stationärer Betreuung besteht nicht.

Im Bereich der Sachleistungen bestehen gravierende Unterschiede zwischen den Bundesländern bei der Verfügbarkeit von Leistungen (z.B. von Heimplätzen), der Ausgestaltung dieser Leistungen (z.B. Zimmergröße und Personalausstattung in Heimen) und bei den Kosten und Tarifen. Auch innerhalb der Länder ist vielfach nicht sichergestellt, dass gleiche Leistungen zu gleichen Kosten in gleicher Qualität erbracht werden. In einigen Regelungsbereichen (z.B. bei Personalschlüsseln, bei der Heimaufsicht etc.) können die Länder eine exakte Umsetzung der Landesvorgaben nicht sicherstellen, teilweise fehlen sogar Vorgaben. Durch die kleinteilige Struktur der Anbieter (Gemeinden, Gemeindeverbände als Heimträger) entstehen Abstimmungsprobleme, die zu ineffizientem Ressourceneinsatz führen.

Schnittstellen zur medizinischen Versorgung in Spitälern und durch niedergelassene Ärzte sind z.B. bei der Übergangspflege, Rehabilitation sowie bei Heilbehelfen und Hilfsmitteln unzureichend geregelt.

Insgesamt ist die derzeitige Regelung der Pflege kaum geeignet, der sich abzeichnenden demographischen Veränderung gerecht zu werden. Es ist weder eine Gleichbehandlung der Betroffenen noch ein effizienter Ressourceneinsatz gesichert.

Innerhalb des Pflegeaufwands ist eine Verschiebung vom überwiegend vom Bund getragenen Pflegegeld zu den von Ländern und Gemeinden getragenen Sachleistungen hin zu erwarten. Der absolute Aufwand für Pflegegeld wird – im Wesentlichen aufgrund der demografischen Entwicklung – von rd. 2,2 Mrd. EUR (2010) auf rd. 3 Mrd. EUR (2030) steigen. Bis 2009 glichen die Erhöhungen des Pflegegeldes weniger als die Hälfte des Anstiegs der Verbraucherpreise aus. Die absolute Höhe des Aufwands für pflegebezogene Sachleistungen wird sich bis 2030

gegenüber dem Wert aus 2010 verdreifachen. Damit wird der Anteil der Pflegesachleistungen am gesamten öffentlich finanzierten Pflegeaufwand von rd. 46 % im Jahr 2010 auf 64 % im Jahr 2030 steigen. Die Vorsorge für Sachleistungen setzt eine längerfristige Planung (z.B. für Heimbauten) und eine entsprechende Finanzierungssicherheit voraus.



Quelle: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO), Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge (2008), S. 34 f.

Finanzierungsströme in der Pflege

Die Finanzierungsströme im Pflegebereich sind äußerst komplex und vielfältig. Grundsätzlich ist zwischen den Kostenbeiträgen der Pflegebedürftigen und nicht vom Pflegebedürftigen stammenden Finanzmitteln zu unterscheiden.

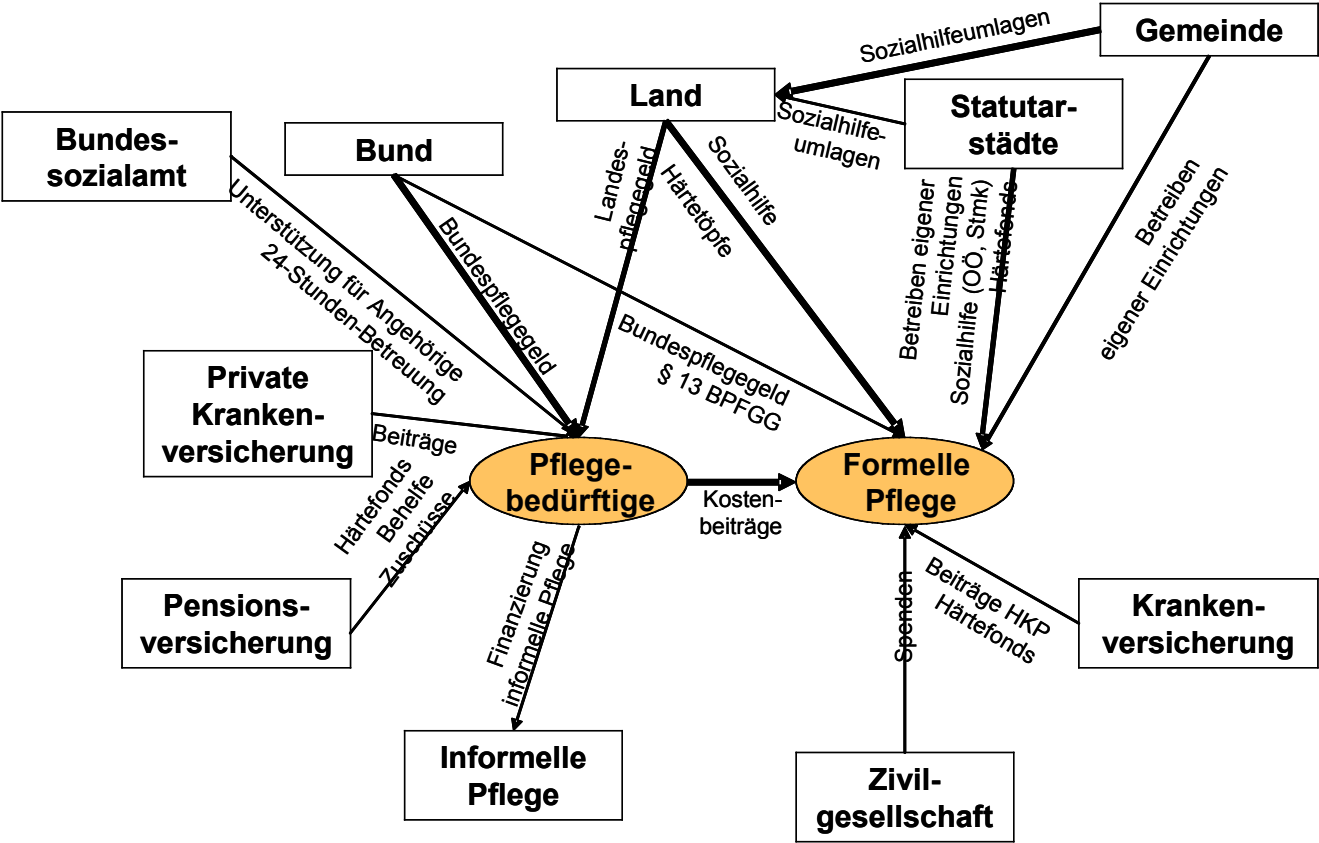
Die wichtigsten spezifisch für die Pflege gewährten öffentlichen Finanzmittel sind das Bundes- und Landespflegegeld. Hinzu kommen Unterstützungen durch das Bundessozialamt, Beiträge aus der privaten Krankenversicherung oder Zuschüsse aus der Pensionsversicherung. Die so lukrierten Mittel werden von den Pflegebedürftigen teils für die formelle Pflege (stationäre, teilstationäre oder mobile Dienste, 24-Stunden-Betreuung), teils für die informelle Pflege (familiäre oder illegale Pflege) verwendet.

Die Aufbringung der nicht vom Pflegebedürftigen stammenden Finanzmittel für die formelle Pflege erfolgt im Rahmen eines komplexen Umlagesystems, in dem die Gemeinden und Städte Sozialhilfe-Umlagen an die Länder zahlen. Gemeinsam mit Mitteln der Länder decken diese Gelder zusätzlich zu den Kostenbeiträgen der Pflegebedürftigen die Kosten der Sozialhilfeeinrichtungen (Sachleistungsbereich) ab.

Neben der Sozialhilfe werden weitere Finanzmittel durch Gemeinden (z.B. Betrieb von eigenen Pflegeeinrichtungen, Mitteln aus Härtefonds), von Krankenversicherungsträgern (Hauskrankenpflege) oder private Spenden (z.B. durch Non Profit-Organisationen) aufgebracht.

Bestehen zusätzlich Sozialhilfeverbände oder ein Sozialfonds, fließen die Sozialhilfeumlagen in der Regel direkt von den Gemeinden ans Land. Ist eine Statutarstadt gleichzeitig Sozialhilfeträger, erfolgt die Leistungserbringung ohne Umlage direkt durch die Stadt.

Die Finanzierungsströme im Pflegebereich (ohne Sozialhilfeverbände und Sozialfonds) sind im nachfolgenden Schaubild dargestellt.



Quelle: KDZ

KURZFASSUNG

Prüfungen und Untersuchungen deuten im österreichischen Gesundheits- und Pflegebereich auf grundlegende strukturelle Defizite hin, die zu Ineffizienzen führen und Einsparungs- bzw. Umschichtungsmöglichkeiten nahe legen. Strukturbereinigungen, Effizienzsteigerungen, Synergieeffekte und Qualitätsoptimierungen bleiben durch eine fehlende Leistungsabstimmung zwischen intra- und extramuralen Bereich sowie dem Pflegebereich aber auch innerhalb der Bereiche ungenützt.

Die Expertengruppe stellt zusammenfassend folgende Probleme im Bereich Gesundheit und Pflege fest:

KOMPETENZ- UND SCHNITTSTELLENPROBLEMATIK

1. Komplexe bzw. fragmentierte verfassungsrechtliche Kompetenzverteilung

- Zersplitterte verfassungsrechtliche Kompetenzen im Gesundheitsbereich
- Fragmentierte Rechtsgrundlagen und fehlende verfassungsrechtliche Grundlagen für ein koordiniertes Vorgehen im Pflegebereich

2. Schnittstellenproblem Krankenanstalten - niedergelassener Bereich - Pflege

- Mangelhafte Leistungsabstimmung zwischen intra- und extramuralem Bereich sowie der Pflege
- Fehlende österreichweite, sektorübergreifende Planung des Leistungsangebots
- Übergewicht des stationären Bereichs
- Mangelhafte Planung von Pflege- und Krankenhauskapazitäten
- Leistungsverschiebung zwischen intra- und extramuralem Bereich
- Fehlende Vergleichbarkeit der erbrachten Leistungen und der Kosten dieser Leistungen

GESUNDHEITSBEREICH

3. Zersplitterte Organisationsstruktur im Krankenanstaltenbereich

- Uneinheitliche Rechtsträgerschaft von Krankenanstalten
- Hohe Standortdichte
- Mangelnde Leistungsabstimmung und Kooperation
- Ineffiziente Leistungserbringung
- Gesetzliche Verpflichtung zum Betrieb einer Krankenanstalt (Hanusch-Krankenhaus)

4. Zersplitterte Organisationsstruktur im niedergelassenen Bereich

- Zersplitterung der Sozialversicherungsträger
- Mangelhafte Ausschöpfung der Einsparungsmöglichkeiten
- Intransparente Preis- und Tarifgestaltung von ärztlichen Leistungen
- Heterogene Vertragspartnerdichte
- Intransparente Fremdkassenabrechnung

5. Intransparente Finanzierungsstruktur

- Fehlende Übereinstimmung von Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung zwischen Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherungsträgern
- Komplexe und uneinheitliche Krankenhausfinanzierung samt unterschiedlich geregelter Abgangsdeckungssysteme
- Angespannte finanzielle Lage der Krankenversicherungsträger

6. Mangelhafte Datenqualität, Qualitätsmessung und –sicherung sowie Effizienzinformation

- Fehlende Qualitätsmessung und -sicherung
- Mangelhafte Aussagekraft und Vergleichbarkeit der Statistikdaten
- Mangelhafte Effizienzinformation

7. Personal, Dienstrecht im Krankenanstaltenbereich

- Fehlende Flexibilität des Personaleinsatzes im Krankenanstaltenbereich
- Unterschiede bei Personalkosten
- Nebenbeschäftigungen
- Unterschiedliche Sondergebühren und Arzthonorare
- Schlechte Ausbildungsbedingungen insbesondere für Allgemeinmediziner
- Keine kontrollierte verpflichtende ärztliche Fortbildung

8. Prävention und Gesundheitsförderung

- Unterdurchschnittliche Ausgaben für Prävention
- Mangelhafte Koordination und Evaluation der Gesundheitsförderung

9. Patientenentschädigungsfonds

- Unterschiedliche Entschädigungspraxis

10. Evaluierung

- Unzureichende Evaluierung von Reformmaßnahmen

PFLEGEBEREICH

11. Zersplitterte Finanzierungs- und Organisationsstruktur im Pflegebereich

- Zersplitterte Finanzierung der Leistungserbringung im Pflegebereich
- Zersplitterung der Entscheidungsträger bei der Pflegegeldadministration
- Mangelnde Koordination zwischen Sach- und Geldleistungen
- Große Unterschiede zwischen den Ländern beim Angebot von pflegebezogenen Sachleistungen
- Falsche Steuerungsanreize zwischen stationärer und mobiler Betreuung

12. Unzureichende Vorbereitung des Pflegewesens auf die demographische Entwicklung

- Fehlende Absicherung gegen das finanzielle Risiko der Pflegebedürftigkeit – keine Sicherstellung der zweckgemäßen Verwendung des Pflegegeldes
- Keine verpflichtende Qualitätssicherung einschließlich umfassender Qualitätskontrolle
- Ineffizienzen aufgrund kleinteiliger Strukturen bei Heimanbietern bzw. Koordinationsprobleme zwischen Ländern und Heimanbietern
- Planungsmängel

13. Mangelhafte Datenqualität, Qualitätsmessung und -sicherung

- Fehlende Qualitätsmessung und -sicherung bei Pflegegutachten
- Fehlende Qualitätsmessung und -sicherung in der Pflege
- Fehlendes Benchlearning
- Mangelhafte Aussagekraft der Statistiken
- Fehlende Evaluierungen

Quellen

Anhang

PROBLEM- UND FOLGEWIRKUNGSANALYSE

KOMPETENZ- UND SCHNITTSTELLENPROBLEMATIK

PROBLEMANALYSE	FOLGEWIRKUNGEN
1 KOMPLEXE BZW. FRAGMENTIERTE VERFASSUNGSRECHTLICHE KOMPETENZVERTEILUNG	
Zersplitterte verfassungsrechtliche Kompetenzen im Gesundheitsbereich (vgl. Beilage)	
<p>Die in Österreich bestehende Kompetenzlage bewirkt eine Zersplitterung der Gesetzgebungs- und Vollzugskompetenzen im Bereich Gesundheit und Pflege.</p> <p>Gesundheitsmaterien werden in drei Kompetenztatbeständen geregelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Art 10 B-VG</u> (Gesetzgebung und Vollziehung Bund): <ul style="list-style-type: none"> * Gesundheitsrecht (Berufsrecht für Ärzte und Pflegepersonal), * sanitäre Aufsicht, * Regelungen für klinischen Mehraufwand - <u>Art 12 B-VG</u> (Grundsatzgesetzgebung Bund, Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung Land): <ul style="list-style-type: none"> * Heil-, Pflege und Kuranstalten - <u>Art 15 B-VG</u> (Gesetzgebung und Vollziehung Land): <ul style="list-style-type: none"> * Leichen- und Bestattungswesen, * Rettungswesen 	<ul style="list-style-type: none"> - komplexe, verflochtene Organisations-, Entscheidungs- und Finanzierungsstrukturen, - Erhöhung des österreichweiten Abstimmungsbedarfs, - Erschwerung eines österreichweiten Vergleichs der Leistungsangebote (insbesondere bei Qualität und Finanzierung), - Erschwerung der überregionalen und länderübergreifenden Kooperation und des Abbaus von Doppelgleisigkeiten, - uneinheitlicher Vollzug und unterschiedliche Leistungsansprüche. <p>Beispiel: 10 unterschiedliche Krankenanstaltengesetze Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG): Teil Grundsatzgesetzgebung, Teil unmittelbar anwendbares Bundesrecht</p>

Fragmentierte Rechtsgrundlagen und fehlende verfassungsrechtliche Grundlagen für ein koordiniertes Vorgehen im Pflegebereich	
<p>Verfassungsrechtliche Grundlagen für eine Vereinheitlichung bzw. Koordinierung des Pflegebereichs fehlen. Die Rechtsgrundlagen für den Pflegebereich sind fragmentiert und weichen von jenen für den Gesundheitsbereich ab:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Bei den Geldleistungen: 1 Bundespflegegeldgesetz, 9 Landespflegegeldgesetze samt entsprechenden Einstufungsverordnungen * Bei den Sachleistungen: 9 Heimgesetze, bundesgesetzliche Regelungen zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und Konsumentenschutz 	<p>Eine abgestimmte Steuerung und Planung der Gesundheit und Pflege ist wesentlich erschwert.</p> <p>Die in einer 15a-Vereinbarung aus 1993 über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen vorgesehenen "gleichen Grundsätze und Zielsetzungen" bzw. einheitliche Mindeststandards werden nicht erreicht.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Bei Geldleistungen: Bei einzelnen Entscheidungsträgern werden unterschiedliche Einstufungsregelungen verwendet. Für die Konkretisierung der Einstufungsregeln existieren zwar ergänzende Vorschriften, die aber nur für die jeweils unterzeichnenden Rechtsträger verbindlich sind. Für die übrigen Rechtsträger und im Rechtsschutzverfahren vor Gericht gelten sie jedoch nicht. * Bei Sachleistungen: Die einzelnen Länder gehen bei Schaffung von Pflegeheimen, Gewährung der Unterbringung im Einzelfall, bei den baulichen und personellen Rahmenvorgaben für die Heime sowie bei den Tarifen und bei der Kostentragung sehr unterschiedlich vor.

2 SCHNITTSTELLENPROBLEM KRANKENANSTALTEN – NIEDERGELASSENER BEREICH – PFLEGE	
Mangelhafte Leistungsabstimmung zwischen intra- und extramuralem Bereich sowie der Pflege	
<p>Eine unzureichende gesamthafte Betrachtung und Leistungsabstimmung zwischen dem intra- und extramuralen Bereich sowie der Pflege führt zu Fehlbelegungen. In Österreich besteht ein Übergewicht im stationären Versorgungsbereich. Teure Akutbetten werden teilweise mit austherapierten und auf einen Pflegeheimplatz wartenden Patienten belegt.</p> <p>Die Leistungen des intra- und extramuralen Bereichs sowie der Pflege werden von unterschiedlichen Leistungserbringern (insbesondere Krankenanstalten, Sozialversicherungsträgern,</p>	<p>Die mangelhafte sektorübergreifende Gesamtbetrachtung verursacht Intransparenz und erschwert eine Steuerung und Optimierung der Aufgabenwahrnehmung und des Mitteleinsatzes.</p> <p>Beispiel: In Österreich besteht im Vergleich zum EU-Schnitt ein Übergewicht des teuren, stationären Sektors. Das Umschichtungspotenzial im Falle der Angleichung der österreichischen Akutbettendichte an den europäischen Durchschnitt quantifiziert der RH mit rd. 2,9 Mrd. EUR. Allerdings wären als Ersatz für die Kapazitätsreduktionen im stationären Bereich die Strukturen und Leistungsangebote im niedergelassenen Bereich zu verstärken.</p>

<p>Gebietskörperschaften) angeboten. Die Koordination des Leistungsangebots und die Abstimmung der Leistungserbringung insbesondere an den Schnittstellen Krankenanstalten - niedergelassener Bereich und Krankenanstalten - Pflege ist mangelhaft.</p>	
---	--

<p>Fehlende österreichweite, sektorübergreifende Planung des Leistungsangebotes</p>	
<p>Eine österreichweite, sektorübergreifende Planung des Leistungsangebotes aller Versorgungsbereiche (extramural, intramural, Übergangs-, Kurzzeit- und Langzeitpflege) besteht nicht.</p>	<p>Eine Optimierung des medizinischen Versorgungsangebots wurde dadurch bisher nicht erreicht; insbesondere die Verlagerung von Kapazitäten und Leistungen aus dem (kostenintensiven) stationären Akutbereich in andere Bereiche ist derzeit noch offen.</p>
<p>Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) beschränkt sich im Wesentlichen auf den stationären Bereich und enthält dafür sowohl den Ist-Stand 2004 als auch Planwerte 2010 je Versorgungsregion. Für den spitalsambulanten und niedergelassenen Bereich sowie im Bereich der Nahtstellen zur Pflege enthält dieser lediglich Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze und den Ist-Stand der Versorgungsstrukturen, aber keine Planwerte.</p> <p>Eine – wie in der Art. 15a-Vereinbarung 2005 vorgesehene - verbindliche Leistungsangebotsplanung für den nicht-akutstationären Bereich der Krankenanstalten, für den ambulanten Bereich, den Reha-Bereich und für die Nahtstellen zum Pflegebereich wurde noch nicht umgesetzt (Stand Ende 2009).</p>	<p>Die Planungen im spitalsambulanten und niedergelassenen Bereich, im Reha-Bereich und bei den Nahtstellen zum Pflegebereich sind unterschiedlich fortgeschritten, wodurch eine sektorübergreifende Planung wesentlich erschwert wird. Die Planung und Steuerung der einzelnen Sektoren erfolgt bis dato getrennt und nicht aufeinander abgestimmt.</p>
<p>Für die gemäß der Art. 15a-Vereinbarung 2005 von den Ländern zu erstellenden Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) fehlen Vorgaben in methodischer Hinsicht, für (Mindest)Inhalte und zeitliche Vorgaben. Noch nicht alle Länder haben RSG erstellt.</p>	<p>Die von den Ländern bisher erstellten RSG waren unterschiedlich gestaltet. Bspw. umfasste der RSG für Wien den stationären, ambulanten und Schnittstellenbereich, während die RSG für Kärnten und Tirol nur den stationären Bereich abbildeten. NÖ hat noch keinen RSG beschlossen. (Stand April 2010)</p> <p>Das Fehlen jeglicher Standardisierung und die unterschiedlichen Planungsfortschritte erschwerten den bundesländerübergreifenden Vergleich der regionalen Planungen.</p>

<p>Für die medizinische Versorgung von Heeresangehörigen im Inland fehlen Planungen. Für die drei heereseigenen Krankenanstalten (Wien, Graz, Innsbruck) waren keine Bedarfserhebungen vorhanden.</p>	<p>Die durchschnittliche Auslastung des stationären Bereiches der militärischen Krankenanstalten betrug nur rd. 5 %. Die Kosten je Belagstag waren rd. zweieinhalbfach so hoch als jene der Wiener Krankenanstalten.</p>
---	--

<h2>Übergewicht des stationären Bereichs</h2>	
<p>Durch die strikte Trennung der Kompetenzen entstehen falsche Anreizmechanismen, Zielsetzungen und teilweise eine verstärkte Verlagerung von Leistungen in die Spitäler</p> <p>Überdurchschnittliche Bettendichte bewirkt angebotsinduzierte Nachfrage (überdurchschnittliche Aufnahme/Entlassungen und kurze Aufenthaltsdauer) und Fehlbelegungen</p> <p>Betten pro 1.000 Einwohner (2006): Ö: 7,6 (EU15: 5,5)</p> <p>Durchschnittliche Verweildauer in Akutspitälern in Tagen (2006): Ö: 6,0 (EU15: 6,8)</p> <p>Durchschnittliche Aufnahmen in Akutspitälern je 100 EW (2006): Ö: 26,4 (EU15: 15,3)</p> <p>Quelle: WHO Health for all database, Jänner 2010, IHS HealthEcon 2010</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Das überdurchschnittliche Angebot (Überkapazitäten) führt zu überdurchschnittlicher Beanspruchung stationärer Ressourcen - Angebotsinduzierter Nachfrage - Allfällige Effizienzsteigerungen bzw. Kostendämpfungspotenziale bleiben ungenutzt. - Eine Heranführung der stationären Versorgungseinrichtungen an die optimale Betriebsgröße wird erschwert. - Linearer Bettenabbau ohne Eingriff in bestehende Strukturen führt nicht zur Ausschöpfung des maximal möglichen Einsparungspotenzials <p>Beispiel: Abbau von Überkapazitäten (rd. 270 Betten) in den Bereichen Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin in der Region Graz mit Einsparungspotenzial von rd. 40 Mill. EUR jährlich; Abbau des überhöhten Bettenangebotes im Burgenland in den Bereichen Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe (Einsparungspotenzial rd. 5 Mill. EUR) sowie zusätzlich möglicher Personalkosteneinsparungen von jährlich rd. 170.000 EUR bei günstigerer Bettenbelegung und -auslastung; Effizienzsteigerungspotenzial am Beispiel Kärnten in Höhe von insgesamt rd. 125 Mill. EUR jährlich könnte teilweise durch den Abbau von Überkapazitäten realisiert werden.</p>

Mangelhafte Planung von Pflege- und Krankenhauskapazitäten	
Fehlbelegungen von Krankenhaus(akut)betten, d.h. austherapierte Patienten liegen auf teureren Akutbetten.	Durch die Fehlbelegung entstehen Mehrkosten. Beispiel: Durch Procuratio-Fälle – Pflegefälle, die einen Pflegeheimplatz beantragt haben und im Krankenhaus auf die Überstellung in das Pflegeheim warten – entstanden im Donauspital allein im Jahr 2002 Mehrkosten von rd. 3,4 Mill. EUR. Ein Akutbettenabbau wird dadurch verhindert.
Ein Entlassungsmanagement für ältere oder pflegebedürftige Personen im Sinne eines geordneten Übergangs von der stationären Krankenhausversorgung zur (medizinischen) Pflege fehlt überwiegend.	Ein unsystematisches Entlassungsmanagement fördert Wiederaufnahmen.
Unklare Zuordnung von „Landespflegekliniken“ und „Sonderkrankenanstalten für Chronisch Kranke“ für die Bedarfsplanung von Pflege- und Krankenhauskapazitäten	Die entsprechenden Betten werden z.B. in Kärnten bei der Bedarfsplanung für Pflege nicht berücksichtigt, in Tirol jedoch schon.

Leistungsverschiebung zwischen intra- und extramuralen Bereich	
<p>Pauschale Abgeltung spitalsambulanter Leistungen</p> <p>Die Höhe der pauschalen Abgeltung der im Spital erbrachten ambulanten Leistungen durch die Krankenversicherungsträger richtet sich nach den Beitragseinnahmen der KV – Träger und nicht nach den tatsächlich erbrachten Leistungen.</p>	<p>Die fehlende Realisierung des Prinzips "Geld folgt Leistung" bietet einen Anreiz insbesondere ambulante Leistungen zwischen dem niedergelassenen und dem Krankenanstaltenbereich zu verschieben.</p> <p>Beispiele:</p> <p>Präoperative Diagnostik: Seit Einführung der LKF-Finanzierung wurden die für die OP-Freigabe erforderlichen Untersuchungen (insbesondere Labor, Röntgen) vermehrt in den niedergelassenen Bereich ausgelagert. Allein dadurch entstanden bspw. der WGKK im Jahr 2006 allein in Wien Mehrkosten von rd. 7 Mill. EUR.</p> <p>CT- und MR-Geräte in Fondskrankenanstalten: Die pauschale Abgeltung von spitalsambulanten Leistungen erschwerte eine optimale Ausnutzung von CT- und MR-Geräten in Fondskrankenanstalten, weil die pauschale Ambulanzabgeltung unabhängig vom erbrachten Leistungsvolumen gewährt wird. Eine verstärkte Auslastung von Großgeräten mit spitalsambulanten Patienten führt nicht zu entsprechenden Mehreinnahmen.</p>

	<p>Chemotherapien: Beispielsweise werden Chemotherapien häufig „tagesklinisch“ (also im stationären Bereich) erbracht, weil bei ambulanter Behandlung die oft teuren Medikamente nicht adäquat vergütet werden. In der Steiermark werden aber die Chemotherapeutika auch bei ambulanter Behandlung von der Krankenkasse vergütet, was zu signifikant weniger tagesklinisch durchgeführten Chemotherapien führt. Damit wird gezeigt, dass durch geänderte Finanzierung ein – vermutlich wünschenswertes - Verlagerungspotential von stationär zu ambulant realisiert werden kann.</p>
<p>"Ambulante Versorgungszentren" Ein vom Gesundheitsressort 2007 entwickeltes und akkordiertes Modell für neue Versorgungsstrukturen im ambulanten Bereich wurde nicht realisiert.</p>	<p>Die Entwicklung von bedarfs- und patientenorientierten Versorgungsstrukturen im ambulanten Bereich wurde verhindert.</p>
<p>Reformpool Reformpoolmittel wurden nur zu einem geringen Teil für Projekte der integrierten Versorgung und der sektorübergreifende Finanzierung von Projekten, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich bewirkten, verwendet. Beispiel: Reformpoolmittel Tirol 2006-2008: 55,7 Mill. EUR, davon 0,4 Mill. EUR gebunden Reformpoolmittel Wien 2006-2008: 185,5 Mill. EUR, davon 4,1 Mill. EUR gebunden</p>	<p>Erfahrungs- und Evaluierungsergebnisse nur sehr eingeschränkt vorhanden bzw. umstritten; Umsetzung in Echtbetrieb dadurch erschwert. Beispiele: Kinderfachärztliche Notdienstordination im AKH Wien: Leistungsverschiebung und Ressourcenbedarf wurden vom intra- und extramuralen Bereich unterschiedlich beurteilt – keine Fortführung des Projektes Diabetes-Projekt: Diabetiker-Betreuung mit dem Ziel der Verringerung von Folgeerkrankungen (z.B. Amputation, Erblindung) wird zunächst Mehrkosten, und erst in Zukunft Einsparungen mit sich bringen.</p>

Fehlende Vergleichbarkeit der erbrachten Leistungen und der Kosten dieser Leistungen	
<p>Mangels standardisierter Diagnosen- und Behandlungsrichtlinien sowie Leistungsdokumentationen kann nur unzureichend auf Unterschiede in den Frequenzen der erbrachten Leistungen reagiert werden.</p>	<p>Es bestehen erhebliche Unterschiede bei den Frequenzen der erbrachten Leistungen; u.a. durch unterschiedliche Leistungserhebungen.</p> <p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Im Bereich der WGKK erfolgten drei Mal so viele Infiltrationen je Anspruchsberechtigten wie bei der OÖGKK - Im Bereich der WGKK wurden 6,6 Laborleistungen je Anspruchsberechtigten, bei der OÖGKK hingegen nur 1,9 Laborleistungen je Anspruchsberechtigten abgerechnet - Erhobene Leistungsdaten von medizinisch-technischen Großgeräten sind nicht vergleichbar.
<p>Die Art 15a-Vereinbarungen 2005 und 2008 sahen für den ambulanten Bereich eine einheitliche Dokumentation von Diagnosen und Leistungen vor; eine Umsetzung ist bis dato noch nicht erfolgt.⁹⁾</p> <p>⁹⁾ Die Dokumentationsgesetz-Durchführungsverordnung mit dem Ziel der vergleichbaren Dokumentation von Leistungen des ambulanten intramuralen und extramuralen Bereiches liegt derzeit im Entwurf vor. Die Diagnosedokumentation wurde bisher nicht umgesetzt. (Stand April 2010).</p> <p>Für die Gesundheitsberichterstattung sowie für die Planung fehlen Leistungs- und Diagnosedaten sowie epidemiologische Daten und Prognosen;</p>	<p>Diagnosen und Leistungen im spitalsambulanten und niedergelassenen Bereich waren nicht vergleichbar. Die zwischen diesen Gesundheitsbereichen bestehenden Wechselbeziehungen und Synergiepotenziale konnten daher nicht bzw. nur eingeschränkt analysiert werden.</p> <p>Die Koordination zwischen dem stationären und ambulanten Bereich, sowie zwischen intra- und extramuralem ambulanten Bereich ist mangelhaft.</p>
<p>Nahtstellenmanagement:</p> <p>Mangelnde Vergleichbarkeit der Kosten der Leistungen von Krankenanstalten und jener von niedergelassenen Ärzten sowie der Kosten der Kassenärzte untereinander.</p> <p>Bspw. ist die exakte Ermittlung der "verschobenen" Kosten im präoperativen Bereich derzeit nicht möglich. Weiters sind Auslastungsanalysen von intramuralen medizinisch-technischen Großgeräten derzeit nicht durchführbar.</p>	<p>Mangels sektorübergreifender Daten ist eine optimierte Zuordnung des Leistungsangebots zwischen intra- und extramuralem Bereich nur erschwert möglich.</p>

GESUNDHEITSBEREICH

3 ZERSPLITTERTE ORGANISATIONSSTRUKTUR IM KRANKENANSTALTENBEREICH	
Uneinheitliche Rechtsträgerschaft von Krankenanstalten	
<p>Die Rechtsträger von Krankenanstalten sind unterschiedlich. Die Kompetenz für Universitätsspitäler ist zwischen Bund und Ländern geteilt. * Lehre und Forschung: Bund * Patientenbehandlung: Land</p> <p>Die Personalhoheit wird einerseits vom Bund, andererseits vom Land ausgeübt.</p> <p>Gemeindespitäler wurden in den vergangenen Jahren verstärkt von den Ländern übernommen. Dennoch bestehen in Bundesländern derzeit noch nebeneinander Krankenanstalten, deren Rechtsträger das Land, eine Gemeinde oder ein Gemeindeverband ist.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - zweifache Führungs- und Verwaltungsstruktur (für Universitäts- und Krankenanstaltenbereich) anstatt monokratischer Organisation - erschwerter Vollzug und erhöhter Abstimmungsbedarf - komplexe Entscheidungs- und Finanzierungsprozesse - erschwerte Vergleichbarkeit und mangelnde Transparenz - unterschiedliche Dienstrechte <p>MU Wien: 100 % Bundes- bzw. Universitätsärzte MU Graz: 48 % Bundes- bzw. Universitätsärzte und 52 % Landesärzte MU Innsbruck: 48 % Bundes- bzw. Universitätsärzte und 52 % Landesärzte</p>
Hohe Standortdichte	
<p>Standortgarantien erschweren die Einrichtung von überregionalen stationären Versorgungsstrukturen und die Schaffung von optimalen Betriebsgrößen. Gemäß Literatur entstehen Kostennachteile für Krankenanstalten mit weniger als 200 bis 300 Betten. Rd. 40 % der Fondsrankenanstalten verfügen über weniger als 200 Betten, rd. 60 % über weniger als 300 Betten.</p>	<p>Effizienzsteigerungs-, Kostendämpfungs- bzw. Einsparungspotenziale bleiben ungenutzt. Strukturbereinigen werden erschwert.</p> <p>Beispiele: Im Bereich der KAGes-Krankenanstalten erschwerten Standortgarantien eine Strukturbereinigung und eine stabile Finanzgebarung der Gesellschaft.</p> <p>Effizienzsteigerungspotenzial am Beispiel Kärnten in Höhe von insgesamt rd. 125 Mill. EUR jährlich könnte teilweise durch die Optimierung der Standortstrukturen realisiert werden.</p>

<p>Standortgarantien und die an den einzelnen Standorten jeweils einzuhaltenden Qualitätskriterien führen in Österreich bei CT-Geräten zu einer im internationalen Vergleich hohen Ausstattungsichte.</p>	<p>(Über)angebot an Großgeräten verursacht eine angebotsinduzierte Nachfrage und damit Mehrkosten im Vergleich zu einer EU-durchschnittlichen Geräteausstattung. Die hohe Großgerätedichte kann zur Unterauslastung von Einzelgeräten führen.</p>
---	---

<p>Mangelnde Leistungsabstimmung und Kooperation</p>	
<p>Mangelnde Kooperation zwischen und innerhalb von Krankenanstalten im klinischen und nichtklinischen Bereich</p> <p>Die Planungen zum Neubau eines KH berücksichtigten nicht in ausreichendem Ausmaß künftige Kooperationsmöglichkeiten, z.B. wurden Kooperationen im nicht-klinischen Bereich, nicht aber im kostenintensiven klinischen Bereich vorgesehen.</p>	<p>Parallele Aufgabenwahrnehmung</p> <ul style="list-style-type: none"> - führt zu höherem Ressourceneinsatz - kann Unterschiede in Qualität bewirken. <p>Ineffiziente Strukturen</p> <ul style="list-style-type: none"> - führen zu Mehrkosten, die im Falle der Konzentration von Aufgaben einer Einrichtung reduziert werden können, - erschweren die Schaffung überregionaler Versorgungsstrukturen und optimaler Betriebsgrößen. <p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einsparungspotenzial am Beispiel Hainburg – Kittsee - Erzielung eines jährlichen Einsparungspotenzials von rd. 3 Mill. EUR durch trägerübergreifende Nutzung vorhandener OP-Kapazitäten - Kostengünstigere Erbringung von Laborleistungen im Zentrallabor eines Schwerpunktkrankenhauses für andere Krankenhäuser derselben Gesellschaft statt extern autonom vergebenen Laborleistungen - Neubauüberlegungen des Verteidigungsressorts betr. militärische Krankenanstalten trotz Interesse für Kooperationen zwischen militärischen Krankenanstalten und zivilen Einrichtungen; Aufwendungen des Verteidigungsressorts in Höhe von rd. 80.000 EUR für Neubauplanungen des Kooperationspartners, obwohl Art und Umfang der Zusammenarbeit noch nicht festlagen

<p>Unzweckmäßige Kooperationsformen im Krankenanstaltenbereich</p> <p>Die Nutzung von intramuralen Großgeräten für Leistungen an Patienten aus dem niedergelassenen Bereich basiert nicht auf Kooperationsvereinbarungen zwischen der GKK und den Krankenanstalten, sondern auf einer Vereinbarung zwischen der GKK und leitenden Ärzten.</p>	<p>Kassenverträge mit leitenden Ärzten von Krankenanstalten bargen die Gefahr von Interessenskonflikten.</p>
---	--

<p>Ineffiziente Leistungserbringung</p>	
<p>Kostenintensive stationäre Versorgungsstrukturen werden verursacht</p> <ul style="list-style-type: none"> - durch das Fehlen einer zentralen Aufnahmestelle je Krankenanstalt - durch Unterschiede im Aufnahmemanagement im Bereich der Orthopädie - durch fehlende Optimierung der OP-Belegung - durch fehlende Leistungsangebote im tagesklinischen Bereich - durch die Nicht-Umstellung auf 5-Tages-Stationen bzw. interdisziplinäre Belegung von Organisationseinheiten - durch die fehlende Optimierung im Laborbetrieb und fehlende Zentralisierung des Einkaufs 	<p>Organisationsdefizite in Krankenanstalten bewirken Mehrkosten und eine ineffiziente Leistungserbringung.</p> <p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bei OP-Terminen Anfang der Woche bestanden zwischen orthopädischen Abteilungen von Krankenanstalten erhebliche Unterschiede in der Zahl der bereits am Freitag aufgenommenen Patienten. Der präoperative Aufenthalt wurde dadurch um zwei Tage verlängert. - Verbesserungspotenzial bei OP-Planung, bessere Auslastung der OP-Kapazitäten im Otto-Wagner-Spital - Einrichtung eines Gesundheitszentrums unter Einbindung alternativer Versorgungsstrukturen am Standort eines KH

Gesetzliche Verpflichtung zum Betrieb einer Krankenanstalt (Hanusch-Krankenhaus)

Gemäß § 23 Abs 6 ASVG sind GKK, die am 30. Juni 1994 eine Krankenanstalt im Sinne des Krankenanstaltengesetzes betrieben haben, zu deren Betrieb verpflichtet. Auf Grund dieser gesetzlichen Verpflichtung betreibt die WGKK als einzige GKK eine Krankenanstalt (Hanusch-Krankenhaus).

Der Betrieb des Hanusch-Krankenhauses belastet die WGKK mit rd. 11 Mill. EUR (2006)², die übrigen Krankenversicherungsträger sind über Zahlungen des Ausgleichsfonds ebenfalls belastet.

² Der Betriebsabgang des Hanusch-Krankenhauses gemäß § 56 (2) WrKAG stieg von rd. 53 Mill. EUR (2006) auf rd. 57 Mill. EUR (2008).

4 ZERSPLITTETER ORGANISATIONSTRUKTUR IM NIEDERGELASSENEN BEREICH	
Zersplitterung der Sozialversicherungsträger	
<p>In Österreich gibt es 35 Krankenversicherungsträger:</p> <p>Neben den neun GKK bestehen noch sechs Betriebskrankenkassen (BKK).</p> <p>Neben der BVA bestehen noch 16 Krankenfürsorgeeinrichtungen von Ländern oder Gemeinden für ihre Bediensteten (KFA).</p> <p>Außerdem gibt es die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB), die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) und die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB).</p>	<p>Folge der Zersplitterung sind umständliche und damit teure Abrechnungsvorgänge mit den Vertragspartnern (insbesondere Ärzten, Apotheken, Bandagisten, Optikern, etc), höhere Tarife und mangelnde Transparenz.</p> <p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krankenfürsorge für die Beamten der Landeshauptstadt Linz: Die für alle oberösterreichischen Krankenfürsorgen vereinbarten Honorartarife für Zahnärzte waren im Jahr 2003 noch immer um 30% höher als jene der BVA. - Bei der ärztlichen Hilfe lagen die für die KFA ausgehandelten Tarife um 10% über jenen der BVA (Krankenfürsorgeeinrichtungen der Tiroler Landesbeamten und der Tiroler Landeslehrer) - Schlechtere Konditionen mit den Vertragspartnern (z.B. 13 % höhere Tarife bei den Vertragszahnbehandlern) und fehlende Kontrollmechanismen (z.B. IT-Programme zur Heilmittelkontrolle) (Krankenfürsorge für die Beamten der Landeshauptstadt Graz)
Mangelhafte Ausschöpfung der Einsparungsmöglichkeiten	
<p>Durch die mangelhafte Ausnutzung der Einsparungsmöglichkeiten durch Strukturbereinigungen innerhalb der Sozialversicherungsträger und die nicht ausreichende Realisierung tatsächlicher Einsparungspotenziale stiegen die Defizite der GKK in den letzten Jahren stark an.</p> <p>Die Überschuldung der GKK entstand vor allem durch einen stärkeren Anstieg der Ausgaben gegenüber den Einnahmen. Während die Beitragseinnahmen von 1998 bis 2008 nur um 47,3 % gestiegen sind, erhöhten sich die Ausgaben der Krankenversicherungen insgesamt um 50,3 %.</p>	<p>Trotz entsprechender politischer Absichten zu Strukturbereinigungen in der Sozialversicherung und in den letzten Jahren durchgeführter Fusionen bei den Sozialversicherungsträgern (z.B. Fusion PVAng/PVArb, Eisenbahner/Bergbau, Auflösung einzelner BKK und KFA) konnten Einsparungspotenziale nicht immer optimal realisiert werden. Z.B. fehlen in der Dienstordnung kostengünstige Möglichkeiten zum flexiblen Personaleinsatz (z.B. Versetzungen).</p>

<p>Unzureichende Kooperation im IT-Bereich: Die Möglichkeiten zur Zusammenarbeit zwischen den Sozialversicherungsträgern im Bereich der IT (z.B. gemeinsame Rechenzentren, gemeinsame Entwicklung, Nutzung und Wartung von IT-Programmen) werden noch nicht ausreichend genutzt. Aufgrund des fehlenden eigenen Know-Hows werden in überhöhtem Ausmaß teure externe IT-Kräfte auch zur Abdeckung des laufenden Bedarfs eingesetzt (festgestellt am Bsp. PVA).</p>	<p>Überhöhte Ausgaben der Sozialversicherung im Bereich der IT.</p>
---	---

<p>Intransparente Preis- und Tarifgestaltung von ärztlichen Leistungen</p>	
<p>Durch mangelnde Vernetzung bestehen zwischen den Krankenversicherungsträgern erhebliche Unterschiede bei den Tarifen und bei den Frequenzen der erbrachten Leistungen. Regelmäßige Vergleiche erfolgen nur sehr eingeschränkt und sind z.B. aufgrund der unterschiedlichen Struktur der Honorarordnungen bzw. der unterschiedlichen Struktur der Leistungserbringer nur eingeschränkt bzw. mit sehr hohem Aufwand möglich.</p>	<p>Es besteht wenig Transparenz über die Preise medizinischer Leistungen im niedergelassenen Bereich. Ungerechtfertigte Preisunterschiede können länger bestehen, weil sie nicht auffallen.</p> <p>Beispiele: Vergleich WGKK-OÖGKK: - Augendruckmessung: WGKK: 9,60 €, OÖGKK: 2,74 €; - Befundbericht WGKK: 14,08 €, OÖGKK: 5,80 – 6,60 €; - Mammographie doppelseitig: WGKK: 76 €, OÖGKK: 54 €</p> <p>Labortarife bei ausgewählten Krankenversicherungsträgern: - Bei den durchschnittlichen Ausgaben je Laborleistung bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den Krankenversicherungsträgern.</p> <p>Die Laborausgaben je Anspruchsberechtigten waren bei der SVA um rd. 70 % und bei der BVA um rd. 100 % höher als bei der StGKK</p> <p>- Zwischen einzelnen Anbietern bestanden bei den beiden umsatzstärksten Laborleistungen innerhalb eines Bundeslandes und zwischen einzelnen Anbietern Preisunterschiede von bis zu 400 %.</p> <p>- Unterschiedliche Honorardegressionen und unterschiedliche Preise bewirkten unterschiedliche Ausgaben je Laborleistungen. Dies führte bei der StGKK und bei der SVA zu Kostenersparnissen von insgesamt rd. 11,5 Mill. EUR.</p>

<p>Beitrags- und Tarifniveau: Das Beitrags- und Tarifniveau der Krankenfürsorgeeinrichtungen liegt deutlich über jenem der BVA.</p>	<p>Für die Dienstgeber (Länder, Städte) entstehen Mehrkosten gegenüber einer Versicherung bei der BVA. Ein Teil davon kommt über die höheren Tarife nicht den Versicherten, sondern den Vertragspartnern zugute.</p>
<p>Für die Tarife der einzelnen Leistungen existieren großteils keine exakten Kalkulationen. Lediglich bei Einführung neuer Leistungen wurde eine entsprechende Kalkulation erstellt. Bei den Tarifverhandlungen mit der Ärztekammer wird im Wesentlichen über das Gesamthonorarvolumen der Ärztegruppen verhandelt.</p>	<p>Es mangelt an Transparenz, inwieweit einzelne Tarife die Kosten unter- oder überschreiten bzw. wo durch betriebswirtschaftliche oder technische Weiterentwicklungen Potenzial für Preissenkungen bestehen.</p>

<p>Heterogene Vertragspartnerdichte</p>	
<p>Die Ärztedichte ist sehr unterschiedlich: Bei der WGKK für Allgemeinmediziner 5 % niedriger als bei der OÖGKK bei Fachärzten um 57 % höher, bei Radiologen sogar um 250 % höher als bei der OÖGKK. Bei der OÖGKK wurde in 38 % der Fälle ein Facharzt in Anspruch genommen, bei der WGKK in 53 % der Fälle. Kosten (2007) je Fall: - beim Allgemeinmediziner in Wien 41 EUR , in OÖ 46 EUR , beim Facharzt in Wien 59 EUR, in OÖ 51 EUR.</p>	<p>Der nicht bedarfsgerecht gesteuerte Zugang von Patienten insbesondere zu Fachärzten birgt die Gefahr von Mehrfachleistungen und damit von Mehrkosten.</p>

<p>Bedarf an und Funktion von Allgemeinmedizinern</p> <p>Der Zugang von Patienten zu Fachärzten erfolgt idR direkt oder im Wege von Allgemeinmedizinern. Eine Evaluierung des Bedarfes an Allgemeinmedizinern und ihrer Funktion an der Schnittstelle zu den Bereichen Krankenanstalten und Fachärzten unterblieb bisher. Der Anstieg der Anzahl von Fachärzten war im Zeitraum 1998 bis 2008 doppelt so hoch wie bei den Allgemeinmedizinern.</p>	<p>Eine bedarfsgerechte Struktur im niedergelassenen Bereich ist nicht sichergestellt.</p>
<p>Abschluss der Gesamtverträge</p> <p>Nach § 341 Abs. 1 ASVG sind die Gesamtverträge für die Träger der Krankenversicherung durch den Hauptverband mit der jeweiligen Ärztekammer abzuschließen. Tatsächlich werden die Vertragsbedingungen unter Federführung des jeweiligen Krankenversicherungsträgers verhandelt, formell aber vom Hauptverband unterzeichnet. Der Hauptverband lässt sich dazu vom jeweiligen Krankenversicherungsträger bestätigen, dass dessen finanzielle Lage den Abschluss des ausgehandelten Vertrags zulässt.</p>	<p>Formelle und inhaltliche Verantwortung für den Abschluss der Gesamtverträge für ärztliche Hilfe fallen auseinander.</p>
<p>Intransparente Fremdkassenabrechnung</p>	
<p>Pauschalsummen zwischen Versicherungsträgern: Soweit Anspruchsberechtigte einer GKK in einem anderen Bundesland Behandlungen in Anspruch nehmen, werden diese Leistungen zunächst über die örtlich zuständige GKK abgerechnet. Sie schreibt die entsprechenden Kosten dann der sachlich zuständigen GKK in Form einer Pauschalsumme vor.</p>	<p>Für die letztlich kostentragende GKK sind die einzelnen Leistungen, Empfänger und Kosten nicht erkennbar.</p>

5 INTRANSPARENTE FINANZIERUNGSSTRUKTUR	
Fehlende Übereinstimmung von Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung zwischen Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherungsträgern	
<p>Starre, intransparente Finanzierungsstrukturen An der Finanzierung des Gesundheitswesens sind insbesondere Gebietskörperschaften, Sozialversicherungsträger, Krankenanstaltenträger und Patienten beteiligt. Die Finanzströme sind verflochten und zeichnen sich durch Parallelität und hohe Komplexität aus. Die Finanzierungsverantwortung von Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherungsträgern deckt sich nicht mit ihren Aufgaben- und Ausgabenverantwortungen.</p>	<p>Wirtschaftliche und zweckmäßige Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich sowie der Pflege werden verhindert.</p> <p>Als Folge ergeben sich</p> <ul style="list-style-type: none"> - parallele und komplexe Finanzströme - Unterschiedliche Ansichten und Interessen - Ineffizienzen - Doppelgleisigkeiten - Intransparenz - Zielkonflikte - Steuerungsdefizite

Komplexe und uneinheitliche Krankenhausfinanzierung samt unterschiedlich geregelter Abgangsdeckungssystem	
<p><u>LKF-System³</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - infolge länderweise gestaltbarer Abrechnungsmodalitäten und unterschiedlicher Fondsdotierung verschieden gestaltet. - LKF-System ist nicht kostendeckend; LKF-Entgelte bewirken länderweise unterschiedlichen Kostendeckungsgrad - Das LKF-System in den Ländern setzt sich aus je einem Kern- und 	<ul style="list-style-type: none"> - Das Ziel, ein bundeseinheitliches LKF-System zu erstellen, wurde nicht erreicht. - Österreichweiter Vergleich der Abrechnungsergebnisse nicht möglich - Fehlende Vergleichbarkeit der Abrechnungsergebnisse bewirkt Intransparenz und verhindert ein länderübergreifendes

³ Stationäre Leistungen von Fondskrankenanstalten werden seit 1997 nach dem LKF-System (leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung) abgegolten. Das LKF-System besteht aus einem österreichweit einheitlichen Kern- und einem länderweise gestaltbaren Steuerungsbereich und wird aus den Landesgesundheitsfonds finanziert.

<p>Steuerungsbereich zusammen. Der Kernbereich ist österreichweit einheitlich gestaltet. Der Steuerungsbereich obliegt dem Gestaltungsspielraum der Länder, die dabei besondere Versorgungsfunktionen von Krankenanstalten berücksichtigen können. Die Mittelverteilung zwischen dem österreichweit einheitlich gestalteten Kernbereich und dem länderspezifisch gestalteten Steuerungsbereich war unterschiedlich.</p> <p>Beispiel: Wien – 100 % der Mittel im Steuerungsbereich (bis 2008) Tirol – 70 % der Mittel im Kernbereich</p>	<p>Benchmarking der LKF-finanzierten Leistungen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die LKF-Entgelte lassen keine Rückschlüsse auf die Kosten der Leistungen zu.
<p>Komplexe und unterschiedliche Krankenanstaltenfinanzierung in den Bundesländern infolge</p> <ul style="list-style-type: none"> - unterschiedlicher Fondsdotierung (Pflichtmittel, fakultativ einbringbare Mittel) - unterschiedlicher Regelungen für die Abdeckung des Betriebsabgangs (innerhalb/außerhalb Fonds, leistungsorientiert, pauschal, darlehensfinanziert) und - unterschiedlicher Investitionsfinanzierung (innerhalb/außerhalb Fonds) - fehlender Bundesverordnung mit Vorschriften über den Kostenersatz des Bundes für klinische Forschung und Lehre an Universitätsspitalern - unterschiedlicher Mitfinanzierungsanteile der Gemeinden 	<ul style="list-style-type: none"> - Fehlende Vergleichbarkeit des Finanzmittelbedarfs und mangelhafte Transparenz der Krankenanstaltenfinanzierung - Betriebsabgangsdeckung außerhalb der Landesgesundheitsfonds reduziert Lenkungsmasse und Anreiz für sparsame und wirtschaftliche Gebarung - dadurch eingeschränkter Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern - Grundlagen für Benchmarking und optimierten Mitteleinsatz fehlen - im Falle der Darlehensfinanzierung von Betriebsabgängen: entstandene Verluste können nicht ausgeglichen werden und es entstehen buchmäßige Überschuldungen - Ermittlung des klinischen Mehraufwands ist strittig

<p>Unterschiedliche Leistungsabteilungen bzw. Abgeltungsmethoden im ambulanten Bereich sowie im Nebenkostenstellenbereich</p> <p>Spitalsambulante Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abgeltung ist pauschal oder leistungsorientiert - die Anfang 2007 geplante Einführung eines bundesweit einheitlichen Abgeltungsmodells wurde noch nicht realisiert <p>Nebenkostenstellen (z.B. Gesundheit- und Krankenpflegeschulen, Personal und Dienstwohnungen):</p> <ul style="list-style-type: none"> - erfolgte in Wien entgegen der bundesgesetzlichen Vorgabe außerhalb des Landesgesundheitsfonds 	<p>Fehlende Transparenz und Vergleichbarkeit der Leistungen</p> <p>Beispielsweise waren in Wien die ambulanten Endkosten rd. drei Mal so hoch wie in Tirol, die Ambulanzabgeltungen des Landesgesundheitsfonds in Wien aber nur um 25 % höher als in Tirol.</p>
<p>Mindereinnahmen bei ausländischen Gastpatienten:</p> <p>Behandlungen gegenüber ausländischen sozialversicherten Gastpatienten sind wie für sozialversicherte Inländer abzurechnen. Außerhalb der Landesgesundheitsfonds abgerechnete Betriebsabgänge können daher gegenüber ausländischen Versicherungsträgern derzeit nicht geltend gemacht werden.</p>	<p>Einnahmeverzicht bei der Auslandspatientenverrechnung in jenen Ländern, in denen der Betriebsabgang außerhalb der Landesgesundheitsfonds finanziert wird (z.B. für Wien rd. 4 Mill. EUR Einnahmeverzicht für 2007).</p>
<p>Ausländische Patientenverrechnung</p> <p>Lange Erstattungsdauern und mehrstufige Erstattungsverfahren bei ausländischen sozialversicherten Gastpatienten insbesondere aufgrund mangelhafter Datenschnittstellen zwischen dem Landesgesundheitsfonds und der GKK (festgestellt für Tirol).</p>	<p>Das Erstattungssystem bewirkte einerseits steigende Außenstände und Außenstandsdauern (z.B. für Tirol: 71,7 Mill. EUR per Ende 2007 – das entspricht 12 % des Volumens des Tiroler Landesgesundheitsfonds) und führte andererseits zu hohen Finanzierungskosten (z.B. für Tirol: 2,2 Mill. EUR jährlich; dies entsprach 28 % des Betriebsabgangs).</p> <p>Beispiel: Tirol: Die Weitergabe der Verrechnungsdaten von Gastpatienten vom Tiroler Gesundheitsfonds bis zum Hauptverband dauerte rd. 17 Monate (festgestellt für Zeitraum 2005 bis 2007)</p>

Angespannte finanzielle Lage der Krankenversicherungsträger	
<p>Die finanzielle Lage der meisten GKK ist sehr angespannt. Sechs von neun GKK waren 2008 defizitär. Die Überschuldung der GKK entstand vor allem durch einen stärkeren Anstieg der Ausgaben gegenüber den Einnahmen. Die allgemeine Rücklage der GKK war 2008 in Höhe von rd. 1,1 Mrd. EUR ungedeckt. Im Jahr 2008 verfügten nur noch drei GKK über eine Leistungssicherungsrücklage. Die Beitragsentwicklung bleibt seit Jahren hinter der Ausgabenentwicklung zurück. Eine langfristige Finanzierung der GKK ist nicht gewährleistet. Der Bilanzverlust der WGKK betrug 2007 167,23 Mill. EUR und 2008 64,27 Mill. EUR. Der Zinsaufwand der WGKK erreichte 2007 18,22 Mill. EUR und 2008 16,86 Mill. EUR.</p> <p>Für 2009 sieht die vorläufige Erfolgsrechnung für alle GKK zusammen ein Gesamtergebnis von +10,8 Mill. EUR vor. Die aktuelle Entwicklung ist aufgrund von Einmaleffekten (z.B. Auflösung und Verteilung des Katastrophenfonds, Verteilung von GSBG¹⁾-Mitteln) und z.B. der Halbierung der Umsatzsteuer auf Medikamente auf 10 % jedoch wenig aussagekräftig. Das vorläufige Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit für alle GKK betrug für 2009 rd. - 314,7 Mill. EUR. Die langfristige Finanzierung ist nicht gesichert.</p>	<p>Langfristig Gefährdung der Versorgungssicherheit der Bevölkerung</p> <p>Reduzierung der Glaubwürdigkeit der Gesundheitsversorgung</p> <p>Planungsunsicherheit gegenüber den Vertragspartnern und den Gläubigern.</p> <p>Beispiel: So war 2006 die Versorgung der Wiener Bevölkerung mit eigenen Mitteln der WGKK nicht mehr gesichert. Obwohl verschiedene gesetzliche Maßnahmen eine Entlastung gebracht haben, ist eine langfristige Sanierung noch nicht gelungen, wie die Prognosen für die Jahre 2010 und 2011 zeigen.</p> <p>¹⁾ GSBG = Gesundheits- und Sozialbereichsbeihilfengesetz</p>
<p>Nach § 342 Abs. 2 ASVG sollen die für die Träger der Krankenversicherung durch den Hauptverband mit der jeweiligen Ärztekammer abzuschließenden Gesamtverträge auch eine Begrenzung der Ausgaben der Krankenversicherungsträger für ärztliche Hilfe enthalten.</p>	<p>Diese Vorgabe wurde nicht immer umgesetzt.</p> <p>Die OÖGKK hatte entsprechend einer Empfehlung des RH aus 1994 eine Honorarsummenbegrenzung vorgesehen. Sie wirkte sich 2006 mit ca. 16 % oder insgesamt 28,8 Mill. EUR preisreduzierend aus.</p> <p>Beispiel: Bei der WGKK stiegen die Ausgaben je Versicherten für ärztliche Hilfe zwischen 1993 und 2006 um 54,9%, bei der OÖGKK nur um 37,5%.</p>
<p>Die hohe Steigerung der Kosten der Heilmittel stellt eine erhebliche Belastung für die finanzielle Situation der Krankenversicherungsträger dar. Deren Erfolge bei der Steuerung der Ausgaben für Heilmittel durch Ökonomiekontrolle sind sehr unterschiedlich.</p>	<p>Die Kostenbelastung der einzelnen Krankenversicherungsträger durch Heilmittel hat sich unterschiedlich entwickelt.</p> <p>Beispiel: Bei der WGKK stiegen die Ausgaben je Versicherten für Heilmittel zwischen 1993 und 2006 um 148,4%, bei der OÖGKK nur um 121,7%.</p>

6 MANGELHAFTE DATENQUALITÄT, QUALITÄTSMESSUNG UND –SICHERUNG SOWIE EFFIZIENZINFORMATION	
Fehlende Qualitätsmessung und -sicherung	
<p>Die Qualitätssicherung im Krankenanstaltenbereich umfasst Strukturen, Prozesse und Ergebnisse. Für die Qualitätsmessung (insbesondere im Ergebnisbereich) fehlen wesentliche Daten (z.B. über Behandlungsergebnisse der Akutgeriatrien und Orthopädien, zur Krankenhaushygiene).</p>	<p>Eine Qualitätsmessung findet nicht statt.</p> <p>Beispiele: Im Bereich der Akutgeriatrien von Krankenanstalten wurde weder ein Überblick pro Krankenanstalt noch ein Vergleich zwischen Behandlungsergebnissen erstellt. Insbesondere waren Vergleiche von Behandlungsergebnissen dadurch erschwert, dass es keine Übersichten über den Zustand der Patienten am Beginn und am Ende ihrer Aufenthalte gab, obwohl die Daten auf Patientenebene verfügbar waren. Auch Wiederaufnahmeraten waren rechtsträgerübergreifend nicht verfügbar.</p> <p>Vorgangsweise der Krankenanstalten im Bereich der Krankenhaushygiene überwiegend organisationsbezogen und weniger ergebnisorientiert, medizinische Qualitätssicherung und Fehlermeldekultur in den Krankenanstalten unterschiedlich ausgeprägt.</p>
Mangelhafte Aussagekraft und Vergleichbarkeit der Statistikdaten	
<p>Mangelhafte Statistikdaten von medizinisch-technischen Großgeräten: Die jährlich Leistungs-, Basis- und Kostendaten von medizinisch-technischen Großgeräten in Krankenanstalten werden uneinheitlich erhoben.</p>	<p>Auslastungsanalysen von Großgeräten sind dadurch wesentlich erschwert. Allfällige ungenutzte Leistungskapazitäten und Kooperationspotenziale werden nicht evident.</p>
<p>Mangelhafte oder fehlende Daten im ambulanten und niedergelassenen Bereich: Für den ambulanten Bereich fehlt bisher eine einheitliche Dokumentation von Diagnosen und Leistungen. Für die Gesundheitssteuerung und –planung sowie für die Koordination zwischen dem Spitalsambulanten und extramuralen Bereich fehlen dadurch vergleichbare Daten.</p>	<p>Ein Kostenvergleich ambulanter Leistungen in Spitalsambulanzen und bei niedergelassenen Ärzten sowie zwischen den Kosten der Kassenärzte untereinander ist nur eingeschränkt möglich.</p>

Mangelhafte Effizienzinformation	
<p>Das österreichische Spitalswesen ist von Überkapazitäten geprägt und kann durch ein hohes Kostenwachstum und hoher Reformresistenz charakterisiert werden. Diese Faktoren lassen auf hohe Effizienz- bzw. Umschichtungspotentiale schließen. Zudem ist die überregionale Planung schwach ausgeprägt.</p> <p>Neben Informationen über Qualität fehlen insbesondere auch Informationen über die Effizienz von Spitälern.</p>	<p>Durch fehlende Messungen und objektive Informationen zur Effizienz der österreichischen Spitäler kann das Ziel, dass Spitäler von den „Besten“ lernen und somit ihre Effizienz verbessern, nicht erreicht werden.</p>

7 PERSONAL – DIENSTRECHT IM KRANKENANSTALTENBEREICH	
Fehlende Flexibilität des Personaleinsatzes im Krankenanstaltenbereich	
<p>Keine ausreichende Flexibilität beim Personaleinsatz im Krankenanstaltenbereich</p> <p>Starre Organisationen und unterschiedliche Dienstzeitregelungen lassen keinen den wechselnden Leistungsanforderungen entsprechenden flexiblen Personaleinsatz zu (starre Dienstpläne).</p>	<p>Synergie- und Kostendämpfungspotenziale können nicht genutzt werden.</p> <p>Beispiel: Dienstzeitregelungen ärztlicher Bereich Kernarbeitszeit: Ordens-KH (BHS) 7.30 bis 16.00 Uhr, KAV-Spitäler 8.00 bis 13.00 Uhr, verlängerte Dienste: Ordens-KH (BHS) 16.00 bis 18.00 Uhr, nach vier langen Diensten ein freier Tag, KAV-Spitäler (nicht in jedem KH umgesetzt) 13.00 bis 18.00 Uhr, nach so genannten Doppelblockdienst ein fixer dienstfreier Tag, die flexibleren Dienstzeiten im Ordens-KH waren mit ein Grund für die geringeren Personalkosten des Ordens-KH.</p>

Unterschiede bei Personalkosten	
<p>Für Krankenanstaltenbedienstete bestanden unterschiedliche (Sonder)Regelungen im Bereich Zulagen, Vordienstzeitenanrechnung und Überstunden.</p>	<p>Hohe Personalkosten belasten den Landeshaushalt, reduzieren den Spielraum beim Personaleinsatz und erhöhen den Druck, zukünftig den Personalstand zu reduzieren.</p>

	<p>Beispiel: In Kärnten bestand bei Krankenanstalten infolge eines hohen Personalkostenanteils (60 %) ein hoher Fixkostenanteil sowie ein im Vergleich zu anderen Bundesländern überhöhtes Bezugsniveau</p>
--	--

<p>Nebenbeschäftigungen</p>	
<p>Art und Ausmaß der gemeldeten Nebenbeschäftigungen von Spitalsärzten können eine Konkurrenzierung öffentlicher Krankenanstalten bedingen (insbesondere ärztliche Tätigkeiten außerhalb öffentlicher Krankenanstalten) und den Dienstbetrieb beeinträchtigen.</p> <p>Beispiele: In den Universitätspitälern haben rd. 60 % der leitenden Bundesärzte Nebenbeschäftigungen gemeldet (in Einzelfällen bis zu 5 Nebenbeschäftigungen je Arzt). 43 % dieser leitenden Bundesärzte verfügten über eine Privatordination. In der Facharztordination eines Institutsleiters übten rd. drei Viertel der Fachärzte des Instituts eine Nebenbeschäftigung aus.</p> <p>Im Heeresspital Wien übten von 43 Militärärzten 21 eine erwerbsmäßige Nebenbeschäftigung aus; davon führten 13 Militärärzte neben einer Wochendienstzeitverpflichtung im Ausmaß von 40 bzw. 41 Stunden eine Kassenordination.</p>	<p>Insbesondere operative Tätigkeiten in privaten Krankenanstalten stellen wirtschaftliche Nachteile für öffentliche Krankenanstalten dar. (festgestellt für AKH Wien), da dadurch insbesondere die Einnahmen von den in privaten Krankenanstalten behandelten Sonderklassepatienten entfallen. Das Ausmaß und die zeitliche Nutzung der Nebenbeschäftigungen erschwerten darüber hinaus die notwendige Flexibilisierung der Dienste hin zu längeren OP-Zeiten.</p> <p>Die Beschäftigung der Mehrheit der Ärzte in der Facharztordination des Institutsleiters und die damit verbundene Steuerung der Einkünfte der Mitarbeiter schufen ein Abhängigkeitsverhältnis zwischen Mitarbeitern und Institutsleiter.</p>

Unterschiedliche Sondergebühren und Arzthonorare	
Sondergebühren und Arzthonorare ⁴ sind in den Bundesländern unterschiedlich geregelt. Die privatrechtliche Verrechnung der Arzthonorare war intransparent; Weder für die KA-Träger noch für die Dienstgeber der Ärzte bestand eine Kontroll- und Einsichtsmöglichkeit in die Honorargebarung (festgestellt für Med. Uni Wien und Innsbruck); in Wien ermöglicht eine Gesetzesänderung mittlerweile grundsätzlich eine Einsicht des RH in die Honorargebarung.	Die Arzthonorar- und Sondergebührengbarung ist nur eingeschränkt vergleichbar und daher intransparent.
Hausanteile: Den Rechtsträgern waren die Honorargebarungen der Ärzte nur teilweise bekannt. Ebenso sind die Hausanteile für Krankenanstalten unterschiedlich gestaltet.	Eine Kontrolle der angeführten Hausanteile ist nur teilweise möglich. Ebenso ist eine Prüfung der Angemessenheit der Hausanteile nicht möglich.
Das KAKuG des Bundes ermöglicht Ärzten die mehrfache Honorierung ein und derselben ärztlichen Leistung gegenüber Patienten der Sonderklasse (§ 46 KAKuG).	Möglichkeit der Doppelverrechnung von Leistungen für ausgewählte Bundesärzte im Falle einer persönlichen Behandlung

Schlechte Ausbildungsbedingungen insbesondere für Allgemeinmediziner	
Die Ausbildung im Bereich der Ärzte ist reformbedürftig. Neben Problemen in den postpromotionellen Ausbildungsbedingungen (Überlastung mit Verwaltung, mangelnder Ausbildungscharakter des Angestelltenverhältnisses, Arbeitszeiten) existiert weiterhin keine spezielle Ausbildung für Allgemeinmediziner; und dies trotz der wichtigen Steuerungsfunktion, die Allgemeinmediziner gegenwärtig und verstärkt in Zukunft haben sollen.	Ineffizienzen bei der Ausbildung. Fehlende Attraktivität des Berufsbilds des Allgemeinmediziners, dem besondere Bedeutung zukommt, Einsparungspotenziale durch Behandlung im kostengünstigeren ambulanten Bereich bzw. durch bedarfsgerechte Zuweisung zum erforderlichen Behandlungsweg zu realisieren.

⁴ Arzthonorare sind Entgelte, welche honorarberechtigte Ärzte von Patienten der Sonderklasse vereinnahmen; davon ist ein Anteil (Hausanteil) an die Krankenanstalt abzuführen. Sondergebühren hebt der Rechtsträger neben den Abgeltungen für die allgemeine Gebührenklasse von Patienten der Sonderklasse ein. Diese decken insb. die sogenannte Hotelkomponente ab.

Keine kontrollierte verpflichtende kontinuierliche ärztliche Fortbildung	
Es besteht keine kontrollierte Verpflichtung zu einer kontinuierlichen Ärztefortbildung. Grund für die international übliche Einführung einer Rezertifizierung der Ärzte durch eine unabhängige Stelle ist der rasche Wissensturnover.	Das Bemühen, auf dem Stand des medizinischen Wissens zu bleiben, obliegt zu sehr der Initiative durch den einzelnen. Qualität und Ausmaß der ärztlichen Fortbildung sind daher unterschiedlich.

8 PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG	
Unterdurchschnittliche Ausgaben für Prävention	
Die in Österreich erfolgten Ausgaben für öffentliche Gesundheits- und Präventionsprogramme erreichen nur rd. 63 % des OECD-Durchschnitts (2007).	Die Ausgaben Österreichs für Gesundheitsförderung sind im OECD-Vergleich unterdurchschnittlich. Das Übergewicht der Versorgung im stationären Bereich bindet in Österreich rd. 40 % der Gesundheitsausgaben und reduziert damit den finanziellen Handlungsspielraum für eine Forcierung der Prävention. Die kostendämpfenden Potenziale der präventiven Gesundheitsförderung werden dadurch kaum genutzt.

Mangelhafte Koordination und Evaluation der Gesundheitsförderung	
Mangelhafte Koordination und Abstimmung der Gesundheitsförderungsmaßnahmen des BMGFJ (nun mehr BMG) mit anderen Förderungsgebern (Länder, Gemeinden, SVT) und unter sich. Die finanziellen Zuwendungen wurden teils unabhängig voneinander gewährt. Evaluierung von Förderungen des Gesundheitsressorts betrafen nicht alle Förderungsmaßnahmen.	Akkordierte ziel- und problemorientierte Förderungen werden erschwert; "Gießkannenförderung" statt themenfokussierte Förderung kann zu Effizienzverlusten führen (z.B. festgestellt für den Bereich der Förderung der Bekämpfung des Suchtmittelmissbrauchs).
Vorzeitige Beendigung und fehlende Nachhaltigkeit von Kampagnen	Bei den gesetzten Maßnahmen war dadurch die Effizienz und Effektivität nicht hinreichend gegeben.

9 PATIENTENENTSCHÄDIGUNGSFONDS	
Unterschiedliche Entschädigungspraxis	
<p>Länderweise uneinheitliche Entscheidungskriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> - für die Auszahlung von Entschädigungen bei Komplikationen - bei Höchstgrenzen - bei sozialen Kriterien 	<p>Die Entschädigungspraxis bei den Patientenentschädigungsfonds war österreichweit unterschiedlich; eine Gleichbehandlung österreichweit nicht gewährleistet.</p>

10 EVALUIERUNG	
Unzureichende Evaluierung bisheriger Reformmaßnahmen	
<p>Eine umfassende Evaluierung der in den Vereinbarungen gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2005 bis 2008 und 2008 bis 2013 sowie im Finanzausgleichsgesetz 2005 und 2008 im Bereich Gesundheit vorgesehenen ausgabenseitigen Maßnahmen (z.B. Gesundheitsplattformen der Bundesländer) fand bisher nicht statt. Auch Möglichkeiten einer flächendeckenden Anwendung von erfolgreichen Reformpoolprojekten (z.B. Entlassungsmanagement) sollten analysiert werden.</p> <p>Auch im Bereich von Strukturreformen (z.B. Übernahme der Niederösterreichischen Gemeindespitäler durch eine Landeseinrichtung) fehlen Evaluierungen.</p>	<p>Erkenntnisse und Ergebnisse bereits vollzogener Reformen liegen nur eingeschränkt vor.</p> <p>Insbesondere Gemeinden verfügen über keine Evaluierungsmöglichkeiten bezüglich des Einsatzes (der Wirkungen) von ihnen aufgebracht Mittel.</p>

PFLEGEBEREICH

11 ZERSPLITTETERTE FINANZIERUNGS- UND ORGANISATIONSSTRUKTUR IM PFLEGEBEREICH	
Zersplitterte Finanzierung der Leistungserbringung im Pflegebereich	
<p>Fehlender Gesamtüberblick über die Kosten der Pflege:</p> <p>Aufgrund der hohen Zahl der Zahlungsströme, der nicht aufgabenbezogenen Gliederung der Rechnungsabschlüsse der Länder, sowie der Unterschiede der rechtlichen Ausgestaltung fehlen vergleichbare, umfassende Informationen über die Gesamtkosten der Pflege, sowie über den Anteil von Bund, Ländern, Gemeinden und der Heimbewohner.</p> <p>Zudem fehlen vergleichbare Informationen über den Anteil der auf den stationären, teilstationären und ambulanten/mobilen Bereich entfallenden Gesamtkosten.</p>	<p>Den unterschiedlichen Regelungen können weder die erzielten Ergebnisse noch die eingesetzten Ressourcen gegenübergestellt werden. Vergleiche der Kosten der Länder sind nur eingeschränkt bzw. mit sehr hohem Aufwand möglich.</p>
<p>Die Regelungen zum Kostenersatz für die Heimunterbringung von Angehörigen bzw. zur Verwertung des Vermögens des Pflegebedürftigen sind zwischen den Ländern unterschiedlich und teilweise intransparent. Die Vermögensfreibeträge liegen zwischen 3.000 EUR (Wien) und 12.000 EUR (OÖ). Ebenso ist das Rückgriffsrecht auf Schenkungen und Angehörige uneinheitlich geregelt.</p>	<p>Es treten Ungleichbehandlungen auf (in K, NÖ und Stmk gibt es keine Regresspflichten mehr. In den restlichen sechs Bundesländern gibt es nur mehr Regresspflichten gegenüber Ehepartnern. Seit Jänner 2009 gibt es bundesweit keine Regresspflicht mehr gegenüber Kindern oder Enkelkindern).</p> <p>Teilweise entstehen ungewollte Anreizwirkungen z.B. bei der Wohnsitz- und Heimauswahl in manchen Ländern bzw. zwischen Formen der Vermögensübertragung.</p> <p>Die Höhe der Kostenbeiträge ist für die Betroffenen nicht nachvollziehbar, unbillige Entscheidungen sind nicht auszuschließen.</p>

<p>Uneinheitliche umsatzsteuerliche Behandlung der Pflege je nach Träger:</p> <p>Heimbetreiber, die als Fürsorgeträger gelten, Körperschaften öffentlichen Rechts, gemeinnützige private Träger und nicht gemeinnützige private Träger haben unterschiedliche umsatzsteuerliche Rahmenbedingungen. Weiters bestehen zwischen den Ländern Unterschiede, je nach den vertraglichen Bedingungen zwischen den Ländern als Sozialhilfeträgern und den Heimbetreibern als Leistungsanbieter.</p>	<p>Manche Heimbewohner sind mit 10 % Umsatzsteuer auf die Heimtarife belastet, andere nicht (je nach Bundesland und Rechtsträger der Heime).</p>
<p>Ruhensbestimmungen des Pflegegeldes bei Heimunterbringung unter Kostenbeteiligung eines Sozialhilfeträgers:</p> <p>Wird ein Pflegegeldbezieher unter Kostenbeteiligung eines Sozialhilfeträgers in einem Heim untergebracht, tritt eine komplexe Regelung in Kraft, bei der ein Teil des Pflegegeldes als Taschengeld an den Pflegebedürftigen und ein Teil an den Heimbetreiber ausbezahlt wird, ein weiterer Teil ruht.</p>	<p>Es kommt zu einer hohen Zahl von Transaktionen zwischen den Gebietskörperschaften bei erheblichem Verwaltungsaufwand.</p> <p>Der Vollzug ist teilweise uneinheitlich bzw. fehlerhaft.</p>

<p>Zersplitterung der Entscheidungsträger bei der Pflegegeldadministration</p>	
<p>Eine verfassungsrechtliche Grundlage zur einheitlichen Regelung des Pflegegeldes fehlt. Es werden ein Bundes- und neun Landespflegegeldgesetze sowie jeweils eine Einstufungsverordnung geführt.</p>	<p>Es bestanden wesentliche Unterschiede in der Administration:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kärnten bezahlte 2003 und 2004 höheres Pflegegeld aus - Die Steiermark führte 2007 eine begünstigte Regelung für die Einstufung von Kindern ein - Vorarlberg sah bis Ende 2008 einen Stundenaufschlag für die Betreuung selbstgefährdeter Personen vor.

<p>Einschließlich der Gemeinden waren bundesweit über 280 Stellen mit der Pflegegeldadministration beschäftigt. Innerhalb der Stellen waren häufig mehrere Organisationseinheiten (z.B. sechs Personalämter innerhalb der Post-AG, mehrere Abteilungen in der Landesverwaltung) befasst.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Erheblicher Koordinationsaufwand (z.B. bei Kompetenzübergängen) - in der Steiermark waren mehrere Organisationseinheiten im Amt der Landesregierung und zusätzlich die jeweiligen Gemeinden für ihre pensionierten Gemeindebeamten zuständig; in Oberösterreich bereitete die Abteilung Personal des Amtes der Landesregierung Bescheide für pensionierte Beamte vor, die Bescheiderlassung erfolge dann allerdings über den jeweiligen Gemeindevorstand bzw. Stadtrat. - Unvollständige Daten z.B. hinsichtlich der Anzahl der Pflegegeldbezieher (z.B. gab Oberösterreich als einziges Bundesland keine Personengruppe in die zentrale Datenbank ein; in Niederösterreich, Vorarlberg und in der Steiermark waren Landeslehrer und Landesbeamte nicht in der Bundesdatenbank erfasst) - Erschwernisse für die Pflegegeldwerber, z.B. bei der Suche nach der für sie zuständigen Stelle oder durch zusätzliche Meldepflichten bei Wohnsitzwechsel zwischen den Bundesländern - Unterschiede im Ressourceneinsatz (eine Vollzeitkraft betreute je nach Entscheidungsträger zwischen 234 und 1.386 Pflegegeldbezieher). - Unterschiedlich lange Verfahrensdauern im Jahr 2007 (zw. 40 bei der Österreichischen Post Aktiengesellschaft und 137 Tagen in Wien, 70% der in Wien eingegangenen Anträge waren seit mehr als 3 Monaten unerledigt; einige Rechtsträger führten keine Aufzeichnungen über die Verfahrensdauern). - Ungleichbehandlung der Pflegegeldbezieher (z.B. hinsichtlich des Auszahlungszeitpunktes des Pflegegeldes und der Rückforderung von Überbezügen, bei Bescheidbegründungen)
--	---

<ul style="list-style-type: none"> - Die operative Vollziehung des Pflegegeldes ist nicht ausreichend standardisiert (z.B. Gutachtensformulare, Bescheidbegründungen, etc.) - Fehlende Terminvorgaben für einzelne Verfahrensschritte und Überwachung der Vorgaben - Mangelnder IT-Einsatz, nicht jeder Pflegegeldempfänger hat eine Sozialversicherungsnummer 	<p>Ungleichbehandlung der Anspruchsberechtigten nach vollziehender Stelle, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - beim Zeitpunkt der Auszahlung des Pflegegeldes - bei der Bescheidbegründung - bei der Verfahrensdauer - bei der Rückforderung von Übergenüssen <p>Die Verwaltungsabläufe sind uneinheitlich und nicht optimal ausgestaltet, sie dauern zu lange und sind nicht optimal IT – unterstützt.</p>
<p>Die zahlreichen Entscheidungsträger gehen bei der Begutachtung nicht einheitlich vor. Es erfolgt keine Koordination der ärztlichen Gutachtensaufträge, die Qualität der Gutachten ist unterschiedlich. Bei der Honorierung der Pflegegeldgutachten bestehen große Unterschiede.</p> <p>Zwischen den Trägern erfolgt keine Abstimmung der Entgelte und Routen für Begutachtungsfahrten.</p>	<p>Eine zentrale Koordination der Aufträge etwa im Hinblick auf eine Mindest- oder Höchstzahl von Gutachten je Arzt oder eine optimierte regionale Zuteilung der Hausbesuche war aufgrund der Vielzahl der Entscheidungsträger nicht möglich. Die Anzahl der von einem Arzt erstellten Gutachten war sehr unterschiedlich. Im Durchschnitt betrug sie rd. 150. Etwa 650 Ärzte erstellten weniger als 80 Gutachten, rd. 340 Ärzte sogar weniger als 10. 220 Gutachter waren für mehr als einen Entscheidungsträger tätig, 83 Ärzte für 3 oder mehr, ein Arzt sogar für 9 Entscheidungsträger tätig.</p> <p>Für externe Ärzte, die auf Werkvertragsbasis abgegolten wurden, bestanden Unterschiede im Honorar zwischen 40 und 91 EUR. Teilweise wurden Begutachtungsfahrten nicht, teilweise pauschaliert und teilweise durch Kilometergeld abgegolten. Die Entscheidungsträger konnten die von den Ärzten vorgelegten Abrechnungen der gefahrenen Wegstrecken nicht überprüfen. In Einzelfällen kam es zu Doppelverrechnungen der gefahrenen Kilometer.</p>

Mangelnde Koordination zwischen Sach- und Geldleistungen	
<p>Die Pflegestufen werden zur Steuerung für Sachleistungen der Pflege herangezogen (z.B. für die Personalbedarfsbemessung von Heimen, die Höhe der Heimtarife oder als Aufnahmebedingung für Heime).</p> <p>Für diese Zwecke sind die Pflegestufen aber nicht (optimal) geeignet. Die Länder gehen dabei unterschiedlich vor.</p>	<p>Der höhere Tarif für die Betreuung höher eingestufte Personen bewirkt einen negativen Anreiz für aktivierende Pflege (für Windel-Wechseln bekommt das Heim mehr Geld als für Hilfe beim Toilettengang).</p> <p>Der tatsächliche Betreuungsaufwand im Heim lässt sich nur unzureichend durch die Pflegestufe abbilden (z.B. werden die Maßnahmen zur Hilfe wie z.B. Kochen, Wäsche, etc. im Heim für alle Bewohner gemeinsam erledigt und verursachen erheblich weniger Aufwand als bei der Betreuung einzelner Personen zu Hause).</p> <p>Bei steigendem Pflegebedarf werden die Heimtarife in einzelnen Ländern stärker erhöht als das Pflegegeld, in anderen ist der Anstieg gleich.</p>

Große Unterschiede zwischen den Ländern beim Angebot von pflegebezogenen Sachleistungen	
<p>Große Unterschiede beim Angebot von pflegebezogenen Sachleistungen und mangelnde Koordinierung der Länder</p> <p>Alternative Betreuungsformen wie z.B. teilstationäre Pflegeeinrichtungen sind nur unzureichend ausgebaut.</p>	<p>Zwischen den Ländern bestehen erhebliche Unterschiede</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bei der Versorgungsdichte mobiler Leistungen: Es entfallen auf 1.000 Personen über 75 Jahre in Wien 21, in OÖ 6 VZÄ zur mobilen Betreuung - Bei der Versorgungsdichte stationärer Leistungen: In Salzburg entfallen auf 1000 Personen über 75 Jahre 153 Heimplätze, im Burgenland 67 und in Kärnten 80,5 - In der qualitativen Ausgestaltung der Leistungen (so haben in Wien 10 %, in Tirol 36 % und in Kärnten 22 % der VZÄ der mobilen Dienste eine Diplomausbildung). - Bei den Richtwerten für Einbettzimmer: Vorarlberg 25 m², Salzburg 13,5 m² und Kärnten 18 m². - Bei den von den Leistungsempfängern zu zahlenden Tarifen.

Falsche Steuerungsanreize zwischen stationärer und mobiler Betreuung	
Für die Heimpflege wird von den Ländern bei Bedürftigkeit eine Kostenübernahme – allerdings unter Verwertung des Einkommens und Vermögens des Pflegebedürftigen – garantiert. Für mobile Betreuung wird hingegen nur ein Zuschuss geleistet.	Bei mangelnden finanziellen Mitteln muss ein Pflegebedürftiger gegebenenfalls ins Pflegeheim, obwohl eine mobile Betreuung sinnvoller und insgesamt auch günstiger wäre.

12 UNZUREICHENDE VORBEREITUNG DES PFLEGEWESENS AUF DIE DEMOGRAPHISCHE ENTWICKLUNG	
Keine umfassende Absicherung gegen das finanzielle Risiko der Pflegebedürftigkeit – keine Sicherstellung der zweckgemäßen Verwendung des Pflegegeldes	
<p>Erreichung der Ziele des BPGG (Abdeckung des Pflegeaufwandes, Ermöglichung eines selbstbestimmten Lebens und Sicherstellung der notwendigen Betreuung) nicht gewährleistet:</p> <p>§ 1 des BPGG definiert als Ziel des Pflegegeldes eine anteilige pauschalierte Abgeltung des pflegebedingten Mehraufwandes. Welcher Anteil am pflegebedingten Mehraufwand konkret abgegolten werden soll, wird im BPGG nicht näher definiert; der tatsächliche pflegebedingte Mehraufwand wird im Einzelfall auch gar nicht erhoben. Die zweckgemäße Verwendung des Pflegegeldes ist insbesondere in den ersten beiden Pflegestufen nicht sichergestellt.</p> <p>Pflegegeld wird pauschal und ohne Nachweis der Verwendung gewährt; es deckt somit nicht zwingend einen tatsächlichen finanziellen Mehraufwand ab.</p>	<p>Es existiert weder eine umfassende Absicherung gegen das finanzielle Risiko der Pflegebedürftigkeit, noch eine Garantie, dass die notwendigen Pflegeleistungen angeboten bzw. auch tatsächlich qualitativ hochwertig erbracht werden.</p> <p>Über die tatsächlich in Anspruch genommenen eingekauften Pflegeleistungen von Pflegegeldbeziehern und ihre Kosten im Einzelfall bzw. die Verwendung des Pflegegeldes lagen keine umfassenden Daten vor.</p> <p>Das Pflegegeld soll ein selbstbestimmtes Leben des Pflegebedürftigen durch Wahlfreiheit zwischen Heimaufenthalt und einer Betreuung zu Hause ermöglichen.</p>

Keine verpflichtende Qualitätssicherung einschließlich umfassender Qualitätskontrolle	
<p>Die Qualitätssicherung ist in der stationären, teilstationären und ambulanten Pflege sowie in der häuslichen informellen Pflege zu wenig ausgebaut.</p> <p>Grundsätzlich erfolgt keine Kontrolle, wofür das Pflegegeld eingesetzt wird. Nur wenn der Pflegebedürftige verwaorlost, sind anstelle des Pflegegeldes Sachleistungen zu gewähren (§ 20 BPGG).</p> <p>Fälle mit Verdacht auf Verwaorlung werden nicht gesondert erfasst. Die für die Auszahlung des Pflegegeldes zuständigen Stellen haben zu wenig Personal, um eine tatsächliche Verwaorlung vor Ort zu überprüfen.</p>	<p>Die Einhaltung von Qualitätsstandards bei der Pflege ist nicht durchgehend gesichert.</p> <p>Praktisch erfolgt die Gewährung von Sachleistungen wegen zweckwidriger Verwendung von Pflegegeld höchst selten.</p>
Ineffizienzen aufgrund kleinteiliger Strukturen bei Heimanbietern bzw. Koordinationsprobleme zwischen Ländern und Heimanbietern	
<p>Die Anbieter für Pflegeheime in den Ländern (Gemeinden, Gemeindeverbände, Non Profit-Organisationen, Profit-Organisationen) verfügen über eine kleinteilige Struktur. Teilweise fehlen rechtlich verbindliche Vorgaben zu Personalschlüsseln und baulichen Mindeststandards (z.B. Zimmergröße) oder können nicht sichergestellt werden.</p> <p>Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegeheimgrößen schwanken zwischen 25 und 350 Plätzen je Heim. - Die Betreiberstruktur – d.h. die Leistungserbringung durch Non Profit-Organisationen, private oder öffentliche Institutionen – ist zwischen den Bundesländern stark unterschiedlich – z.B. öffentliche Leistungserbringung zwischen 95 Prozent (OÖ), 70 Prozent (Knt) und 36 Prozent (Stmk). 	<p>Es kommt dadurch zu ineffizientem Ressourceneinsatz. Personalvorgaben und bauliche Mindeststandards sind entweder nicht ausreichend festgelegt oder können vielfach nicht eingehalten werden.</p>

Planungsmängel	
Die Planbarkeit des Pflegekräftebedarfes, insbesondere in Bezug auf spezielle Qualifikationen (z.B. für alternde Migrant*innen) ist schwierig, weil die Dokumentation über vorhandenes Angebot an (professionellen) Pflegekräften für den stationären, teilstationären sowie mobilen Bereich unzureichend ist.	Die Planungsmängel führen zu Ineffizienzen und können eine rasche Sicherstellung der erforderlichen Pflegeleistungen beeinträchtigen.

13 MANGELHAFTE DATENQUALITÄT, QUALITÄTSMESSUNG UND –SICHERUNG	
Fehlende Qualitätsmessung und Sicherung bei Pflegegutachten	
<p>Es bestehen verschiedene Qualitätsmängel bei den ärztlichen Gutachten für Pflegegeld.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilweise erstellen die behandelnden Ärzte Gutachten - Eine erhebliche Anzahl der Gutachten wird ohne Hausbesuch erstellt. - Einige Begutachtungsbögen sahen keine Möglichkeit für die Beschreibung des persönlichen Umfeldes (Sozialanamnese) vor. <p>Die Überprüfung der ärztlichen Gutachten wird unterschiedlich durchgeführt.</p>	<p>Die Qualität der ärztlichen Gutachten für Pflegegeld ist unbefriedigend:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Unbefangenheit ist nicht immer sichergestellt (z.B. wurden in Tirol und Vorarlberg die Gutachten oftmals von den behandelnden Ärzten erstellt). - Die Einschätzung des häuslichen Umfeldes (z.B. Stiegen, Heizmöglichkeiten) ist nicht möglich (z.B. wurden 39% der Tiroler Gutachten ohne Hausbesuch erstellt). - Eine Einschätzung des persönlichen Umfeldes (Sozialanamnese) erfolgt nicht. - Es existiert keine einheitliche Überprüfung der ärztlichen Gutachten. - Die Entscheidungsträger stellten den Gutachtern unterschiedliche Formulare zur Verfügung. Gutachter, die für mehrere Entscheidungsträger tätig waren, mussten Formulare mit unterschiedlichen Strukturen und Inhalten bearbeiten. Teilweise wurden Gutachten handschriftlich erfasst, was bei schlechter Lesbarkeit zu erhöhtem Verwaltungsaufwand führte.

Fehlende Qualitätsmessung und Sicherung in der Pflege	
Mangelnde Qualitätsvorgaben zur Pflege und fehlende Daten zur Ergebnisqualität in den Ländern: Es gibt lediglich allgemeine Zielbestimmungen und Regelungen zu Detailspekten der Pflege, aber keine Definition der angestrebten Ergebnisqualität oder Kennzahlen zu deren Messung.	Den unterschiedlichen eingesetzten Ressourcen können keine Daten über die dadurch erreichten Ergebnisse gegenüber gestellt werden. Eine Beurteilung der Effizienz der Regelungen ist daher nicht möglich.
Fehlendes Benchlearning	
Benchlearning zwischen Pflegeheimen wird in einigen Bundesländern kaum genutzt.	Verbesserungspotenziale bleiben mitunter unberücksichtigt.
Mangelhafte Aussagekraft der Statistiken	
Eingeschränkte Aussagekraft der Sozialhilfe-Statistiken, weil die Daten der Sozialhilfe und der Behindertenhilfe zum Teil unvollständig, inkonsistent und bereits auf regionaler Ebene nicht vergleichbar sind.	Rechtzeitige, zielgerichtete Vorkehrungen für Ausgabenentwicklungen sind erschwert.
Fehlende Datengrundlage für Vergleiche zwischen den Ländern: Die Daten, die von den Ländern für den Pflegevorsorgebericht gemeldet werden (z.B. Anzahl der Heimplätze, Vollkosten und Nettoaufwendungen dafür) sind nicht vergleichbar, da hinreichend konkrete Vorgaben fehlen. Informationen zur Ausgestaltung der Pflegeangebote (z.B. Personalschlüssel, teilstationäre Dienste) fehlen tlw. überhaupt.	Die verfügbaren Kapazitäten und die Kosten dafür sind nicht in länderübergreifender Weise bekannt. Koordinierungsmaßnahmen sind dadurch wesentlich erschwert.
Fehlende Evaluierungen	
Im Bereich der Pflege und des Pflegegeldes fehlen ausreichende Evaluierungen	Die fehlenden Erkenntnisse und Ergebnisse können nicht für Reformen herangezogen werden.

QUELLEN

Rechnungshof

- Tätigkeitsbericht des Rechnungshofes, Verwaltungsjahr 1989
- Reihe Bund 1995/6, Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, Allgemeines Krankenhaus Wien
- Reihe Bund 1996/4, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
- Reihe Bund 2000/1, Kostenersatz für den klinischen Mehraufwand
- Reihe Bund 2001/5, Tätigkeitsbericht des Rechnungshofes – Verwaltungsjahr 2000, sanitäre Aufsicht
- Reihe Bund 2002/4, Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung
- Reihe Bund 2002/4, Unfallkrankenhaus Graz
- Reihe Burgenland 2002/3, Landeskrankenhaus Kittsee: Kooperationsmöglichkeiten
- Reihe Niederösterreich 2002/8, Krankenhaus Hainburg: Kooperationsmöglichkeiten
- Reihe Steiermark 2003/1, Stationäre palliativmedizinische Versorgung
- Reihe Oberösterreich 2005/2, Linz: Krankenfürsorge für die Beamten der Landeshauptstadt Linz
- Reihe Steiermark 2005/6, Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten der Landeshauptstadt Graz
- Reihe Tirol 2005/5, Krankenfürsorgeeinrichtungen der Tiroler Landesbeamten und der Tiroler Landeslehrer
- Reihe Wien 2005/2, Donauspital im Sozialmedizinischen Zentrum Ost – Spitalsentwicklungsplan, Analyse einzelner Fachbereiche, Personal, Qualitätssicherung
- Reihe Kärnten 2006/1, Stationäre Versorgungskapazitäten der Kärntner Fondskrankenanstalten
- Reihe Vorarlberg 2006/1, Landeskrankenhaus Hohenems
- Reihe Salzburg 2006/2, Allgemeine öffentliche Krankenhäuser Zell am See und Mittersill
- Reihe Bund 2007/10, Unfallchirurgische Versorgung der Landeshauptstadt Linz
- Reihe Wien 2007/1, Sanatorium Hera
- Reihe Oberösterreich 2007/6, Unfallchirurgische Versorgung der Landeshauptstadt Linz
- Reihe Bund 2008/2, Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse
- Reihe Bund 2008/10, Gesundheitsförderung – Follow-up-Überprüfung

Reihe Kärnten 2008/1, Altenbetreuung im Bereich der Sozialhilfe

Reihe Wien 2008/1, Stationäre Versorgung im Bereich der Akutgeriatrie und Remobilisation in Wien

Reihe Burgenland 2008/4, Burgenländische Krankenanstalten-Gesellschaft.m.b.H. (KRAGES)

Reihe Steiermark 2008/5, Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft.m.b.H. (KAGes)

Reihe Niederösterreich 2008/7, Reihe Steiermark 2008/2, Reihe Wien 2008/3, Patientenentschädigungsfonds der Länder Niederösterreich, Steiermark und Wien

Reihe Steiermark 2009/3, Landeshauptstadt Graz: Kooperationen im Krankenhausbereich

Reihe Bund 2009/13, Sanitätswesen im Bundesheer – Militärische Planungen

Reihe Wien 2010/1, Orthopädien in ausgewählten Wiener Spitälern

Reihe Bund 2010/5, Teilbereich der Gesundheitsreform 2005 mit Länderaspekten in Tirol und Wien

Reihe Bund 2010/6, Labortarife bei ausgewählten Krankenversicherungsträgern

noch nicht veröffentlichte Berichte (Stand: 30.4.2010):

Medizinisch-technische Großgeräte mit Schwerpunkten in Niederösterreich und Salzburg (PE im Stellungnahmeverfahren)

Altenwohn- und Pflegeheime in Tirol (Gemeindeverband Altenwohnheim Telfs) und Kärnten (Sozialhilfverband Völkermarkt) (PE im RH-Genehmigungsverfahren)

WIFO

WIFO, Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegeversorgung, 2008

STA

Staatsschuldenausschuss (Hrsg), Verwaltungs- und Pensionsreformen im öffentlichen Dienst sowie Finanzierung des Krankenanstaltenwesens, Wien 2007

IHS

Bernhard Felderer, Reinhard Koman, Michael Jeckle, Ulrich Schuh (2001): Überlegungen zu einer Verwaltungsreform unter besonderer Berücksichtigung der föderalen Struktur Österreichs. (IHS-Forschungsbericht im Auftrag des Amtes der Niederösterreichischen Landesregierung). Wien: Institut für Höhere Studien.

Bernhard Felderer, Reinhard Koman, Ulrich Schuh (2002): Vorschläge zu Wachstumspolitik und Budgetkonsolidierung in Österreich. Wien: Institut für Höhere Studien.

IHS, in Beilage zur Sozialen Sicherheit II, Sommer 2005

Czypionka T, Kraus M, Riedel M, Schnabl A, Walch D: Effizienz- und Kostendämpfungspotenziale im Österreichischen Gesundheitswesen: Problemfelder und Lösungsansätze. Projektbericht. Institut für Höhere Studien (IHS), Wien 2006. unveröffentlicht.

IHS, in Beilage zur Sozialen Sicherheit I, Frühjahr 2007

Czypionka T., Röhrling G., Kraus M., Schnabl A. (2008): Fondsspitäler in Österreich: Ein Leistungs- und Finanzierungsvergleich. Projektbericht, Institut für Höhere Studien, Wien.

IHS, Effizienz im Gesundheitswesen, in RdM 2008/10

Czypionka T, Kraus, M (2009): Steuerungsdefizite im österreichischen Gesundheitswesen, Positionspapier, Wien, Institut für Höhere Studien.

Czypionka T, Riedel M, Röhrling G, Eichwalder S: Finanzierung aus einer Hand. Reformoptionen für Österreich. Projektbericht. Institut für Höhere Studien (IHS) 2009.

Czypionka T, Riedel M, Röhrling T, Mayer S, Rasinger T: Mengenkontrolle im Arzneimittelbereich: Internationale Evidenz für Österreich, Projektbericht, Wien, Institut für Höhere Studien (IHS) 2010.

KDZ

Bröthaler, J., Bauer, H., Schönback, W., Österreichs Gemeinden im Netz der finanziellen Transfers, Wien 2006

Biwald, P., Malz, B., Mitterer, K., Neuorganisation der Altenpflege und -betreuung aus kommunaler Sicht, Wien 2007

Hochholdinger, N., Malz, B., Mitterer, K., Kostenexplosion im Sozialhilfebereich, Wien 2009

Biwald, P., Parzer, P., Kostenstrukturen und Tagsätze in steirischen Pflegeheimen, Wien 2009

Sonstige

ÖBIG, Ausbau der Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich, Wien 2004

ANHANG

Kompetenzverteilung im Bereich Gesundheit und Pflege

	Gesetzgebung	Vollziehung	Umsetzung
Krankenanstalten	Grundsatzgesetz: Bund Ausführungsgesetze: Land	Land	1 Grundsatzgesetz (KAKuG) 9 Landeskrankenanstaltengesetze
Medizinische Universitäten	Bund (Lehre und Forschung) Grundsatzgesetz: Bund und Ausführungsgesetze: Land (Krankenanstalt – Patientenbetreuung)	Universitäten, Bund Land	Universitätsgesetz 1 Grundsatzgesetz (KAKuG) 9 Landeskrankenanstaltengesetze
Sozialversicherungswesen	Bund	Selbstverwaltungskörper	ASVG und Parallelgesetze
Leichen- und Bestattungswesen	Land	Land	9 Gesetze betr. Leichen- und Bestattungswesen
Rettungswesen	Land	Land	Rettungsgesetze
Sanitäre Aufsicht gegenüber Krankenanstalten	Bund (unmittelbar anwendbares Bundesrecht)	Land (mittelbare Bundesverwaltung)	KAKuG
Berufsrecht: (Zahn)Ärzte Gesundheitsberufe	Bund	Land (mittelbare Bundesverwaltung), Bund	Ärztegesetz, Zahnärztegesetz Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, Hebammengesetz, MTD- Gesetz, u.a.
Dienstrecht für Ärzte, Gesundheitsberufe	Bund Land	Bund Land	Dienstrecht des Bundes (BDG, VBG, Arbeitsrecht) Dienstrechte der Länder
Pflegegeld	Bund (Bundespflegegeld) Land (Landespflegegeld)	Bund Land	Bundespflegegeldgesetz, 9 Landespflegegeldgesetze + entspr. Einstufungsverordnungen
Pflegesachleistungen	Land	Land	Heimgesetze, Sozialhilfegesetze