

Was ist effizient?

Im Fixkosten-intensiven Spitalswesen besteht die Möglichkeit, Kosteneffizienz (hier: Stationäre Kosten je LKF-Punkt) relativ einfach durch zusätzliche Leistungen zu verbessern. Da zusätzliche Leistungen jedoch auch Kosten verursachen, kann sich die paradoxe Situation ergeben, dass Spitalssysteme zwar effizienter werden, gleichzeitig aber auch teurer. Grundsätzlich sind Verbesserungen der Kosteneffizienz durch Leistungssteigerungen nicht per se schlecht, dabei sollte es aber zu keinen Leistungsverlagerungen aus dem ambulanten Versorgungsbereich in den teureren stationären Bereich kommen. Solche Verlagerungstendenzen können allerdings verstärkt seit der Einführung der Leistungsorientierten Krankenanstalten-Finanzierung LKF beobachtet werden¹. Dementsprechend war die Krankenhaushäufigkeit zwischen 1996 und 2011 bundesweit um 24 Prozent auf 313 Aufenthalte je Einwohner (wohnortbezogen, altersstandardisiert, inkl. o-Tagesfälle) angestiegen, wobei die Bundesländer-Werte 2011 von 288 bis 353 Aufenthalten je Einwohner variierten². Diese stationären Leistungsunterschiede sind intuitiv nicht unerheblich für die Effizienzergebnisse, weshalb es spannend erscheint, die Kosteneffizienz der österreichischen Spitalssysteme etwas näher zu durchleuchten.

Arten der Effizienz

Beim Begriff „Effizienz“ unterscheidet man im Gesundheitswesen häufig zwischen „allokativer Effizienz“ (kostenoptimale Verteilung der vorhandenen Ressourcen auf Versorgungsbereiche) und „Kosteneffizienz“ bzw. „technischer Effizienz“ (kostenoptimaler Einsatz der Ressourcen innerhalb der Versorgungsbereiche). Werden bei einem gegebenen allokativen Optimum die technischen Optima der einzelnen Versorgungsbereiche erreicht, befindet sich das gesamte Gesundheitssystem im Optimum³. Dabei ist aus allokativ-effizienter Sicht zu berücksichtigen, dass ein Versorgungsbereich für eine Leistung dann ungeeignet ist, wenn die Leistung in einem anderen Versorgungsbereich, bei gleicher Behandlungsqualität, weniger Kosten verursacht hätte¹.

Kosteneffizienz und Bedarf

Von der allokativen Effizienz abgesehen, kann bei gegebenen Faktorpreisen die Kosteneffizienz auf zwei Arten verbessert werden. Nämlich indem man versucht,

- ⌘ bei gegebenem Output (Bedarf) mit einem möglichst geringen Mitteleinsatz auszukommen (Minimum-Prinzip) oder
- ⌘ bei gegebenen Mitteln einen möglichst hohen Output herauszuholen (Maximum-Prinzip)⁴.

Welches Prinzip man anwendet, hängt im Wesentlichen von der politischen Zielsetzung ab, wobei man in Österreich mittlerweile

Die Wörter „effizient“ und „kostengünstig“ werden häufig synonym verwendet. Ein Bundesländervergleich der Spitalssysteme zeigt, dass das eine keineswegs immer gleichbedeutend mit dem anderen ist.

Florian Habersberger

ansatzweise versucht, in Richtung Minimum-Prinzip zu gehen. Das heißt, man befasst sich zunächst mit der Höhe des möglichen Bedarfs („Wie viel stationäre Medizin benötigt die Bevölkerung?“), setzt sich dementsprechend Output-Ziele und richtet anschließend die Inputs danach aus.

Ergebnisse einer umfassenden Bedarfsforschung findet man im Österreichischen Strukturplan Gesundheit ÖSG, der Ziel-Aufenthaltswerte auf Ebene der Versorgungsregionen und Medizinische Einzelleistungen-Hauptdiagnosen(MEL-HD)-Gruppen (z.B.: M14.n Arthroskopien) für das Jahr 2015 enthält, die mit +/-25 Prozent eingehalten werden sollten⁵. Die ÖSG-Ziel-Aufenthaltswerte scheinen geeignet, um im Zuge von Effizienz-Vergleichen festzustellen, ob die Höhe der zugrundeliegenden Leistungshäufigkeit gerechtfertigt ist. Mitunter lagen bereits 2011 zwei Bundesländer über ihren Ziel-Aufenthaltswerten (höchste Abweichung nach oben: +6%), während sieben Bundesländer darunter lagen (höchste Abweichung nach unten -14%).

Einzugsgebiete und Intensitäten

Um nun darstellen zu können, wie kostengünstig ein Spitalssystem ist, ist die Kennzahl „Kostenintensität“ nötig. Dabei werden die stationären Kosten eines Spitalssystems auf sein Einzugsgebiet umgelegt, wodurch Vergleiche hinsichtlich des Kostenniveaus möglich werden. Die Berechnung der Einzugsgebiete erfolgt anhand der Patientenbewegungen^{6, 7}. Für diesen Beitrag werden Belastungsbeziehungen zwischen den Bundesländern herangezogen (Datenquelle: Statistik Austria – „STATcube“). Nach dieser Berechnung liegt beispielsweise das Einzugsgebiet des Wiener Spitalssystems bei knapp zwei Millionen Einwohnern. Es versorgt also deutlich mehr als die 1,7 Millionen Einwohner der Stadt Wien. Grundsätzlich können Einzugsgebiete bis hinunter auf Einzelleistungsebene berechnet werden, sofern Wohn-Postleitzahl und Spitals-Postleitzahl vorhanden sind.

Das oberösterreichische Spitalssystem

Der Unterschied zwischen „kostengünstig“ und „kosteneffizient“ ist relativ gut anhand des oberösterreichischen Spitalssystems darstellbar. Dieses war 2001 vergleichsweise sehr effizient und kostengünstig – die stationären Kosten je LKF-Punkt bzw. die Kostenintensität lagen deutlich unter dem Bundesschnitt. Über den

Abb. 1: Oberösterreichisches Spitalssystem 2001-2011

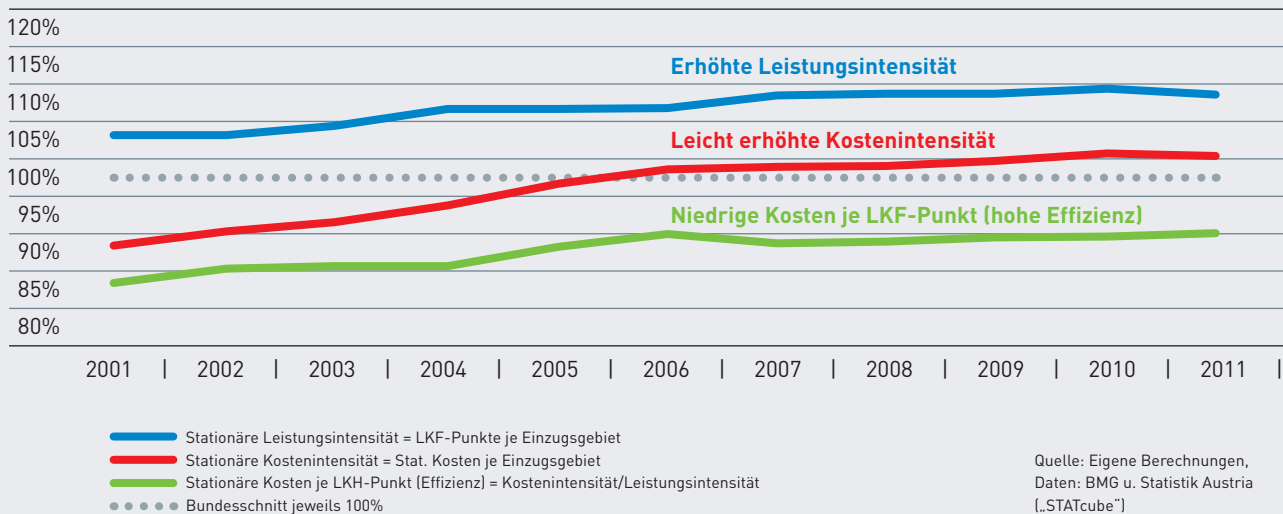


Abb. 2: Bundesländervergleich 2011

	Kosteneffizienz		x	Leistungsintensität		=	Kostenintensität	
Spitalssysteme (2011)	Stationäre Kosten/ LKH-Punkt*	Rang		LKF-Punkte/ Einzugsgebiet*	Rang		Stationäre Kosten/ Einzugsgebiet*	Rang
Vorarlberg	1,22	6		688	1		838	1
Tirol	1,03	1		862	2		890	2
Burgenland	1,18	3		776	3		913	3
Steiermark	1,19	4		768	4		913	4
Salzburg	1,21	5		817	5		989	5
Niederösterreich	1,29	8		778	6		1000	6
Oberösterreich	1,15	2		918	7		1060	7
Kärnten	1,23	7		861	8		1061	8
Wien	1,43	9		838	9		1201	9

Quelle: Eigene Berechnungen, Daten: BMG u. Statistik Austria („STATcube“)

Erklärung: * ... Kosten u. LKF-Punkte ohne Auslandspatienten; Einzugsgebiet OÖ 2011 = 1,431 Mio. Personen (Einwohner in OÖ: 1,415 Mio.)

Beobachtungszeitraum erhöhte sich jedoch die Leistungsintensität stetig, und mit ihr die stationäre Kostenintensität. 2011 war das oberösterreichische Spitalssystem zwar vergleichsweise immer noch sehr effizient, aber mittlerweile auch sehr kostenintensiv (siehe Abbildung 1).

Man muss Oberösterreich allerdings zugutegehalten, dass dort unlängst ein beachtliches Spitalsreformprogramm beschlossen wurde (minus 800 Betten), das die Kostenintensität längerfristig wieder senken sollte.

Bundesländervergleich

Vergleicht man die Spitalssysteme der Bundesländer, so findet man in Tirol, Oberösterreich und Burgenland die kosteneffizien-

testen Systeme. Davon sind aber nur Tirol und das Burgenland wirklich kostengünstig. Das oberösterreichische Spitalssystem ist hingegen bundesweit das zweitteuerste. Umgekehrt ist das Vorarlberger Spitalssystem österreichweit das kostengünstigste, obwohl es beim Effizienzvergleich nur auf Rang 6 liegt. Beachtlich ist der Unterschied bei Leistungsintensität zwischen Oberösterreich (918) und Vorarlberg (688), der zwar Oberösterreich bei der Kosteneffizienz Vorteile bringt, aber die Kostenintensität (= Kosteneffizienz x Leistungsintensität) nach oben treibt. Auffallend ist zudem, dass drei Bundesländer (Oberösterreich, Kärnten, Tirol) über der Leistungsintensität Wiens (österreichische Spitzenmedizin) liegen (siehe Abbildung 2).

Auf der Leistungsseite gibt es also sehr große Differenzen, die im Rahmen dieses Beitrags leider nicht analysiert werden können, die

aber bei Effizienzvergleichen nicht außer Acht gelassen werden sollten. Schlussendlich zeigt sich beim Vergleich der Uni-Klinik-Bundesländer, dass die Steiermark und Tirol deutlich kostengünstiger abschneiden als Wien. In Wien gibt es aber seit jeher Kosten-Abgrenzungsprobleme zwischen Forschung und Betrieb. An und für sich ist Wien bei der Leistungsintensität, die zu einem erheblichen Grad die Kostenintensität beeinflusst, nicht auffällig.

Fazit

Die „kosteneffizientesten“ Spitalssysteme müssen nicht immer die „kostengünstigsten“ sein. So ist das oberösterreichische Spitalwesen zwar sehr effizient, aber gleichzeitig auch sehr teuer. Umgekehrt findet man in Vorarlberg ein vergleichsweise weniger effizientes Spitalwesen vor, das aber bundesweit das kostengünstigste ist. In der Regel wird ein Spitalssystem umso teurer, je mehr Kosteneffizienz über Leistungssteigerungen erreicht wird. Kosteneffizienz sollte daher immer differenziert betrachtet werden.

Für Aussagen zum Kostenniveau eines Spitalssystems erscheint die Kosteneffizienz ungeeignet, Kostenintensitäten sind diesbezüglich besser geeignet. Da die Unterschiede zwischen den Bundesländern bei der Leistungshäufigkeit auffallend groß sind und diese Variable maßgeblichen Einfluss auf die Kosteneffizienz hat, empfiehlt es sich, bei vertiefenden Analysen zur Kosteneffizienz

auch die Höhe der Leistungshäufigkeit zu hinterfragen. Als Richtwerte zur bedarfsgerechten Leistungshäufigkeit kann man die Ziel-Aufenthaltswerte der ÖSG-Versorgungsmatrix heranziehen. ::

Literatur:

- ¹ Gesundheit Österreich GmbH (2010): Evaluierungsbericht – Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung, Wien.
- ² Eigene Berechnungen; Daten: Statistik Austria – STATcube.
- ³ Flessa S (2007): Gesundheitsökonomik: Eine Einführung in das wirtschaftliche Denken für Mediziner. Springer-Verlag, Heidelberg/Berlin.
- ⁴ Schlander M (2009): Gesundheitsökonomie: Der Effizienz auf der Spur. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 103 (2), 117-125 (9).
- ⁵ Gesundheit Österreich GmbH (2012): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012. GÖG, Wien.
- ⁶ Fülöp G (1999): Raumplanung der Gesundheitsfürsorge in Österreich. Wiener Beiträge zur Regionalwissenschaft, Wien.
- ⁷ Bundesrechnungshof (2011): Ausbauprogramm des Landes Niederösterreich im Spitalwesen. Niederösterreich 2012/3, Wien



Mag. Florian Habersberger hat Volkswirtschaft u. Betriebswirtschaft an der Wirtschaftsuniversität Wien studiert und dissertiert derzeit an der Uni Salzburg. Er betreibt den Blog „Gesundheitswesen in Zahlen“ www.healthquanti.bplaced.net/wordpress/florian.habersberger@gmx.at

Lernen von den Besten – Fly Tieto 2013



Der finnische IT-Pionier Tieto lädt ein und die Gesundheitsbranche trifft sich wieder zum realen Erfahrungsaustausch aus der virtuellen Welt. Nach dem Motto „Lernen von den Besten“ diskutieren am 1. Oktober 2013 im Wiener The STAGE (vormals TechGate) Vertreter der MedUni Wien, Infocentric Research, Äskulapp, FH Technikum Wien und InterSystems die künftigen Themen der Gesundheits-IT.

Der Spezialist für „das neue Arbeiten“ Philipp Rosenthal, Infocentric Research, zeigt anhand eines Beispiels aus dem hohen Norden, wie der Alltag einer Familie im Jahr 2020 durch die IT gestützt sein wird, und auch Bernhard Ludwig ist mit seiner „Anleitung zum Burn-out“ mit da-

bei. Spezialisten von SAP, Microsoft, Tieto und Infocentric Research erörtern mit den Teilnehmern das Thema „Consumerization of IT“. Wird dieses Phänomen für Unternehmen nun Top oder doch Flop?

Parallel dazu wird im Workshop „Gesundheitsreform als Herausforderung für die IT“ unter der Leitung von Beate Hartinger, Hartinger-Klein Consulting, und unterstützt durch Roland Schaffler, Herausgeber ÖKZ, diskutiert.

Die Teilnahme an diesem Best-Practise-Forum ist kostenlos. Melden Sie sich heute noch an. Die Plätze sind begrenzt. ::

Anmeldung und Konferenzagenda finden Sie hier: <http://flytieto2013.event-anmeldung.at/>