

# Umsetzung

Länder, Sozialversicherung und Bund sind dabei, die einzelnen Punkte ihrer Zielsteuerungsverträge abzarbeiten. Die einen tun das mit Elan, die anderen der Not gehorchend und wieder andere hecheln Terminen und Schwellenwerten hinterher.

Christian Freisleben-Teutscher, Erika Pichler, Elisabeth Tschachler



**VORARLBERG:**

„Bundesergebnisse liegen nicht vor.“



**TIROL:**

„Ursachenanalyse des Bundes fehlt.“



**SALZBURG:**

„Regelwerk partnerschaftlich umsetzen.“

# gssteuerung

**89** Einzelmaßnahmen sind es, die die Partner der Zielsteuerungsverträge in den nächsten Jahren in die Tat umsetzen müssen, um das zu verwirklichen, was gemeinhin als Gesundheitsreform bezeichnet wird. Zwar tragen nicht alle dieser Maßnahmen ein Datum, bis zu dem sie verwirklicht sein sollten, doch die Verträge gelten bis 2016 und spätestens bis dahin erwarten sich die Österreicher, etwas von der Reform zu spüren.

In den letzten Wochen hat sich die ÖKZ bei den mit der Umsetzung beschäftigten Stellen – Sozialversicherung, Gesundheitsministerium, Länder – umgehört, wie weit die papierenen Vor-

gaben denn schon Realität geworden sind, vor allem jene, bei denen das im Lauf dieses Jahres der Fall sein sollte. Die Auskunftsfreude hielt sich zuweilen in Grenzen und die konkreten und passgenau auf die einzelnen Länder zugeschnittenen Fragen wurden nicht immer mit erhellenden Antworten quittiert. Oft hieß es, man warte noch auf Vorgaben des Bundes, man könne ohne die Entscheidung diverser Gremien keine Informationen herausgeben oder schlicht, man sei nicht willens, für die Medien im Oktober zu bilanzieren, wo es sich doch um Jahresarbeitsprogramme handle und der Status quo der Umsetzung im nächsten Monitoringbericht Ende Dezember ohnehin nachzulesen sei. Einiges konnte trotz verhaltenem Mitteilungsbedürfnis der Gesprächspartner herausgefunden werden.



**STEIERMARK:**  
„Best-Practice-  
Beispiele fehlen.“



**OBERÖSTERREICH:**  
„Projektgruppe  
eingerrichtet.“



**KÄRNTEN:**  
„Papiertechnisch  
umgesetzt.“

Eines der strategischen Ziele der Gesundheitsreformer lautet etwas spröde, „Versorgungsdichte in allen Versorgungsstufen bedarfsorientiert anpassen, insbesondere durch die Reduktion der Krankenhaushäufigkeit sowie der Verweildauer und den Abbau bzw. die Verhinderung von Parallelstrukturen“. Als Maßnahme gehört dazu beispielsweise, medizinisch nicht indizierte Null- und Ein-Tages-Aufenthalte zu verringern. Bis Ende 2013 hätte eine Analyse der relevanten Krankheitsgruppen vonseiten des Bundes vorliegen sollen. Aus dem Gesundheitsministerium ist dazu zu hören, dass daran immer noch gearbeitet werde. Folgerichtig heißt es aus dem Büro des Vorarlberger Gesundheitslandesrats Harald Kraft, dass „die Ergebnisse auf Bundesebene abgewartet werden“, ehe irgendetwas reduziert werden könne. Entsprechend sind auch laut Michael Koren, im Gesundheitsfonds Steiermark für Ge-

sundheitsökonomie zuständig, „noch weitere Abstimmungen nötig“. Und in Kärnten prüft man derzeit „ganz genau, ob derartig kurze stationäre Aufenthalte wirklich notwendig sind“.

### Konzepte und Analysen

Ein anderes strategisches Ziel will „Behandlungs- und Versorgungsprozesse inklusive der Versorgung mit Medikamenten sektorenübergreifend am Patientenbedarf und am ‚Best Point of Service‘ orientieren“. Die Medikamentenkommission, die in diesem Sinne gewährleisten soll, dass bestimmte hochpreisige Medikamente dort verordnet werden, wo der Patient (und damit der beste Versorgungspunkt) ist, ist ebenfalls in Verzug. Sie tagte erst im Sommer das erste Mal und war dann damit beschäftigt, sich eine Geschäftsordnung zu verpassen und zu definieren, um welche Art Medikamente es überhaupt

gehen soll. Bis Ende des Jahres wird an einem Konzept gearbeitet, wie grundsätzlich vorzugehen ist, damit Patienten nicht weiterhin wie so oft zwischen Krankenhaus und Facharzt hin und hergeschickt werden (und die Gelder entsprechend fließen). Bis Mitte kommenden Jahres soll es auch ein Konzept geben, wie die Polymedikation vor allem älterer Menschen in den Griff zu bekommen ist.

Bei weiteren Maßnahmen, die dabei helfen sollten, Versorgungsstrukturen zu definieren und Leistungen zu verlagern, hinkt der Bund ebenso nach: bei der bundesländerübergreifenden Analyse der Patientenströme sowie bei einem einheitlichen Regelwerk zur immer wieder gestellten Forderung „Geld folgt Leistung“. Mit ein Grund, warum beispielsweise in Tirol noch keine Maßnahmen zur Optimierung des allgemeinärztlichen Bereitschaftsdienstes umgesetzt sind. „Dieses sehr komplexe



**NIEDERÖSTERREICH:**  
*„Entscheidungen auf Bundesebene abwarten.“*



**WIEN:**  
*„Keine Aussage möglich.“*



**BURGENLAND:**  
*„Extramuraler Bereich unzureichend informiert.“*

und ressortübergreifende Thema wird multidisziplinär bearbeitet und bedarf noch Vorarbeiten durch den Bund“, sagt Lorena Holzmann, Sprecherin für Angelegenheiten des Gesundheitsfonds in der Direktion der Tiroler Gebietskrankenkasse. Ähnliches ist über das Pilotprojekt zum allgemeinmedizinischen Erstversorgungszentrum im LKH Innsbruck und zur geplan-

Krankenkasse ausgewählte Leistungen. Möglicherweise werden auch Spitalsärzte eingesetzt, allerdings außerhalb ihres Krankenhausdienstes. Wie sich das mit dem neuen Ärztedienstzeitgesetz in Einklang bringen lässt, ist offen.

In Wien ist eine ähnliche Akutordination geplant. Ob das Pilotprojekt im Krankenhaus

forcieren. Acht solcher Leistungen sind bereits definiert: Katarakt- und Varizenoperationen, Adenotomie, Curettage, Hernien- und Karpaltunneloperationen, Metallentfernung und Knie-Arthroskopie. Vorarlberg ist bisher Primus, in den Häusern der Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft wurde bei sieben der acht Indikationen bereits der Schwellenwert erreicht. Niederösterreich und Oberösterreich sind mehrheitlich im Rahmen, Burgenland, Salzburg und Kärnten teilweise weit darunter. Die Geschäftsführer des Kärntner Gesundheitsfonds Gernot Stickler und Bernhard Rapold verweisen auf einige vergleichsweise weit vorangeschrittene Vorhaben, um im Bereich tagesklinisch erbringbarer Leistungen aufzuholen: So habe die Gesundheitsplattform schon Ende 2013 die Erweiterung der interdisziplinären Tagesklinik am LKH Villach beschlossen. Zusätzlich würden dort künftig tagesklinische Leistungen in den Bereichen Augenheilkunde, HNO und Urologie erbracht werden können. „Im Klinikum Klagenfurt wird schon seit längerem eine interdisziplinäre Tagesklinik betrieben.“

Auf die vom Bund versprochenen Anreizsysteme zur Forcierung der tagesklinischen Leistungen wartet man allerdings noch immer.

### Maximal einen Tag

Die präoperative Verweildauer zu senken, ist im Sinne der Kostenreduktion zwar kein brandneues Unterfangen von Krankenanstalten, wurde aber als operatives Ziel in die Gesundheitsreform aufgenommen. Maximal einen Tag sollen Patienten vor einem geplanten Eingriff im Krankenhaus verbringen. Damit das erforderliche Prozedere einheitlich und qualitätsgesichert abläuft, hat die Bundesgesundheitskommission bereits 2011 eine Bundesqualitätsleitlinie herausgegeben. Und es gibt ein EDV-Programm Präoperative Diagnostik (PROP), das die Implementierung erleichtern soll und 2013 vonseiten der Sozialversicherung allen Fondskrankenanstalten zur Verfügung gestellt wurde.

Während Vorarlberg, Tirol und Niederösterreich bereits bei Werten zwischen 0,88 und 0,97 präoperativen Tagen angekommen sind und Oberösterreich, Kärnten und das Burgenland hart an der Ein-Tages-Marke kratzen, ist im Monitoringbericht

## „Dieses komplexe und ressortübergreifende Thema wird multidisziplinär bearbeitet.“

ten Entwicklung eines Instituts für Integrierte Versorgung zu sagen. Beides werde „nach Finalisierung der bundesweiten Vorgangsweise weiter vorangetrieben“. Auch Salzburg antwortet bezüglich Leistungsverchiebungen, definierter Versorgungsstrukturen und damit einhergehender Verrechnungsmechanismen in einem etwas ungewiss scheinenden Futurum: „Ein bundeseinheitliches Regelwerk wird nach Beschluss durch die Bundes-Gremien in Salzburg entsprechend partnerschaftlich bearbeitet werden.“ Gut, dass man im Gesundheitswesen gelernt hat, mit kryptischen Formulierungen zu leben.

### Erhobene Patientenströme und Öffnungszeiten

Im Burgenland hingegen wurden Patientenströme im extramuralen und spitals-ambulantem Bereich bereits erhoben und die Ergebnisse als Entscheidungsgrundlage bei der Erarbeitung verschiedener Konzepte herangezogen. Beispielsweise jenem, den Krankenhäusern eine Akutordination vorzuschalten. „Diese Akutordination beruht auf dem Modell der Ärztekammer aus dem Jahr 2011“, sagt Sonja Draxler vom Gesundheitsfonds Burgenland: eine der Notfallambulanz angegliederte Triageordination, wo ein Arzt mit ius practicandi und Erfahrung sitzt und feststellt, ob die Patienten eine Behandlung im Spital benötigen oder zu ihrem Arzt überwiesen werden können. Da die Patientenströme gezeigt haben, dass nach 22 Uhr tatsächlich nur mehr Notfälle in der Notfallambulanz vorstellig werden, wird die Akutordination in der Nacht nicht besetzt sein. Planstelle soll keine dafür geschaffen werden; wie die Honorierung vonstattengehen wird, ist noch nicht klar, wahrscheinlich übernimmt die

Hietzing (wie im Landes-Zielsteuerungsvertrag vermerkt) oder im noch fertigzustellenden Krankenhaus Nord aufgesetzt werden soll, darüber wollten die damit besetzten Stellen keine Auskunft geben.

In Vorarlberg wurden gemäß Zielsteuerungsvertrag die Öffnungszeiten im extramuralen Bereich erhoben und eine detaillierte Analyse hinsichtlich der tatsächlichen Versorgung zu jeder Tageszeit zwischen sieben und 19 Uhr durchgeführt. „Als Ergebnis zeigten sich neben einer guten Versorgungssituation auch Defizite in verschiedenen Bezirken oder Versorgungsregionen und zu unterschiedlichen Tageszeiten. Um diese Defizite zu verbessern, wurde eine Sollsituation erarbeitet, welche eine gleichmäßige und ausgewogene Verteilung der Versorgung in zeitlicher Hinsicht sicherstellt“, heißt es aus dem Büro von Gesundheitslandesrat Harald Kraft. Der daraus abgeleitete Sollzustand wurde mit der Ärztekammer gemeinsam als Empfehlung an die Vertragsärzte kommuniziert. Gleichzeitig wurde vereinbart, dass neue Vertragsärzte sich bei der Vereinbarung von Mindestordinationszeiten an diesem Schema und den regionalen Gegebenheiten orientieren müssen. „Auf diese Weise wird eine stetige Annäherung des Iststandes an den Sollstand erreicht.“ Noch im Laufe des vierten Quartals 2014 soll auch die Erhebung der Ambulanzstrukturen durchgeführt werden.

### Definierte tagesklinische Leistungen

Ein weiteres operatives Ziel der Gesundheitsreform ist, ausgewählte tagesklinisch erbringbare Leistungen entsprechend dem vielzitierten Best Point of Service in nicht-stationären Versorgungsformen zu



über Salzburg, die Steiermark und Wien lakonisch vermerkt, dass es keine Aussagen dazu gebe, ob das Ziel in absehbarer Zeit erreicht werden kann. Die Sprecherin der Wiener Gesundheitsstadträtin wollte zu den präoperativen Verweildauern in den Häusern des Wiener Krankenanstaltenverbundes auch der ÖKZ nichts sagen. Über Salzburg berichtet die Geschäftsführerin des dortigen Gesundheitsfonds Beate Stolzelechner: „Die präoperative Diagnostik ist im niedergelassenen Bereich durchgängig im Laufen, in den Krankenanstalten ist die EDV-mäßige Einbindung noch nicht vollständig durchgängig vorhanden, obwohl entsprechend befundet wird.“ Für die Steiermark sagt Michael Koren vom Gesundheitsfonds, „PROP ist seit März 2014 verfügbar. Weitere Arbeiten, wie die Überprüfung der Qualitätsstandards sowie die Vorbereitung der Entwicklung einer Messmethode zur Evaluation der Auswirkung werden derzeit in der Fachgruppe Qualität durchgeführt.“ Wobei das Wort „Vorbereitung“ wenig Konkretes zu Umsetzungszeiträumen erahnen lässt und „Entwicklung einer Messmethode“ nach langen Evaluierungszeiträumen klingt. In Kärnten ist die PROP-Software, wie es heißt, in allen Krankenhäusern „papiertechnisch umgesetzt“, in zweien läuft sie bereits.

### Gemanagte Aufnahme und Entlassung

Bundeseinheitliche Qualitätsstandards soll es auch beim Aufnahme- und Entlassungsmanagement geben, wobei es gleichzeitig darum geht, die Prozesse zwischen verschiedenen Leistungserbringern und Leistungen im Sinn der Integrierten Versorgung zu steuern. Die Bundesqualitätsleitlinie AUFEM, im Juni 2012 veröffentlicht, ist längst noch nicht überall umgesetzt. In Tirol beispielsweise nicht einmal ansatzweise, in der Steiermark zu mageren 17 Prozent. Dort pocht man darauf, der Bund möge Best-Practice-Beispiele vorlegen. In Kärnten läuft das Aufnahme- und Entlassungsmanagement in drei von elf Spitälern, in Salzburg geht man eigene Wege mit der landesweiten Umsetzung eines ehemaligen Tennengauer Reformpoolprojekts.

Im Gesundheitsministerium ist man jedenfalls derzeit damit beschäftigt, Unterstützungsmaßnahmen auszuarbeiten. Die

Analyse der Nicht-Umsetzung der Bundesqualitätsleitlinie AUFEM, die bis Ende letzten Jahres hätte fertiggestellt werden sollen, konnte erst im Herbst von der Bundes-Zielsteuerungskommission abgenommen werden und wird demnächst veröffentlicht. Jetzt kann man schon sagen, dass es „hemmend für die Umsetzung ist, wenn es in den Gesundheitsplattformen keinen Ansprechpartner gibt und wenn EDV und andere Ressourcen fehlen“, so Silvia Türk von der Abteilung Qualität im Gesundheitssystem vom Gesundheitsministerium. Im Burgenland, wo die Umsetzung schon zu 50 Prozent erfolgt ist, hat man zusätzlich die Erfahrung gemacht, dass der niedergelassene Bereich unzureichend informiert ist.

### Primärversorgung neu

Was die neuen Primärversorgungsmodelle („Primary Health Care“) anlangt, in denen die Gesundheitsreformer einen Best Point of Service erhoffen, jedenfalls einen, der die Spitalsambulanzen entlastet, so ist allerorten „Warten auf den

„Wir denken intensiv nach, wo Primärversorgungsprojekte etabliert werden können.“

Bund“ angesagt. Zwar liegt seit Ende Juni plangemäß ein Konzept<sup>1</sup> vor, es trifft jedoch nicht auf die ungeteilte Begeisterung der neuen Gesundheitsministerin, die unlängst im ÖKZ-Interview sagte, sie hätte das alles gern noch einmal diskutiert: „Da sind noch viele Gespräche notwendig, bevor ich zu einem wirklich endgültigen Gesetzestext, den wir noch brauchen, komme.“<sup>2</sup> Ganz besonders ungeklärt ist die Finanzierung. Sollte es tatsächlich durch die neue Primärversorgung zu einer Leistungsverschiebung kommen, so muss die Honorierung entsprechend angeglichen werden.

Aber auch die Ausbildung der agierenden Personen muss deren Aufgaben innerhalb der Primärversorgung entsprechen. Laut Harald Schmadlbauer von der Oberöster-

reichischen Gebietskrankenkasse ist zur Entwicklung von Kompetenzprofilen und Rahmenbedingungen für die priorisierten Berufsgruppen – Allgemeinmedizin, Pflege, Ordinationsassistenten – eine Projektgruppe eingerichtet. Modell für die neue Primärversorgung könnte jedenfalls ein Projekt in Perg sein, dessen Evaluation eine hohe Zufriedenheit unter der Bevölkerung, aber auch von Politik und Ärzten auf Regionalebene gezeigt habe. Beispielsweise habe sich „das ‚Sicherheitsgefühl‘ durch einen begleitenden Fahrdienst bei nächtlichen Einsätzen deutlich erhöht“. Die Inanspruchnahme des Spitals sei in Summe zurückgegangen, viele Anliegen könnten telefonisch geklärt oder auf den nächsten Tag verschoben werden. Die Teilnehmerzahl der Ärzte im hausärztlichen Notdienst Perg sei mit diesem Konzept deutlich angestiegen. „Das ‚Perger Modell‘ wurde in ähnlicher Form schon in anderen Bezirken eingeführt. Primary-Health-Care-Modelle müssen natürlich auch den hausärztlichen Notdienst abdecken. Die Erfahrungen von Perg und anderen Bezirken sind dabei zu nützen“, so Schmadlbauer. Zu weiteren Primary-Health-Care-Projekten gebe es Ideen für mehrere Standorte, für die noch Verhandlungen nötig seien.

Die Kärntner denken inzwischen laut Aussagen der Gesundheitsfonds-Geschäftsführer „intensiv nach, in welchen Regionen Primärversorgungsprojekte sinnvoll etabliert werden können“. Niederösterreich hingegen „muss die ausstehenden Entscheidungen auf Bundesebene abwarten“, wie es vonseiten des Landeshauptmann-Stellvertreters Wolfgang Sobotka heißt, und auch Vorarlberg will notwendigen Vorarbeiten durch den Bund nicht vorgehen. ::

#### Literatur:

<sup>1</sup> Tschachler E (2014): Wunschzettel. Das österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ 8-9/2014, S. 8.

<sup>2</sup> „Aus dem Patt aussteigen“. Interview mit Gesundheitsministerin Sabine Oberhauser. Das österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ 10/2014, S. 8.

Mag. Christian Freisleben-Teutscher  
freisleben@schaffler-verlag.com

Dr. Erika Pichler  
pichler@schaffler-verlag.com

Elisabeth Tschachler  
tschachler@schaffler-verlag.com