

Alfred Wurzer
Sanja Korac

WERKSTÄTTE DER SV-WISSENSCHAFT
REFORMEN
ERKENNTNISSE
PERSPEKTIVEN

Eine Nachschau für Akteure
im Österreichischen Gesundheitswesen



SV-WISSENSCHAFT
FORSCHUNG & LEHRE
DER ÖSTERREICHISCHEN
SOZIALVERSICHERUNG

WERKSTÄTTE DER SV-WISSENSCHAFT

REFORMEN

ERKENNTNISSE

PERSPEKTIVEN

Eine Nachschau für Akteure

im Österreichischen Gesundheitswesen

Impressum:

Medieninhaber: Kärntner Gebietskrankenkasse, Klagenfurt, 2008.

Redaktionelle Betreuung: Mag. Dr. Alfred Wurzer, Vorsitzender „SV-Wissenschaft“
Mag. Sanja Korac, Wiener Gebietskrankenkasse

Mit besonderem Dank an Mag. Marco Streppl für die redaktionelle Mitarbeit.
Copyright 2007 by den AutorInnen.

Gestaltung: TopTeam Werbeagentur, Klagenfurt.

Druck: Kärntner Druckerei, Klagenfurt.

Vorbehaltlich Irrtümer und Druckfehler.

Alle Rechte vorbehalten.

Inhalt

VORWORT

Helmut Pansi, Obmann der Kärntner Gebietskrankenkasse 7

Dr. Alfred Wurzer, Vorsitzender der „SV-Wissenschaft“ 9

WISSENSCHAFTLICHE BEITRÄGE

Dr. Michaela Moritz

Geschäftsführerin Gesundheit Österreich GmbH

*Entwicklungen seit Beschluss des ÖSG 2006
durch die Bundesgesundheitskommission (BGK) am 28. 6. 2006* 21

Dr. Siegfried Marchel

Geschäftsführer der Gesundheitsplattform Steiermark

Zielfindung und Projektbewertung in den Reformpools 25

Vorwort

25

1. Situation laut Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG
über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens,
BGBl. I Nr. 73/2005 25

2. Voraussetzung für eine erfolgreiche Gesundheitsreform 27

3. Reformpoolprojekte (Kooperationsbereich) 28

4. Ziele und Bewertung der Reformpoolprojekte 28

4.1. Entscheidungsfindungsprozess 32

4.2. Beispiel Steiermark 33

4.3. Schwachstellen 36

5. Ideen/Weiterentwicklung 36

DI Harald Gaugg

Geschäftsführer der Gesundheitsplattform Steiermark

Kritische Faktoren bei der Umsetzung von Reformpoolprojekten 38

MMag. Wolfgang Bayer

Partner und Geschäftsführer Bereich Health Care & Social Welfare,

KPMG Alpen-Treuhand GmbH

„Der Kampf um Lösungen – Change-Management im Gesundheitswesen“ 41

Mag. Dr. Andrea Wesenauer

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse – Forum Gesundheit, Mitglied des Direktoriums

<i>Controlling von Reformpool-Projekten</i>	46
1. Reformpool-Projekte als Kooperations-Projekte zwischen Systemen	47
2. Controlling von Reformpool-Projekten	50
3. Erfolgsfaktoren in der Steuerung von Reformpool-Projekten	54
4. Schlussfolgerungen	59

Mag. Thomas Griessenberger

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse

<i>Reformpool-Manager</i>	62
---------------------------	----

Dr. Wagner Brigitte, Unternehmerin

Sozialwissenschaftliche Studien, Methodik und Statistik

<i>Evaluation der Hospiz- und Palliativ-Versorgung</i>	71
--	----

Dr. Brigitte Riss

Wahlärztin für Augenheilkunde, Vorsitzende des Landesverbandes Hospiz

<i>Hospiz und Palliative Care – Haltung und Konzept</i>	67
---	----

Dr. Marcus Redaelli

Arzt und Wissenschaftler an der Universität Witten/Herdecke

<i>Integrierte Versorgung – Stand, Entwicklungen und Projekte in Deutschland</i>	80
1. Ausgangssituation	80
2. Rechtliche Grundlagen der Integrierten Versorgung	80
3. Voraussetzungen für die Leistungserbringung	81
4. Vergütungssystematik und Anreize	82
5. Verbreitung der Integrierten Versorgung	83
6. Umsetzung von Integrierter Versorgung an Beispielen	84
6.1. PROSPER – Gesund im Verbund	84
6.2. Das gesunde Kinzigtal	85
6.3. Centrum für Integrierte Onkologie	86
7. Übersicht zu den genannten Projekten	86
8. Fazit	87

Mag. Michel Haas, Managing Partner der GeniaConsult Unternehmensberatungs GmbH

Dr. Hans Glatz, Partner der Trigon Entwicklungsberatung GmbH in Wien

<i>Integrierte Versorgung – ein Weg zu patientenorientierten Versorgungsprozessen</i>	90
1. Herausforderungen – warum Integrierte Versorgung	90
2. Welche Probleme kann Integrierte Versorgung (IGV) lösen	91
3. Beispiele für IGV in Österreich	95
4. Wie kann eine Integrierte Versorgung schrittweise aufgebaut werden?	97
5. IGV in Deutschland – ein Blick über den alpenländischen Tellerrand	103
6. Thesen und Empfehlungen für die Weiterentwicklung der IGV in Österreich	106

Mag. Karin Eger

Wiener Gebietskrankenkasse, Abteilung für Gesundheitspolitik und Prävention

<i>Integrierte Versorgung</i>	110
1. Ausgangssituation	110
2. Konzepte der Integrierten Versorgung	111

Mag. Alice Grundböck, Projektmanagerin – PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung in Wien (pik), Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen

<i>Entlassungsmanagement im Rahmen von pik in Wien – erste Umsetzungserfahrungen und Ergebnisse</i>	114
---	-----

Dr. Helgard Kerschbaumer

Kärntner Gebietskrankenkasse, Leiterin der Abteilung für Leistungswesen

<i>Aufnahme- und Entlassungsmanagement</i>	120
--	-----

Mag. Karin Rumpelsberger BHC

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Leiterin der Abteilung Direktionssekretariat

<i>Das Recht der Patientin und des Patienten auf Qualität</i>	125
1. Qualitätsdefinitionen	126
2. Voraussetzungen für eine verstärkte Patientenorientierung	127
2.1. Strukturentwicklung des Versorgungssystems	127
2.2. Personalentwicklung der Gesundheitsberufe	129
2.3. Kompetenzentwicklung beim Patienten	130

Univ. Prof. Dr. Herbert Janig

Studienbereichsleiter Gesundheit und Pflege Fachhochschule Kärnten

<i>Die Gesundheit Österreich GmbH: PatientInnen – nicht – erwünscht? Eine Polemik</i>	132
---	-----

Vorwort



Helmut Pansi
Obmann der Kärntner
Gebietskrankenkasse

Die „Werkstatt 2007“ nahm sich ambitioniert und in die Zukunft blickend der „Gesundheitsreform 2005“ an. Dafür ist namens der Kärntner Gebietskrankenkasse als Mitveranstalter herzlichst zu danken. Ich darf auch den ReferentInnen und TagungsteilnehmerInnen dafür danken, dass sie ihr Fachwissen zur Verfügung stell(t)en und aktiv am Workshop mitwirkten.

Die Themenvielfalt und die einhergehenden Problemstellungen mit unterschiedlichen Positionierungen sind es wert, sie einem breiten Fachpublikum zur Verfügung zu stellen. Die in etlichen Tagungsbeiträgen aufgezeigten Vorzüge des heimischen, solidarisch finanzierten Gesundheitssystems sind bedeutenswert genug, um in Form eines Tagungsbandes für die Zukunft und für kommende Reformdiskussionen festgehalten zu werden. Die Gebietskrankenkassen sehen sich zu Recht als Hauptfinanzier des österreichischen Gesundheitssystems und haben Interesse, auch in Zukunft aktiv an Reformen mitzuwirken beziehungsweise diese voranzutreiben. Dabei sind zwei Attribute unverzichtbar – Solidarität und Selbstverwaltung! Unter dem Argument von Reformen darf weder am Prinzip der Solidarität noch an der Versicherten-Vertretung gerüttelt werden, geht es doch um zu viel für unsere Versicherten als PatientInnen. Ein Wesensmerkmal der Solidarität ist das „Sachleistungsprinzip“. Dieses sichert durch die Erbringung von Leistungen für die PatientInnen bei gleichzeitiger „Abrechnung im Hintergrund“ nicht nur die Qualität, sondern bewahrt vor finanzieller Überlastung im Anlass –, also im Erkrankungsfall.

Die im Rahmen der „Werkstatt 2007“ angesprochenen Themen sind auch Themen der nächsten Zukunft. Qualitätssicherung, Zugang zu moderner Medizin, Optimierung und Qualitätssicherung der Leistungserbringung bei gleichzeiti-

ger Absicherung der Finanzierbarkeit werden oftmals als nicht durchführbar gehalten. Die kritische und gleichzeitig gestaltungsorientierte Befassung mit Bereichen der „Gesundheitsreform 2005“ ist eine Chance, Erkenntnisse und Anregungen für die aktuell laufenden Reformprozesse und Finanzierungskonzepte unseres Gesundheitswesens zu erhalten und erbringen zu können.

Der Zugang zu Gesundheitsleistungen darf weder vom Einkommen abhängig sein noch darf das bewährte Konzept der Selbstverwaltung, also der legitimierten Vertretungsform der Beitragszahler aufgeweicht werden. Die Versicherten, ihre beitragsfrei (solidarisch) mitversicherten Angehörigen, Zehntausende chronisch Kranke und der wachsende Anteil älterer Versicherter müssen weiterhin Vertrauen in dieses bewährte Gesellschaftssystem haben.

Die nächsten Jahre bis 2012 sollen dafür genutzt werden, Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen unter Beachtung zusätzlicher Mittel infolge der Demographie und der Verfügbarkeit moderner Medizin zu korrigieren. Das Gesundheitssystem sollte zu jenen Bereichen unserer Gesellschaft gehören, über deren Grundprinzipien und Strukturen so etwas wie politischer Grundkonsens herrschen sollte.

Der Kärntner Gebietskrankenkasse als Mitveranstalterin dieses erfolgreicheren Symposiums geht es darum, für diese Grundprinzipien einzutreten und dafür PartnerInnen zu gewinnen – schließlich geht es um mehr als um tagesaktuelle Schlagzeilen. Viele Letztentscheidungen treffen PolitikerInnen, viele Reformen sind in den kommenden Jahren in unzähligen Gesundheitseinrichtungen umzusetzen – möge daher dieses Buch Orientierung und Hilfestellung bieten.

Dem Verein „SV-Wissenschaft“ ist für sein Engagement um ein qualitätsgerichtetes Gesundheitswesen aufrichtig zu danken.

Helmut Pansi

Obmann der Kärntner Gebietskrankenkasse

Vorwort

Dr. Alfred Wurzer

Vorsitzender der
„SV-Wissenschaft“



Die Zusammenfassung – das Buch, auch „Tagungsband“ genannt, über die im Jahr 2007 in Villach-Warmbad in Kärnten abgehaltene „Werkstatt 2007“ des bundesweit tätigen Vereines „SV-Wissenschaft“ liegt nun für ein interessiertes Publikum vor.

Die Gesundheitsreform 2005 mit einer Fülle von Konsequenzen für unzählige Akteure führte auch zum Titel *„Reform-Pools – Symptome, Diagnosen und mögliche Nebenwirkungen der österreichischen Gesundheitsreform 2005“* dieser „Werkstatt“.

Der Blick auf die vielen Themen und ReferentInnen aus dem In- und Ausland sowie unterschiedlicher Stellen und Einrichtungen bringt die Vielfalt an Problemstellungen, die in dieser alle zwei Jahre stattfindenden „Werkstatt“ der SV-Wissenschaft behandelt werden, zum Ausdruck.

Mit einer Reform beziehungsweise mit Reformen im Gesundheitswesen gehen unzählige Fragestellungen, die zu Reformen führ(t)en, einher. Im Besonderen geht es um die Ziele, die mit Reformen angestrebt werden. Dem österreichischen Gesundheitswesen werden im internationalen Vergleich höchste Werte in puncto Qualität, Versorgung, Zugängigkeit und Finanzierbarkeit zugeordnet.¹ Durch die Umstände der demographischen Trends mit einem weiteren – erfreulichen – Ansteigen der Zahl älterer Menschen und moderner, um nicht zu sagen hochmoderner, Medikamente kommen auf das Gesundheitswesen sowohl finanzielle als auch organisatorische Herausforderungen zu², die es zeit-

1 Bundesministerin Dr. Andrea Kdolsky, www.bmgfj.gv.at

2 Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO), 2006, Ko....., Datenbank „Gesundheit für alle“ / Indikatoren

gerecht zu lösen gilt. Das Gesundheitssystem besteht aus einer Vielzahl von Akteuren aus dem Bereich der Leistungserbringer und Financiers.

Die Krankenkassen – vorrangig die Gebietskrankenkassen –, unter dem Dach des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (HV)³ agierend, stehen den kommenden Problemen und Herausforderungen gegenüber und sehen sich gleichzeitig als Mitgestalterinnen bei künftigen Reformprozessen. Dass dabei unterschiedliche Positionen zur Erörterung gelangen, liegt nicht nur in der Natur der Sache, sondern bietet auch die Chance, ein äußerst vorteilhaftes Gesundheitssystem weiter zu entwickeln und dabei der Qualität und Solidarität neue Konturen zu verschaffen und sie abzusichern⁴.

Der Verein „SV-Wissenschaft“ hat seit seinem Bestehen und auf ehrenamtlicher Basis bereits mehrere Veranstaltungen organisieren können, die als Plattform und als Kommunikationsforen wesentliche Beiträge bei der Erörterung von Problemstellungen und dem – vor allem im Zuge von Gesundheitsreformen hoch bedeutsamen – gegenseitigen Meinungs- und Erfahrungsaustausch, leisten konnten. Die Ziele der „SV-Wissenschaft“, wie die alle zwei Jahre stattfindenden Werkstattgespräche „Gesundheit und Soziale Sicherheit“, sind in ihren Veranstaltungslinien fest definiert, um so unter anderem eine gepflegte und dauerhafte Beziehung zu Wissenschaft und Forschung aufzubauen beziehungsweise zu fördern. Das wissenschaftliche Image der gesamten Sozialversicherung soll durch eine verstärkte Zusammenarbeit sowohl intern als auch extern zu und mit anderen Akteuren des gesamten Gesundheitswesens gefördert werden. Dazu sind Institutionalisierungen der gegenseitigen Beziehungen ebenso als Ziel im Vereinsleitbild festgelegt wie das Erreichen einer Präsenz mit wissenschaftlich fundierten Themen und Positionen in der Öffentlichkeit⁵. Die Thematik der Gesundheitsreform 2005 mit Fragestellung bis zu „Reform-Pool-Projekten“ kann einerseits als gewagt, andererseits aber als im Sinne oben dargestellter Positionen als wesentlich für einen Hauptakteur wie die Kran-

3 ASVG – Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, 2007, Wien,

4 „Gesundheitssysteme im Wandel“, Rückseite 7/8, Kapitel „Struktur und Management als Gesundheitssystem“, Seiten 33–52

5 „Leitbild“ der Kooperationsplattform „SV-Wissenschaft“ auf www.sv-wissenschaft.at

kenkassen gesehen werden, denn es geht nicht nur um Fragen der Finanzierung, sondern auch um Solidarität und Qualität des Gesundheitswesens. Eine Vielzahl an Themen, die als Bestandteile eines qualitativen und umfassenden Gesundheitssystems zu sehen sind, ist auch in dieser Publikation festgehalten. Sie bieten nicht nur den TagungsteilnehmerInnen, sondern allen anderen interessierten LeserInnen einen – aktuellen – Überblick. Einzelne Themen sind sicherlich bis in das zweite Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts hineinreichend als „aktuelle Reformthemen“ zu prognostizieren, andere finden sich in der Form von Projekten wieder. Dies hängt damit zusammen, dass Reformen des Gesundheitswesens nicht als „tagesaktuelle“ Formulierungen der Gesundheitspolitik umsetzbar sind, sondern aufgrund der hohen Sensibilität und Vielfältigkeit zum Teil langwierige Realisierungsphasen benötigen. Verantwortungsvoller Reformzugang ist unter anderem notwendig, da es um Vertrauen und Berechenbarkeit für die PatientInnen in einem der bestfunktionierenden Gesundheitssysteme weltweit und um das Prinzip der Solidarität geht⁶.

Vorbereitungen der Gesundheitsreform 2005 erfolgten einerseits seit vielen Jahren durch verschiedene Aktivitäten des Gesetzgebers und andererseits durch das Heranziehen betroffener Stellen und Verantwortungsträger – dies unter Beachtung von Zahlen der EU und WHO⁷ und trotz etlicher unterschiedlicher Auffassungen und Einstellungen zu dieser Thematik.

Da, wie angesprochen, alle Reformdiskussionen mit Fragen der Finanzierbarkeit, ja der „Erschwinglichkeit“ des Gesundheitssektors konfrontiert und geleitet werden, ist nach (Problem-) Analysen ein Bündel von Zielen sichtbar, das von den verschiedenen Akteuren, vorrangig von der Politik, verfolgt wird. So gab es in den letzten 15 Jahren eine Reihe von Reformaktivitäten im österreichischen Gesundheitswesen. Dabei wurde jedoch stets an der Organisations- und der Finanzierungsstruktur festgehalten⁸.

6 Helmut Pansi, Obmann der Kärntner Gebietskrankenkasse in „Selbstbehalte – Eine Bestandsaufnahme“, 2004, Eigenverlag, Klagenfurt, Seiten 7–9

7 „Gesundheitssysteme im Wandel“, Maria M. Hofmarcher und Herta M. Rack, Kapitel „Reformen im Gesundheitswesen“, Seite 214, European Observatory on Health Systems and Policies, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft OHG, Berlin 2006

8 ebenda, Seite 208

Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 löste Anfang 1997 den bislang bestehenden Krankenanstaltenfinanzierungsfonds (KRAZAF) durch den Strukturfonds auf Bundesebene und neun Landesfonds ab. Damit wird unter anderem das Ziel verfolgt, die Leistungserbringung im stationären Sektor mit jener im ambulanten Bereich verstärkt zu integrieren. Obwohl trotz großer Bemühungen um die Versorgungskette mittels „Schnittstellenmanagement“ und ähnlichen neueren Ansätzen keine großen Fortschritte erzielbar waren, konnte zumindest erstmals ein verbindlicher „Großgeräte-Plan“ wie auch ein „Krankenanstalten-Plan“ als Instrumentarium im strukturpolitischen Sinne festgelegt werden. Ein alle Versorgungsbereiche umfassender „Österreichischer Gesundheitsplan“ wurde erstmals als Ziel formuliert und 1997 schließlich eine „leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung“ herbeigeführt.

Mit der „Gesundheitsreform 2005“ wird unter anderem die Erreichung einer besseren Abstimmung in der Planung, Steuerung und Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens angestrebt. Die angestrebten Maßnahmen zur Forcierung von Leistungsverchiebungen zwischen dem intramuralen und dem extramuralen Bereich sind als weitere brisante und konkrete Ziele der Gesundheitsreform 2005 – gleichzeitig als Herausforderung aller wesentlichen Akteure im Gesundheitswesen, also auch für die Krankenkassen – zu werten⁹. Aus den wenigen Darstellungen ist die Vielfalt an Themen deutlich erkennbar, welche die Politik, Leistungserbringer, Financiers und Berufsgruppen im Gesundheitswesen ebenso auf den Plan ruft, wie die PatientInnen, um die es vorrangig geht. Die Themenvielfalt schlägt sich in der Zahl der ReferentInnen und der einzelnen Themenschwerpunkte der „Werkstatt 2007“ und damit in dieser Publikation nieder.

Wenn von „Nebenwirkungen“ die Rede ist, so gibt es unterschiedliche Sichtweisen. Ein Thema beziehungsweise Schwerpunkt ist die Integrierte Versor-

9 ebenda, Seite 215

gung – diese ist als Konzept und Prinzip für die Zukunft des österreichischen Gesundheitswesens zu sehen. Mit dieser patientInnenorientierten, kontinuierlichen, sektorenübergreifenden und/oder interdisziplinären und standardisierten Behandlungskonzepten folgenden Versorgung sollen die negativen Auswirkungen eines „Versorgungsdickichts“ und einer „High-Input-But-Low-Outcome“-Versorgung verringert oder vermieden werden. Die PatientInnen werden mit den Instrumenten dieses Konzeptes durch die einzelnen Versorgungsstufen „begleitet“, bleiben jedoch trotzdem durch Interventionen wie das PatientInnenempowerment autonom. Daraus ergibt sich vorrangig ein PatientInnennutzen – Transparenz in der Leistungserbringung und eine höhere Betreuungsqualität – jedoch auch ein Nutzen für die Leistungsanbieter und Financiers des Gesundheitswesens, da Integrierte Versorgung zu einem effizienteren Ressourceneinsatz durch Vermeidung von Doppelgleisigkeiten, aber auch zur Verbesserung der Qualität auf allen drei Qualitätsdimensionen (Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität) führt, welche langfristig eine Investition in die Gesundheit der Menschen darstellt.

Die kritische Auseinandersetzung mit der Integrierten Versorgung und mit der Umsetzung von Reformpoolprojekten war in einer vom Tagesgeschehen losgelösten Atmosphäre und einem Aufeinander-Zugehen von TagungsteilnehmerInnen aus verschiedensten Strukturen des Sozial- und Gesundheitswesens gekennzeichnet. Es war erklärtes Ziel des Veranstalters, in Anbetracht aktueller Debatten den Stand der Diskussionen und die betroffenen Akteure zusammenzuführen. Rund 130 TeilnehmerInnen, eine hohe Präsenz von Gästen und eine breite Berichterstattung in den Medien ließen die „Werkstatt 2007“ zu einem vollen Erfolg werden.

Tritt die „SV-Wissenschaft“ in ihren Zielsetzungen für eine qualitative Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen ein, so verfolgt sie dies im eigenen Handeln. Die ReferentInnen – unabhängig von der Art des Vortrages und des Themas – waren eingeladen, die Inhalte und Positionen nicht nur für die Anwesenden, sondern für Sie, die LeserInnen dieser Publikation, nachlesbar zu gestalten. Ein Großteil machte von diesem Publikationsziel Gebrauch, ihnen ist dafür herzlichst zu danken.

Die zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Buches ablaufenden Diskussionen rund um das österreichische Gesundheitssystem in Summe und um die Sicherung der Finanzierbarkeit sind eine Bestätigung der meisten Inhalte und Diskussionen, wie sie im Rahmen der „Werkstatt 2007“ in Villach-Warmbad abliefen. Die Überwindung der strikten Trennung der einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens sowie die Errichtung einer besseren Abstimmung in der Planung und Steuerung der längerfristigen Sicherstellung der Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens, wie dies im Rahmen dieser „Werkstatt“ gefordert wurde, ist eine klare Zielsetzung im Rahmen der „§ 15a-Vereinbarung“ aus der „Gesundheitsreform 2005“ heraus bis in die Jahre 2012/2013 geworden. Aktuelle, zum Teil sehr kontroversiell geführte Diskussionen rund um diese Reformen und die damit verbundenen Veränderungen in den Leistungs- und Finanzierungsstrukturen belegen die inhaltlich aktuelle und in die Zukunft gerichtete Themenauswahl der „Werkstatt 2007“ der „SV-Wissenschaft“.

Die einzelnen Themen (siehe Programm) sowie die dankenswerter Weise zur Verfügung gestellten Referatsbeiträge und Workshopergebnisse mögen nicht nur für die TeilnehmerInnen, sondern auch für alle Interessierten aus dem Bereich der vielen Leistungserbringer des Gesundheitswesens sowie der Financiers ebenso wie für die Entscheidungsträger aus Politik, Wirtschaft, Kammern, Interessensvertretungen und Selbstverwaltungen ein interessantes Nachschlagewerk sein.

Wenn eines der Ergebnisse lautet „Das österreichische Gesundheitswesen ist durch eine starke Fragmentierung gekennzeichnet, woraus viele Schnittstellen zwischen Finanzsystemen, unterschiedlichen Einrichtungen, medizinischen Fächern und verschiedenen Berufsgruppen resultieren“, so wird das Ziel der „Überwindung strikter Trennungen“ erkennbar und verständlich. Die seit Jahrzehnten gewachsenen Strukturen sind integrativer Teil etlicher Reformen. Daher haben Strukturänderungen oftmals nur Chancen auf Akzeptanz, wenn sie mit Überzeugungskraft und in offener und die Perspektiven erkennbar machender Art und Weise vorgebracht werden.

Qualität, wissenschaftliche Instrumente und die Einbindung aller Betroffenen sind weitere Bedingungen und Voraussetzungen dafür, dieses Gesundheits-

system, das, wie erwähnt, zu den vorteilhaftesten der Welt für die BürgerInnen unseres Landes gezählt wird, auch künftighin als solches abzusichern. Die Sozialversicherung, insbesondere die Gesamtheit der Krankenkassen, hat als ein Hauptfinancier der (fonds-) finanzierten Spitäler und Hauptverantwortliche für eine flächendeckende extramurale Versorgung mit Ärzteplanstellen und für Heilmittel sowie eine Vielzahl anderer „Kassenleistungen“ ein vitales Interesse an der Weiterentwicklung dieses solidaritätsgeleiteten Konzeptes. Hierbei kommt den Selbstverwaltungen mit ihren Kompetenzen und Akteuren im regionalen Bereich eine wichtige Funktion zu. Berechenbarkeit und Vertrauen in das heimische Gesundheitssystem sind ein wichtiges Anliegen eines Großteils der Versicherten und damit auch der Wertschätzung. Daher ist eine „Werkstatt“ eben eine Form der gemeinsamen Erarbeitung von Zielen und Anliegen für eine qualitative Weiterentwicklung des solidarisch finanzierten Gesundheitssystems.

Eine erst vor einigen Jahren erstellte „Selbstbehalte-Studie“¹⁰ der Kärntner Gebietskrankenkasse bestätigte, dass fünf beziehungsweise sechs Prozent der Versicherten / PatientInnen 50 Prozent des Leistungsaufwandes der Kasse im Jahr benötigen. Deutlicher kann die Ausformung der Solidarität und dadurch der Notwendigkeit ihrer finanziellen Absicherung wohl nicht belegt werden. Dies gilt es in Zukunft, qualitativ und finanziell abgesichert in Anbetracht der demographischen Entwicklung, weiter zu entwickeln.

Verbunden mit dem Dank an alle MitgestalterInnen, Vortragenden, TagungsteilnehmerInnen und zahlreichen MithelferInnen und PartnerInnen ist der Wunsch auszusprechen: Möge es noch viele, nachhaltig wirkende „Werkstätten“ der „SV-Wissenschaft“ geben.

Viel Freude mit diesem Buch namens des Vorstandes und Arbeitskreises

Ihr Dr. Alfred Wurzer

Vorsitzender der „SV-Wissenschaft“

¹⁰ „Selbstbehalte – Eine Bestandsaufnahme“, 2004, KGKK, Klagenfurt



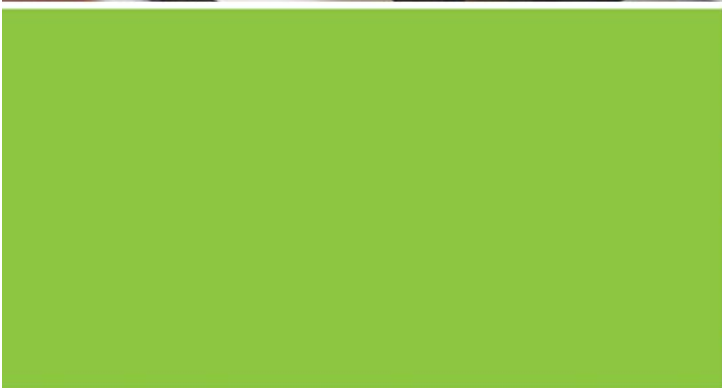
- Links oben:** Dr. Erich Schmatzberger eröffnet die Diskussionsrunde.
- Rechts oben:** Heftige Debatten auch im Publikum.
- Links unten:** Einleitende Worte von Dr. Alfred Wurzer, Vorsitzender der Kooperationsplattform SV-Wissenschaft, zur Brisanz der Thematik.
- Rechts Mitte:** Die Referenten standen bereitwillig Rede und Antwort.
- Rechts unten:** Interessierte Blicke bei Bürgermeister Helmut Manzenreiter, Doz. Dr. Johannes Kirchheimer und Dr. Erich Laminger.

Oben: Eifrige Mitarbeit bei den einzelnen Vorträgen und Workshops.

Links unten: Der Aktualität des Themas entsprechend fanden sich 130 Experten und Interessierte aus ganz Österreich in Villach zusammen.

Rechts Mitte: Dr. Alfred Wurzer, Prof. Mag. Roswitha Pettliczek-Koller und KommRat Rudolf Gross beim Sammeln neuer Erkenntnisse.

Rechts unten: Dr. Martina Amler brachte die Sachlage auf den Punkt.



**ACHTEN SIE BEI
DER WAHL IHRER BANK
AUF DIE ENTSCHEIDENDE
HANDBEWEGUNG.**

Die neue Bank.
Die neue BAWAG.



BAWAG

EINE MARKE DER BAWAG PSK

Entwicklungen seit Beschluss des ÖSG 2006 durch die Bundesgesundheitskommission (BGK) am 28. 6. 2006

Dr. Michaela Moritz

Geschäftsführerin Gesundheit Österreich GmbH

Der bis Ende 2005 gültige „Österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP)“ wurde mit Beschluss des "Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2006 (ÖSG 2006)" durch die Bundesgesundheitskommission im Jahr 2006 als bundesweite Planungsgrundlage abgelöst. Seither bildet der ÖSG die bundesweite Grundlage für die *integrierte Gesundheitsplanung* in Österreich und die „Rahmenplanung für Detailplanungen auf regionaler Ebene“ im Sinne von Artikel 4 (1) der Art. 15a-Vereinbarung, insbesondere auch für die „Regionalen Strukturpläne Gesundheit“ (RSG) auf Ebene der Bundesländer.

Die integrierte Planung der Gesundheitsversorgungsstruktur umfasst alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung und angrenzender Bereiche – also den stationären, den ambulanten fachärztlichen, den Rehabilitations- und den Pflegebereich. Die Gesundheitsstrukturplanung hat Beziehungen zwischen den Ebenen und Teilbereichen der Gesundheitsversorgung sowie angrenzender Versorgungsbereiche zu berücksichtigen, ist an Kriterien zur Qualität und zum Nahtstellenmanagement zu binden, hat gesamtökonomische Aspekte vor den ökonomischen Teilbereichs-Aspekten als ausschlaggebend zu berücksichtigen und die Qualität und PatientInnenorientierung sicherzustellen. Es soll möglichst effizienter Mitteleinsatz durch gesamthafte regionale Planung, Steuerung und Finanzierung erreicht, jedoch nicht in Vertragskompetenzen der Selbstverwaltung eingegriffen oder die Sachleistungspflicht aufgehoben werden.

Erfordernisse zur Weiterentwicklung des ÖSG ergeben sich aus Artikel 4 (7) der Art. 15a-Vereinbarung („laufende Überprüfung und Weiterentwicklung des ÖSG“). Daher werden von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) / Geschäftsbereich Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) die Arbeiten zu speziellen Themenbereichen weitergeführt, deren Ergebnisse schrittweise in den ÖSG integriert werden sollen, insbesondere betreffend die

im ÖSG derzeit nur als Platzhalter vorgesehenen Kapitel (zum Beispiel Neurochirurgie, Kinder-/Jugendpsychiatrie, weiters Referenzzentren wie etwa Brustzentren). Hinsichtlich der konkreten Umsetzung des ÖSG sind aus dem Jahr 2007 insbesondere folgende Aktivitäten bekannt:

- Konstituierung der „Zonenkonferenz“ in der Versorgungszone Süd
- Vorbereitung der „Zonenkonferenz“ in der Versorgungszone Ost
- Fertigstellung eines RSG auf Basis des ÖSG in Salzburg
- Laufende Arbeiten an RSGs auf Basis des ÖSG (Niederösterreich, Oberösterreich, Tirol, Vorarlberg)
- Vorbereitung von RSGs auf Basis des ÖSG (Steiermark, Wien)
- Erstellung des „Berichts über die Transformation der Qualitätskriterien des ÖSG für Krankenanstalten nach dem Privatkrankenanstaltenfinanzierungsfonds (PRIKRAF-KA)“ und entsprechende Information an die BGK am 4. 5. 2007
- Modifikation der im ÖSG enthaltenen Kapazitätsplanung auf Bundesländer-Ebene (betreffend GGP) per Beschluss der BGK am 4. 5. 2007
- Weiterentwicklung von Ergebnisqualitäts-Registern bei GÖG/ÖBIG (Überführung in GÖG / Geschäftsbereich Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen – BIOG geplant)
- Vorbereitungsarbeiten zur Umsetzung der ÖSG-Planungsprinzipien im Krankenanstalten und Kuranstaltengesetz (KAKuG) und Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG)
- Überarbeitung der „Leistungsmatrix“ zum ÖSG (inklusive Abstimmung mit dem Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungs- (LKF-) Modell 2008)
- Vorbereitung der EDV-automatisierten Umsetzung der „Leistungsmatrix“ via KDok-System (Programm für Landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten)

Dringend notwendig für weitere Schritte der Umsetzung der Gesundheitsreform sind vor allem:

- Vereinheitlichung des Leistungsrechtes im ambulanten Bereich (ambulante Dokumentation)
- Gesetzliche Grundlagen für integrierte Versorgungskonzepte – Förderung der integrierten Versorgung auf allen Ebenen
- Eine Klärung der Schnittstelle Gesundheit – Soziales
- Verringerung der Abgrenzung zwischen Bundesländern (inländische GastpatientInnen, durchlässige Bundesländergrenzen)

Michaela Moritz, Dr.; Geschäftsführerin der Gesundheit Österreich GmbH; Arbeitsschwerpunkte: Referat für Bildung und Arbeitswissenschaft des Österreichischen Gewerkschaftsbundes, verantwortlich für Arbeitswissenschaften und Arbeitnehmerschutz; Ausschuss für Automation und Arbeitsgestaltung der Gewerkschaft der Privatangestellten in Wien.



LOHMANN & RAUSCHER

**Wundversorgung • OP Set-Systeme
Binden & Verbände • Immobilisation**



Lohmann & Rauscher GmbH
Postfach 222
A-1141 Wien
Telefon: +43 1 57670-0
Telefax: +43 1 5771799
E-Mail: info@at.lrmmed.com
www.lohmann-rauscher.at

www.lohmann-rauscher.at

Zielfindung und Projektbewertung in den Reformpools

Dr. Siegfried Marchel

Geschäftsführer der Gesundheitsplattform Steiermark

Vorwort:

Das Referat „Zielfindung und Projektbewertung in den Reformpools“ wurde im Rahmen der Werkstatt-Gespräche im Juni 2007 gehalten. Zum damaligen Zeitpunkt war in keiner Weise erkennbar, dass bereits im Herbst 2007 mit den Verhandlungen über eine neue 15a B-VG-Vereinbarung und einen neuen Finanzausgleich begonnen wird. Diese in der Zwischenzeit im Dezember 2007 abgeschlossenen Verhandlungen brachten zum Teil wesentliche Änderungen in der 15a B-VG-Vereinbarung, speziell im Bereich der Reformpoolprojekte beziehungsweise des Kooperationsbereiches, worin sich aus Sicht des Autors erfreulicherweise auch Entwicklungen, wie sie im Resümee dieses Referates dargestellt wurden, finden. Nach langer Überlegung, ob eine Veröffentlichung des vorliegenden Artikels zum heutigen Zeitpunkt in dieser Form sinnvoll ist, kam der Verfasser zu dem Schluss, dass, nachdem sich die jetzigen Reformpoolprojekte durchwegs alle auf der Basis der „alten“ 15a B-VG-Vereinbarung aus dem Jahr 2005 heraus entwickelten, es durchwegs Sinn macht, diesen Stand der Entwicklung festzuhalten.

1. Situation laut Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 73/2005

Die Gesundheitsreform 2005 ist die Weiterentwicklung der Reform, die schwerpunktmäßig mit der Einführung einer „leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung“ ab 1. 1. 1997 begonnen wurde. Waren die Maßnahmen damals im Speziellen noch auf die Neugestaltung der Krankenanstaltenfinanzierung gerichtet, so ist die Gesundheitsreform 2005 nicht nur eine Weiterführung des mit 1. 1. 1997 eingeführten Modells einer leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung, sondern auch der Start einer Reform mit dem Ziel einer

gesamthaften regionalen Planung, Steuerung und Finanzierung auf allen Sektoren des Gesundheitswesens.

Die Ziele der Vereinbarung werden in der Präambel zusammengefasst und können schwerpunktmäßig wie folgt beschrieben werden:

- Überwindung der strikten Trennung der einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens und Erreichung einer besseren Abstimmung in der Planung, Steuerung und Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens (intra- und extramuraler Bereich)
- Längerfristige Sicherstellung der Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens durch Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung beziehungsweise Steuerung im Gesundheitswesen
- Unterstützung von Vorsorgemaßnahmen und flächendeckende Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen

Gegenstand und inhaltliche Schwerpunkte der Vereinbarung beziehungsweise der Maßnahmen, wie die vorgenannten Ziele erreicht werden sollen, werden im Artikel 1 der Vereinbarung aufgelistet.

Im Wesentlichen sind dies folgende Maßnahmen:

- Einrichten einer Bundesgesundheitsagentur mit einer Bundesgesundheitskommission und auf Bundesländer-Ebene von Gesundheitsfonds mit Gesundheitsplattformen
- Schaffung eines Reformpools für *Leistungsverschiebungen* zwischen dem intra- und extramuralen Bereich in den Landesfonds
- Zurverfügungstellung von Mitteln für die Planung von Projekten, welche der Sicherstellung und Verbesserung von Qualität, Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung dienen (Leistungsangebotsplanung)
- Grundsätze für ein Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Leistungserbringern schaffen

2. Voraussetzung für eine erfolgreiche Gesundheitsreform

Eine der wesentlichen Voraussetzungen, um dieser Gesundheitsreform auch zu einem Erfolg zu verhelfen, ist die integrierte Gesundheitsstrukturplanung (Artikel 3 der Vereinbarung). Erstmals wird zwischen den Vertragsparteien vereinbart, dass eine integrierte Planung über alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung und angrenzenden Bereiche erfolgen soll. Zu diesen Bereichen werden gezählt:

1. stationärer Bereich
2. ambulanter Bereich, also Spitalsambulanzen, selbständige Ambulatorien mit Kassenverträgen – einschließlich der eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte mit Kassenverträgen, Gruppenpraxen mit Kassenverträgen und sonstige in der Gesundheitsversorgung frei praktizierende Berufsgruppen mit Kassenverträgen
3. der Rehabilitationsbereich – sowohl stationär als auch ambulant
4. der Pflegebereich, soweit dieser im Rahmen des Nahtstellenmanagements für die Gesundheitsversorgung von Bedeutung ist.

Als verbindliche Grundlage für diese integrierte Planung wird ein österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) geschaffen. Dieser stellt die Rahmenplanung für die auf Länderebene durchzuführende Detailplanung auf regionaler Ebene und/oder auf Ebene einzelner Bereiche der Gesundheitsversorgung dar. Mit der integrierten Gesundheitsplanung sind auch sehr hohe Forderungen nach einer integrierten Versorgung geknüpft. Diese ist vor allem durch folgende Komponenten gekennzeichnet.

- verbesserte, beziehungsweise optimale Qualität
- niedrigere oder höchstens gleich hohe Kosten
- interdisziplinäre und sektorenübergreifende Kooperation der Leistungserbringer
- Koordination der Leistungen in der Versorgungskette

- flexibleres Eingehen auf die Bedürfnisse der PatientInnen
- Transparenz
- Erhöhung der Lebensqualität der PatientInnen

3. Reformpoolprojekte (Kooperationsbereich)

Ein neuer und wesentlicher Bereich ist im Artikel 26 geregelt. Darin wird vereinbart, dass der Bund und die Länder zur Förderung von gemeinsam vereinbarten Strukturveränderungen oder Projekten, welche Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich auf Landesebene zur Folge haben, übereinkommen, im Rahmen der Landesgesundheitsfonds entsprechende Mittel bereit zu halten. Für die Jahre 2005 und 2006 sind diese Mittel in der Höhe von mindestens ein Prozent der Gesamtmittel und für die Jahre 2007 und 2008 in der Höhe von mindestens zwei Prozent der Gesamtmittel für den intra- und extramuralen Bereich vorgesehen.

Voraussetzung dafür, dass Mittel aus dem Reformpool für diese Leistungsverschiebungen in Anspruch genommen werden können, ist dass sich das jeweilige Land und die Sozialversicherung im Voraus auf diese Maßnahmen inhaltlich einigen. Ebenso muss sowohl das Land als auch die Sozialversicherung von diesen Verschiebungen profitieren. Damit wurde erstmals auch ein Instrumentarium geschaffen, wonach der Grundsatz „Geld folgt Leistung“ tatsächlich angewandt werden kann.

4. Ziele und Bewertung der Reformpoolprojekte

Gemäß Artikel 26 hat die Bundesgesundheitsagentur Leitlinien für den Kooperationsbereich (Reformpool) erarbeitet. Solche Leitlinien wurden erstmals im Juli 2005 erlassen. In diesen Leitlinien sind unter Punkt 1 die Ziele des Kooperationsbereiches (Reformpools) wie folgt festgelegt:

Gemeinsam vereinbarte Strukturveränderungen oder Projekte des Kooperationsbereiches (Reformpool) sollen Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich zur Folge haben. Ziele solcher Leistungsverschiebungen sind:

- Die Erhöhung der Effektivität des Gesundheitswesens (Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, Erhöhung der PatientInnenorientierung, Qualitätsverbesserung, Verminderung von Zugangsbarrieren)
- Die Erhöhung der Effizienz des Gesundheitswesens
- Ein Nutzen aus den Leistungsverschiebungen für die Länder als auch für die Sozialversicherung

Reformpoolprojekte, die zielkonforme Strukturveränderungen zur Folge haben, sollen

- nachhaltig und
- auf andere vergleichbare Regionen transferierbar sein.

Nach den Leitlinien der Bundesgesundheitsagentur für den Kooperationsbereich müssen bei Projekten, die als Reformpoolprojekte behandelt werden, bereits in der Definition nachstehende Punkte beachtet und begründet werden:

- Einigung auf diese Vorhaben im Voraus durch das jeweilige Land und die Sozialversicherung
- Vorteile für das Land und die Sozialversicherung durch diese Vorhaben (Effizienzkriterium)
- Sicherstellung eines Nutzens beziehungsweise keine Verschlechterung in der Versorgung für die PatientInnen (Versorgungskriterium, Qualitätskriterium)
- Mengen- und kostenmäßige Bewertbarkeit des Status-Quo und des Status-Post (Evaluierbarkeit)

- Menge und Kosten an voraussichtlich verschiebbarem Potenzial (Messbarkeit)
- Möglichkeit des kalkulatorischen Nachweises vom bisherigen und neuen Leistungserbringer (Bewertbarkeit)
- Gesamthöhe der notwendigen Finanzmittel für die Vorhaben (einschließlich der Projektabwicklung)
- Darstellung einer allfälligen Übergangsfinanzierung
- Möglichkeit der Nachnutzung oder Reduktion der Ressourcen beim abgebenden Leistungserbringer
- Fristigkeit des Vorhabens, das heißt Beginn und Abschluss beziehungsweise Dauer des Vorhabens
- Darstellung der weiteren Vorgangsweise nach Beendigung des Vorhabens (Nachhaltigkeit)
- Prüfung und Darstellung der notwendigen Begleitmaßnahmen zur Zielerreichung
- Beschreibung der projektbegleitenden Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Darstellung der gemeinsamen Vorgangsweise für den finanziellen Ausgleich der allfälligen Leistungsverschiebungen zwischen Land und Sozialversicherungen (Prinzip „Geld folgt Leistung“) sowie der Aufteilung des durch die Leistungsverschiebung erzielten finanziellen Gesamtnutzens (Prinzip „Teilung des Gewinnes/Verlustes“)

Diese allgemeinen Ausführungen betrachtend müsste man auf den ersten Blick zu dem Schluss kommen, dass für die Auswahl und die Bewertung von Reformpoolprojekten eine ausreichende Regelung auf formaler Ebene gegeben ist. Ein Blick auf die Situation der Reformpoolprojekte 2007 soll die Abschätzung der tatsächlich gegebenen Bewertbarkeit erleichtern.

Mit Stand Juli 2007 gab es österreichweit folgende Reformpoolprojekte:

Bundesland/Projekt	Diabetes	Herz	Hospiz/ Palliativ	Nahtstellen- management	Präoperative Diagnostik	Schlaganfall	Sonstiges								
Burgenland															
Diabetes	x														
Bildungs- und Berufshilfsstelle							x								
Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung - Ambulatorium Eisenstadt							x								
Mamma-Screening							x								
Entlassungsmanagement, Überleitungs- pflege				x											
Aufnahmemanagement - präoperative Befundung Hospiz- und Palliativversorgung			x		x										
Kärnten															
Diabetikertyp 2-Schulung	x														
Barrierefreie Versorgung durch therapeutische Logopädinnen und Logopäden im Bundesland Kärnten							x								
Palliativversorgungskonzept			x												
NO															
Onkologische Versorgung							x								
Kardiologische Versorgung		x													
Disease Management Programm "Diabetes Mellitus Typ 2 - Therapie Aktiv"	x														
Zentrale Interdisziplinäre Aufnahmestation UK WV Horn				x											
Integrierte Hospiz- und Palliativversorgung			x												
Aufnahme- und Entlassungsmanagement Zahnbehandlung in Vollkose für Kinder bis zu Jahre und Personen mit besonderen Bedürfnissen				sowohl x	als auch x		x								
OO															
Integrierte Versorgung Schlaganfallpatienten						x									
Strukturierte Betreuung von Diabetes Typ 2 Patienten	x														
Gesundheitsnetzwerk Perg Gesundheitszentrum Kreuzschwestern Wels															
Salzburg															
Präoperative Befundung					x										
Radiologische Versorgung des Tennengaus einkreisung der "Therapie Aktiv"- und "Aktiv" im GHR	x						x								
Steiermark															
Herz-Leben		x													
Hospiz- und Palliativversorgung			x												
Disease Management Programm "Therapie Aktiv" für Diabetes Mellitus Typ 2	x														
Medizinische Hauskrankenversorgung							x								
Integrierte Versorgung für Abklärung und Behandlung Koronarer Herzkrankheiten oder Aorten Stenose		x													
Modell der Integrierten Versorgung Schlaganfall						x									
Nahtstellenmanagement im Großraum Graz				x											
TeleUlkus							x								
Rehabilitative Versorgung	x														
Ambulante Facharztversorgung*							x								
Radiologische Versorgung*							x								
Tirol															
Teure Hilfsmittel an der Nahtstelle				x											
Diabetes II - Disease-Management	x														
Integrierter Patientenpfad/Behandlungspfad Schlaganfall						x									
Vorarlberg															
Mobile Kinderkrankenpflege							x								
Mobiles Palliativteam			x												
Intramurales Entlassungs- und extramurales Übernahmemanagement für komplexe Fälle				x											
Interdisziplinäres Therapie-Kompetenzzentrum für chronische Schmerzpatienten							x								
Interaktive intramurale und extramurale Tumornachsorge am Beispiel des kolorektalen Karzinoms *							x								
Verbindung und Koordination des extramuralen geriatrischen Schnittstellen zwischen Hausarzt, Krankenpflege und Angehörigen *				x											
Wien															
AKH Kinderklinik: Arztfunkdienst-Ambulanz							x								
Donauspital Allgemeinmedizinische Ordination							x								
FKK (Entlassungsmanagement)				x											
Typ 2 - Diabetesmanagement	x														
Disease Management Programm Schlaganfall (Phase 1)						x									
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;">Projektskizzen/Kurzbeschreibung</td> <td style="text-align: right;">* BMGFJ nur Titel bekannt</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #ffff00;">Konzept noch nicht prüffähig</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #ffff00;">Konzept u. Berechnung beschlussreif</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #008000;">Durchführung genehmigt</td> <td></td> </tr> </table>								Projektskizzen/Kurzbeschreibung	* BMGFJ nur Titel bekannt	Konzept noch nicht prüffähig		Konzept u. Berechnung beschlussreif		Durchführung genehmigt	
Projektskizzen/Kurzbeschreibung	* BMGFJ nur Titel bekannt														
Konzept noch nicht prüffähig															
Konzept u. Berechnung beschlussreif															
Durchführung genehmigt															

Abbildung 1: Österreichweite Reformpoolprojekte 2007

(Quelle: Tabelle BMGFJ Abteilung I/C/12, Stand: 26. 7. 2007)

Bei einer genaueren Betrachtung der oben angeführten Tabelle zeigt sich: Derzeit sind sechs Projekte mit gleicher oder einer ähnlichen Bezeichnung in Umsetzung (Diabetes, Herz, Hospiz/Palliativ, Nahstellenmanagement, Präoperative Diagnostik, Schlaganfall), 14 Projekte sind mit unterschiedlichen Inhalten und Bundesland-spezifisch aufgesetzt. Hier muss aber besonders darauf hingewiesen werden, dass die gleiche Bezeichnung eines Projektes allein noch nicht Aussage darüber gibt, ob diese auch inhaltlich voll übereinstimmen, und daher vergleichbar und multiplizierbar beziehungsweise auf andere Regionen übertragbar sind.

4.1. Entscheidungsfindungsprozess

Betrachtet man die Vorgangsweise, wie in den einzelnen Bundesländern die Entscheidungsfindung darüber stattfindet, ob ein Projekt zu einem Reformpoolprojekt wird oder nicht, so sieht man, dass auf der einen Seite Lobbyismus und auf der anderen Seite evidenzbasierte Entscheidungen eine wesentliche Rolle spielen. Aber auch diese Erkenntnis ist im Grunde genommen dann nicht von Bedeutung, wenn Projekte, die aufgrund von Lobbyismus übernommen wurden, letztendlich auch evidenzbasiert umgesetzt werden. Mit der Gesundheitsreform und der Einführung der „Reformpoolprojekte“ wurden die Gesundheitsplattformen mit einer neuen Situation konfrontiert. Niemand konnte eingangs genau sagen, wie Reformpoolprojekte zu bezeichnen und zu entwickeln sind, sodass sofort nach – man könnte auch sagen, bereits kurz vor – Inkrafttreten der 15a B-VG-Vereinbarung Anträge bei den Ländern und bei den Sozialversicherungsträgern aus verschiedenen Lagern eingelangt sind. Anträge kamen von verschiedensten Beraterfirmen, von ÄrztInnen – sowohl intra- als auch extramural, von Einzelpersonen oder Gemeinschaften und Gesellschaften, von KommunalpolitikerInnen, von Institutionen wie Krankenhäusern, der Ärztekammer und natürlich auch von der Sozialversicherung und den Ländern.

Um diese Entwicklung auch verstehen zu können, muss man zwangsweise die zeitliche Reihenfolge, wie diese Gesundheitsreform in Kraft getreten ist,

betrachten. So war die erste gesetzliche Grundlage die 15a B-VG-Vereinbarung 2005 – in der Folge kamen dann ab 1. 1. 2006 die entsprechenden Landesgesetze. Erst danach wurden die Gesundheitsplattformen in den einzelnen Bundesländern konstituiert. Mit diesem Vorgang war auch erst die rechtliche Grundlage geschaffen, dass Reformpoolprojekte in den einzelnen Gesundheitsplattformen aufgesetzt werden konnten. Wie daraus zu erkennen ist, gab es für die Entwicklung von Reformpoolprojekten keine klar vorgegebene Struktur – alle Bundesländer hatten einen pragmatischen Ansatz gewählt, indem sie jene Projekte, die bereits vor der Gesundheitsreform angelaufen waren, einfach als so genanntes Reformpoolprojekt übernommen hatten (siehe Diabetes, Herz.Leben, Hospiz/Palliativ, et cetera). Die Anpassung dieser Projekte an die formalen Anforderungen für Reformpoolprojekte erfolgte grundsätzlich erst im Nachhinein.

4.2. Beispiel Steiermark

Ausgehend vom Beispiel Steiermark folgt eine kurze Darstellung dieser Entwicklung. Bei der Errichtung der Gesundheitsplattform Steiermark lagen 47 Anträge für die Zuteilung oder Eingliederung in den Reformpool auf. Seitens der Gesundheitsplattform (Geschäftsstelle) mussten daher Kriterien für die Grobauswahl für Reformpoolprojekte geschaffen werden. Diese Grobauswahl beinhaltet fünf Kriterien, welche jede für sich wiederum in Einzelkriterien unterteilt wurden.

	Ja/Nein	Anmerkungen
1. Patientennutzen gegeben		
2. Messbarkeit gegeben		
3. Darstellung der Mittel gegeben		
4. Nachhaltigkeit der Maßnahme gegeben		
5. Nutzen für Land – SV gegeben		

Nach diesem Bewertungsschema ergab sich dann für diese 47 eingereichten Anträge folgendes Ergebnis: 8 Anträge wurden als reformpoolfähig bezeichnet, 15 waren nach gewissen Ergänzungen reformpoolfähig und 24 wurden als nicht reformpoolfähig bezeichnet, wobei bei diesen besonders darauf hinzuweisen war, dass es sich nicht um eine inhaltliche Bewertung des Projektes (Bewertung ob das Projekt an sich gut oder schlecht ist) handelte, sondern nur geprüft wurde, ob diese Anträge auch Reformpoolprojekt-leitlinienkonform waren. Solche Projekte können durchwegs außerhalb des Reformpools unterstützt werden.

Die folgende Grafik zeigt den Stand der laufenden Projekte in der Steiermark:

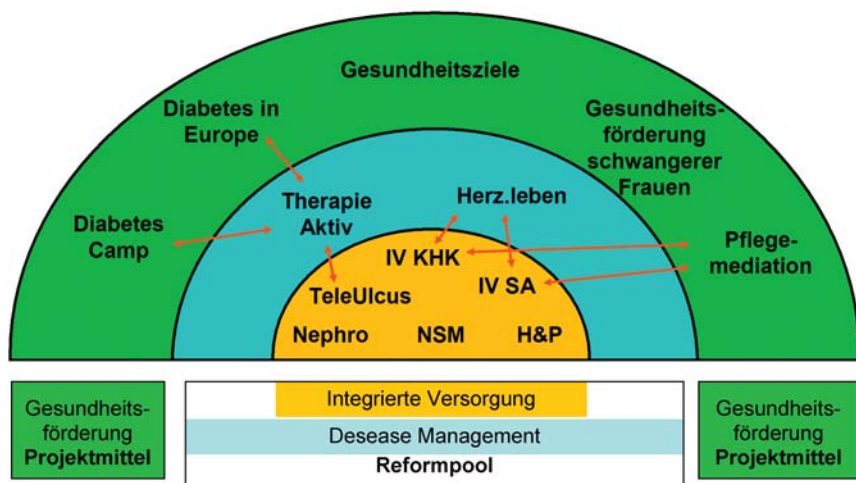


Abbildung 2: Stand der Projekte in der Steiermark

Reformpoolprojekte:

H&P:	Hospiz und Palliativeinrichtungen 2006–2008
IV SA:	Integrierte Versorgung von Schlaganfallpatienten in der Steiermark
IV KHK:	Integrierte Versorgung für Koronare Herzkrankheiten und/oder Aortenstenosen
Nephro:	Nephrologische Versorgung in der Steiermark
NSM:	Versorgungskoordination – Nahtstellenmanagement im Großraum Graz
TeleUlcus:	Best-Practise-Modell vernetztes teleunterstütztes Management chronischer Wunden
Therapie Aktiv:	DMP „Therapie Aktiv“ für Diabetes mellitus Typ 2 in der STMK
Herz.leben:	Herz.leben

Projekte außerhalb des Reformpools:

- Diabetes in EU: Prevention Using Lifestyle, Physical Activity and Nutritional Intervention
- Gesundheitsförderung schwangerer Frauen: Reproduktive und psychosoz. Gesundheitsförderung schwangerer Frauen und Mütter in den Bezirken Leibnitz und Liezen
- Pflegemediation: Pflegemediation Hartberg
- Diabetescamp: Ferien und Schulungscamp für diabetische Kinder und Jugendliche
- Gesundheitsziele: Umsetzung der Gesundheitsziele Steiermark
(Quelle: Gesundheitsfonds Steiermark)

Eine zum damaligen Zeitpunkt durchgeführte Bundesländerumfrage den Fragen

- Wie erfolgt die Bewertung, ob ein Projekt ein Reformpoolprojekt wird, oder nicht in Ihrem Bundesland? Gibt es dafür ein Prüfschema?

- Erfolgt eine Prüfung der Übereinstimmung mit den Leitlinien der Bundesgesundheitsagentur? Wie detailliert?
- Werden als nicht reformpoolfähig eingestufte Anträge in eine andere Projektförderungsgruppe aufgenommen?

brachte folgendes Ergebnis:

- In allen Bundesländern gibt es Anträge
- Reformpoolprojekte werden in allen Bundesländern durchgeführt beziehungsweise konzipiert
- Auswahlverfahren sind unterschiedlich
- Leitlinienkonformität wird in allen Bundesländern behauptet

4.3. Schwachstellen

Beim Vergleich der einzelnen Reformpoolprojekte muss man feststellen, dass die Frage der Transformation/Multiplizierbarkeit auf andere Regionen oder Bundesländer kaum Beachtung findet. Es muss hier aber auch ganz klar darauf hingewiesen werden, dass diese Frage der Transformation nicht allein vom Titel abhängt, sondern es vielmehr ausschlaggebend ist, ob das Projekt inhaltlich mit Daten und Dokumentation vergleichbar ist. Eine Ausnahme bilden hier zwei Projekte – Therapie Aktiv Diabetes mellitus Typ 2 und Integrierte Versorgung Schlaganfall. Weiters zeigte die Umfrage, dass die Vielzahl der unterschiedlichsten Projekte unüberschaubar, und in keinster Weise mehr vergleichbar ist. Diesem Umstand muss man letztendlich sehr große Bedeutung zumessen, da sonst die Gefahr besteht, dass Projekte mit gleichem Titel, aber unterschiedlichem Inhalt (Leistungsinhalte) verglichen werden.

5. Ideen/Weiterentwicklung

Betrachtet man nun den bisherigen Zeitablauf der ersten „Reformpoolperiode“, so wäre es dringend notwendig, gerade im Bereich der Kooperations- und Reformpoolprojekte im Rahmen der kommenden 15a B-VG-Vereinbarung

Anpassungen oder Änderungen vorzunehmen. Aus Sicht des Autors wären folgende Schwerpunkte zu setzen:

Bund, Sozialversicherung und Länder sollten sich auf einige wenige „Leitprojekte“ einigen.

Diese müssten schwerpunktmäßig in verschiedenen Bundesländern als Projekte erprobt werden, und bei positiven Ergebnissen ist für eine flächen-

- deckende und nachhaltige Umsetzung zu sorgen.

Neben diesen „Leitprojekten“ könnte jedes Bundesland individuell je nach

- freien Kapazitäten weitere Projekte durchführen.

Besonders wichtig erscheint auch, dass von der derzeitigen Definition der Reformpoolprojekte eine Weiterentwicklung vom Schwerpunkt „Leistungs-

- verschiebung“ hin zu Projekten der „Integrierten Versorgung“ unter besonderer Betrachtung der für die/den PatientIn best mögliche Versorgungskette erfolgt.

AK
KÄRNTEN

AK-Bildungsgutschein

Die AK fördert
Ihre Weiterbildung mit **100 EURO**.
Lehrlinge erhalten **150 EURO**.

- EDV- und Sprachkurse
- Nachholen von Bildungsabschlüssen
- ausgewählte Gesundheitskurse

JETZT BESTELLEN!
050 477-2300

kaernten.arbeiterkammer.at

Bildungsgutschein
100 €
Vorname mit Bildung
AK

Kritische Faktoren bei der Umsetzung von Reformpoolprojekten

DI Harald Gaugg

Geschäftsführer der Gesundheitsplattform Steiermark

Die Gesundheitsplattformen, welche die Durchführung und Finanzierung von Reformpoolprojekten (RPP) beschließen, wurden erst mit 1. 1. 2006 gegründet – dies bedeutet, dass die meisten RPP erst am Beginn stehen. Es ist daher schwierig, zum jetzigen Zeitpunkt kritische (aber auch unkritische) Faktoren zu beschreiben.

Die Definition der Reformpoolprojekte in der Art. 15a-Vereinbarung bezieht sich ausschließlich auf Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich. Fast alle Bundesländer haben aber integrierte Versorgungsprojekte gestartet, deren primärer Fokus auf der Verbesserung der PatientInnenkarrieren liegt und die Leistungsverschiebung nicht in den Vordergrund stellt, sondern diese mitbehandelt werden.

Die Datenlage und Dokumentation zu den Projekten bezüglich der tatsächlichen Kosten für einzelne Leistungen ist äußerst dürftig. Nur der stationäre Bereich ist einigermaßen gut dokumentiert. Schon die Kostenrechnung der Spitalsambulanzen ist nur bedingt brauchbar und es können nur in wenigen Bundesländern Leistungen miteinander verglichen werden. Im niedergelassenen Bereich stehen ausschließlich Tarifdaten zur Verfügung, es besteht zumeist keine medizinische Dokumentation.

Die Interessenslagen der einzelnen Akteure innerhalb von Reformpoolprojekten sind nur schwer unterscheidbar. So sind Länder und Sozialversicherung nicht nur Financiers sondern auch gleichzeitig Leistungsanbieter. Die Ärztekammer, die bei allen Projekten eine wesentliche Rolle spielt, ist gleichzeitig auch potentieller Nutznießer.

Ein wichtiges Instrument zur Schaffung von Transparenz in der Kostenstruktur und den Leistungsverschiebungen stellt der Reformpoolmanager dar. Die automatische Übernahme von Daten aus bereits bestehenden Systemen muss

jedoch sehr vorsichtig betrieben werden, da diese meist sehr zweckgebunden erhoben werden. Ähnliches gilt für das Arbeiten mit Kostenschätzungen. Die Möglichkeit der genauen Darstellung von Verschiebungen sollte nicht zu einer organisatorischen Festigung des Status quo führen.

Die Laufzeit einer Art. 15a-Vereinbarung widerspricht grundsätzlichen seriösen integrierten Versorgungsprojekten. Die derzeitige Situation – Plattformen erst seit 1. 1. 2006, Diskussion der Verkürzung der Laufzeit – macht das Erzielen von Ergebnissen fast unmöglich. Genaue Evaluierungen und die Sicherstellung der Nachhaltigkeit sind aber Grundvoraussetzung für Reformpoolprojekte.

Für die Form der Finanzierung von Reformpoolprojekten gelten keine einheitlichen Richtlinien. So ist beispielsweise der Aufteilungsschlüssel zwischen Land und Sozialversicherung individuell festzulegen. Auch innerhalb der Sozialversicherungsträger ist der Finanzierungsanteil nicht endgültig geklärt. „Gewinne und Verluste“ werden genauso wie eventuell entstehende Zusatzkosten in jedem Bundesland anders geregelt.

Aufgrund der historischen Entwicklung und des hohen Selbstbestimmungsgrades in den einzelnen Bundesländern ist auch die Geschwindigkeit bei der Umsetzung von Reformpoolprojekten sehr unterschiedlich. Als Ergebnis werden für ein und dieselbe Problemstellung unterschiedliche Strukturen sowie verschiedene Qualitätsdefinitionen aufgebaut. Die Föderalisierung des Gesundheitswesens wird durch die Umsetzung von bundeslandspezifischen Reformpoolprojekten weiter vertieft.

PLANUNG
BAULEITUNG
EINRICHTUNG
DESIGN



ARCHITEKT KRAINER ZT GMBH

A - 9020 KLAGENFURT - KONRADWEG 3
Tel.Nr.:0463 - 218 258

www.krainerarchitect.at

„Der Kampf um Lösungen – Change-Management im Gesundheitswesen“

MMag. Wolfgang Bayer

Partner und Geschäftsführer Bereich Health Care & Social Welfare, KPMG Alpen-Treuhand GmbH

Das österreichische Gesundheitswesen zeigt eine starke Sektorentrennung in Leistungsplanung und Leistungsfinanzierung, welche die Gefahr der Über-, Unter- bzw. Fehlversorgung an den Schnittstellen erhöht. Die Gesundheitsreform gilt als ein erster Schritt, die Schnittstellen zur strukturieren beziehungsweise zu managen (zum Beispiel durch den Reformpool).

Die Ausgabenentwicklung im Gesundheitssektor erzeugt Druck vor allem auf die Länder und Gemeinden als Geldgeber der Abgangsfinanzierung im intramuralen Bereich. Die Ausgabensteigerungen im extramuralen Bereich erzeugen Druck in unterschiedlicher Höhe auf die Sozialversicherungen als Financier der nicht-stationären Versorgung. Die Gesundheitsreform 2005 legte die Grundsteine für eine sektorenübergreifende Leistungsplanung (Angebotsplanung) und gemeinsame Finanzierung von Projekten an den Schnittstellen.

Möglichkeiten der Zusammenarbeit beziehungsweise Instrumente:

- *Spitalsreform in OÖ* als Vorläufer der Kommunikationskultur für die Gesundheitsreform. Instrumente: Expertenkommission, Umsetzungskommission, Regionalkonferenzen. Die praktischen Erfahrungen sind durchwegs positiv – jedoch abhängig von der politischen Dimension.
- *Landesgesundheitsplattformen*. Geschäftsführung und Zusammenwirken der Sektoren, Entscheidungsebene; Instrumente: Reformpoolprojekte. Aufbereitung und Entscheidung des Status Reformpoolprojekt. Je nach Ausgestaltung der Kompetenzen wirkungsvoll (effektiv und effizient), die Bandbreite reicht von organisiertem Informationsaustausch zwischen den Sektoren bis hin zur gestaltenden Geschäftsführung mit strategischer Aufgabenwahrnehmung. Aufgabe der Geschäftsführung ist es, eine integrierte Leistungsplanung zu organisieren und die Versorgung vor allem an den

Schnittstellen zu verbessern, das heißt Geschäftsführung mit Genehmigung der Landesgesundheitsplattform als Auftraggeber für die Entwicklung von beispielsweise Reformpoolprojekten und Infrastrukturprojekten

- *Ausschüsse der Plattformen.* Diese sind Expertengremien zur Entscheidungsfindung – zum Beispiel Behandlung diverser Infrastrukturthemen (E-Health et cetera). Die praktischen Erfahrungen sind je nach Thema durchwegs positiv. Die Ausschüsse dienen vor allem der strukturierten Meinungsbildung durch die Beiziehung von ExpertInnen.
- *Regionalkonferenzen* stellen breit angelegte Gesundheitskonferenzen zur Einbindung aller Bereiche und zur Informationsweitergabe und Informationsgewinnung – Sounding-Board. Die praktischen Erfahrungen zeigen, dass die Regionalkonferenzen teils als mühsam empfunden werden und nur bedingt zur Informationsgewinnung geeignet sind. Für konzentrierte Informationsweitergabe sind sie hingegen sehr praktikabel. Die Schwierigkeit liegt in der Unterschiedlichkeit der Interessen der TeilnehmerInnen, daher ist eine genaue Definition der Erwartungshaltung vor Abhaltung der Konferenzen notwendig.

Die Frage, ob die oben angeführten Instrumente zur Lösung von Problemen geeignet sind, und wenn ja, zu welchen, kann positiv beantwortet werden. Die Instrumente stellen Grundlagen zur strukturierten Kommunikation dar, welche jedoch nur so gut ist, wie die handelnden Personen agieren beziehungsweise reagieren dürfen.

Eine offene Frage bleibt die Schnittstelle zum Sozialbereich (Alten- und Pflegebereich, psychosoziale Vor- und Nachsorge et cetera) – wie kann und soll diese erfolgen – gehören die beiden Bereiche zusammen? Es herrscht ein großer Unterschied zwischen der sozialpolitischen Ausrichtung und der operativen Leistungserbringung. Der alternde Mensch ist ein zentrales sozialpolitisches Thema mit Eigenständigkeitsanspruch gegenüber dem Gesundheitswesen in

der derzeitigen Form. Die Abstimmung der operativen Leistungserbringung ist jedoch ein zentrales Schnittstellen- beziehungsweise Zusammenarbeitsthema zwischen Gesundheits- und Sozialbereich.

Grundsätzliche Problemlagen bei Steuerungsmodellen der öffentlichen Hand:

- Problem der Transparenz der Verantwortungs- und Entscheidungsebene
- Spannungsfeld von Effizienz und Effektivität versus Wahrung der Einflussmöglichkeiten
- Fehlende Transparenz der Ursache-Wirkungszusammenhänge
- Problem der öffentlichen Meinung beziehungsweise Wahlverhalten
- Fehlende oder nicht „gewünschte“ Evaluierbarkeit von Maßnahmen
- Fehlende Vereinbarungskultur mit entsprechenden Anreiz-/Sanktionsmechanismen

Lösungsansatz Steuerungsmodell mit:

- Aufsichtsfunktion
- Zielvereinbarungs- Anreiz-/Sanktionsfunktion
- Beratende Funktion
- Qualitätsmanagementfunktion
- Schiedsfunktion

Die Basis hierbei sind verlässliche Informationssysteme! – Thema der Datengenerierung (Qualität, Aktualität, Verfügbarkeit, Schnelligkeit, Flexibilität)

Schlusseinschätzung:

Die Gesundheitsreform stellt einen Schritt in die richtige Richtung dar, jedoch ist sie abhängig von den agierenden Personen, und nicht von der Organisationsstruktur.

Die Reformbestrebungen in Richtung Change Management sind in der gesamten Bandbreite von Reformmaßnahmen bis hin zu Alibihandlungen wahrnehmbar.

Die Gesundheit und ihre Auswirkungen auf Angebot und Qualität der Leistung und auf die Kosten werden öffentlich thematisiert, und es entsteht ein immer größer werdendes Bewusstsein für selbstverantwortliches Handeln.

Die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) sind ein erster Prüfstein für die Kommunikations- und Vertrauenskultur.

Es besteht die Notwendigkeit der Entwicklung einer Leistungsangebotsplanung zur Leistungsbedarfsplanung und zur Einführung intelligenter integrierter Steuerungsmodelle im Gesundheitswesen.

Wolfgang Bayer, MMag.; Partner/Geschäftsführer, Head of Health Care & Social Welfare, KPMG Alpen-Treuhand GmbH Wirtschaftsprüfungs- und Steuerberatungsgesellschaft; Arbeitsschwerpunkte: Beratung von Betrieben im Gesundheits- und Sozialwesen (Krankenhäuser, Hilfsorganisationen Sozialversicherungen etc.); Ausgliederungsberatung von Gesundheits- und Sozialbetrieben aus der öffentlichen Verwaltung; Sonderprojekte im Gesundheitswesen im In- und Ausland (z. B. Leitung von Zukunftworkshops); Beratung bei öffentlichen Vergabeverfahren für Projekte im Gesundheitsbereich (z.B. Neubau und Betrieb von Krankenhäuser, Managementausschreibungen).



Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV)

gegründet von der österreichischen Sozialversicherung im Jahr 2006

- Wir bauen Wissen und Expertise zur Integrierten Versorgung auf und bündeln Know-how in einem österreichweiten Netzwerk.
- Unsere Ziele sind:
 - effiziente Prozesse über Schnittstellen hinweg
 - strukturierte Behandlungsabläufe
- Als Competence Center agieren wir in Koordination mit allen österreichischen Sozialversicherungsträgern.
- Wir sind international vernetzt mit Forschungsinstitutionen unterschiedlichster Fachgebiete.

Für Informationen steht Ihnen Frau Mag. Karin Eger, Leiterin der Abteilung Gesundheitspolitik & Prävention der WGKK, gerne zur Verfügung.
Telefon: (+43 1) 601 22-2325 oder E-Mail: karin.eger@wgkk.at



Controlling von Reformpool-Projekten

Mag. Dr. Andrea Wesenauer

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse – Forum Gesundheit, Mitglied des Direktoriums

Reformpool-Projekte stellen eine neue Form der Kooperation von Subsystemen des Gesundheitswesens dar. Das intramurale Subsystem im Gesundheitswesen ist dabei aufgefordert, gemeinsam mit dem extramuralen Subsystem Leistungsverschiebungen zwischen den angesprochenen Bereichen umzusetzen. Ziel ist es, die Effektivität und Effizienz des Gesamtsystems Gesundheitswesen durch „Integrierte Versorgung“ zu erhöhen. Darüber hinaus sollen von diesen Leistungsverschiebungen – neben den PatientInnen – sowohl das Land als auch die Sozialversicherung profitieren.

Die Logik, nach der in Reformpool-Projekten gearbeitet wird, entspricht in der Regel jener der Projektorganisation. Es wird also im Rahmen von Projekten eine Parallelorganisation neben den etablierten Organisationen eingerichtet, die zur Erarbeitung der neuen Vorgehensweisen dient – so lange, bis das neue System wieder zu einem Regelsystem wird und als solches in eine Regelorganisation übergehen kann.

Controlling von Reformpoolprojekten – so könnte man annehmen – ist damit ein Projektcontrolling wie bei anderen Projekten auch. Es geht um die Steuerung von Projekten – von Reformpoolprojekten, um genau zu sein. Steuerung meint: Die Begleitung der Projekte von der Zielsetzung bis zur Evaluierung und die laufende Unterstützung der relevanten Entscheidungsträger durch entsprechende Daten und Informationen. Was Reformpoolprojekte aber von anderen Projekten unterscheidet, ist der Umstand, dass die Projektpartner aus zwei gleichrangig nebeneinander stehenden Systemen kommen. Es handelt sich also um Kooperationsprojekte. Und Kooperationen stellen andere Anforderungen an Steuerung als Projekte, in denen nur ein letztverantwortlicher Entscheidungsträger die Verantwortung – und damit die Entscheidungskompetenz – trägt.

Die Rahmenvorgaben für Reformpoolprojekte sind in den Leitlinien für den Kooperationsbereich sehr klar dargestellt. In der Umsetzung stellt sich die Frage nach dem wie. Anforderungen, Erfolgskriterien und Stolpersteine im Rahmen des Controllings von Reformpoolprojekten werden im folgenden Beitrag herausgearbeitet und dargestellt.

1. Reformpool-Projekte als Kooperations-Projekte zwischen Systemen

Im Rahmen der Gesundheitsreform 2005 wurde ein neues finanztechnisches Instrument – der sogenannte Reformpool – eingeführt, welches dazu dienen soll die Systemgrenzen zwischen dem intramuralen und extramuralen Bereich im Gesundheitswesen punktuell zu überwinden. Gemäß Artikel 26 der sogenannten 15a-Vereinbarung (Vereinbarung gemäß 15 a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl 1 – ausgegeben am 12. Juli 2005 – Nr. 73) legen die Leitlinien für den Kooperationsbereich (Reformpool) sowohl Ziele und Mittel des Reformpools, Auswahlkriterien für Vorhaben des Reformpools, sowie Dokumentation und Bewertung, Evaluierung und Institutionalisierung eines regelmäßigen Informationsaustausches von Reformpoolvorhaben fest. Der Kooperationsbereich umfasst die zwischen dem extramuralen und dem intramuralen Bereich abzustimmenden Aufgaben. Zwischen den Ländern und den jeweiligen Sozialversicherungsträgern ist Einvernehmen herzustellen (Bundesgesundheitsagentur, Leitlinien für den Kooperationsbereich, Juli 2005). Reformpool-Projekte sind Projekte, die im Sinne der Leitlinien im Kooperationsbereich durchgeführt werden. Die Leitlinien und ihre Bestimmungen sind daher auf Reformpool-Projekte anzuwenden.

Sinn und Zweck der Reformpoolprojekte ist es, Leistungsverchiebungen zwischen intra- und extramuralem Bereich mit dem Ziel, diese auch finanztechnisch nachzuvollziehen – entsprechend dem Prinzip „Geld folgt der Leistung“, zu konzipieren und umzusetzen. Weder aus den Richtlinien noch aus der 15a-Vereinbarung geht hervor, was eigentlich für PatientInnen bezweckt werden

soll – nämlich Integrierte Versorgung. Der Festlegung geeigneter Ziele in Reformpool-Projekten – die mehr als eine Leistungsverschiebung bedeuten – sondern die Leistungsverschiebung als Konsequenz von verbesserten (integrierten) Prozessen im Gesundheitswesen zum Nutzen für die Patienten beschreiben, kommt daher maßgebliche Bedeutung zu. Nur wenn es über diese Zielsetzung gelingt, für beide Systeme ein sinnstiftendes Projekt zu initiieren, wird dieses auch erfolgreich umgesetzt werden. Wie aus der 15a-Vereinbarung bereits hervorgeht, handelt es sich bei Reformpoolprojekten um Kooperationsprojekte (Artikel 26 Absatz 1 und 2). Auch in den Richtlinien für den Kooperationsbereich (Reformpool) gibt es an mehreren Stellen Hinweise darauf.

Reformpool-Projekte stellen damit eine besondere Art von Projekten dar: Zum einen handelt es sich um Projekte. In der Praxis wird ein Projekt durch folgende Begrenzung definiert: „Ein Projekt ist ein Vorhaben, das in vorgegebener Zeit und mit beschränktem Aufwand ein eindeutig definiertes Ziel erreichen soll, wobei der genaue Lösungsweg weder vorgegeben noch bekannt ist. Alternativ kann die „Einmaligkeit“ auch unter dem Gesichtspunkt bestehender Risiken (Terminrisiko, Kostenrisiko oder Qualitätsrisiko) definiert werden. Ergänzend wird in einer zweiten Definition das Projekt mehr durch seine interne Struktur beschrieben: „Ein Projekt ist eine einmalige Gesamtheit von koordinierten Aktivitäten mit bestimmten Anfangs- und Endpunkten, die von einer Person oder Organisation mit dem Ziel durchgeführt werden, bestimmte Termin-, Kosten- und Leistungsziele zu erreichen.“

(<http://www.projektmagazin.de/glossar/gl-0059.html>)

Aus systemtheoretischer und organisationsentwicklerischer Sicht stellen Projekte eine Parallelstruktur zur Regelorganisation dar. Die Bearbeitung von Reformpool-Projekten ist von den beteiligten Systemen nicht „nebenbei“ zu erledigen. Insbesondere dann nicht, wenn die Organisation erst „lernen“ muss, mit einem speziellen Thema umzugehen und es in die Alltagslogik der Prozesse und Abläufe zu integrieren. Die Regelorganisation ist daher nicht in der Lage,

das Thema im „Arbeitsalltag“ zu bearbeiten. Es braucht eine – vorübergehend – eigene Organisationsstruktur, die das Thema aufgreift, bearbeitet, und schließlich wieder an die Regelorganisation in geeigneter aufbereiteter Form zurückgibt. Projektorganisation ist eine geeignete Parallelorganisation, die sich für die Bearbeitung der Reformpool-Vorhaben eignet. (Grossmann/Scala, 1994)

Bis zu diesem Punkt entsprechen Reformpool-Projekte jedem anderen Projekt. Die Besonderheit von Reformpool-Projekten liegt jedoch darin, dass es sich um Kooperationsprojekte handelt. Es gibt also nicht nur einen Auftraggeber, der die Letztentscheidungen trifft, sondern es gibt zwei gleichrangige Auftraggeber – in der Regel Land und Sozialversicherung. Diese zwei Auftraggeber stehen als Projektpartner gleichrangig nebeneinander. Steuerungstechnisch scheidet daher das Medium „Macht“ aus. Keiner der Projektpartner ist berechtigt, über Weisung den jeweils anderen Projektpartner zu „überstimmen“. Im Gegenteil, bereits in der 15a-Vereinbarung wird darauf hingewiesen, dass „Einigkeit“ Voraussetzung für diese Projekte und die damit verbundenen Finanzierungsverschiebungen ist. Die Leitlinien für den Kooperationsbereich beinhalten ja bereits im Titel die „Kooperation“ als zentrales Element. Auch in den Leitlinien finden sich entsprechende Regelungen. Im Rahmen von Kooperationsprojekten kann daher nur das Steuerungsmedium „Verhandlung“ eingesetzt werden. Das heißt, Entscheidungen müssen kooperativ – im Aushandlungsweg – getroffen werden. Dies stellt gewisse Anforderungen an die Projektkultur, an die Projektkommunikation und an die Projektsteuerung – und damit vor allem an das Projektcontrolling.

Erschwerend kommt hinzu, dass die Projektpartner aus verschiedenen Systemen kommen – und zwar aus dem intramuralen System und aus dem extramuralen System. Für beide Systeme gilt, dass sie – obwohl beide Teilsysteme des Gesundheitswesens darstellen – völlig eigene Welten mit eigenen Normen, Werten, Zielen, Strategien und Spielregeln darstellen. Diese zwei Welten stoßen nun in einem gemeinsamen Projekt aufeinander, um damit gemeinsame Ziele zu verfolgen. Diese Ziele und die im Projekt ausgearbeiteten Vorgehensweisen

müssen später in jeder der beiden Welten anschlussfähig sein. Bildlich gesprochen ist ein Reformpool-Projekt eine Brücke zwischen zwei Welten (Systemen) mit dem Ziel, diese Welten an einem konkreten Punkt dauerhaft so zu verbinden, dass dies Vorteile für die PatientInnen und die Projektpartner bringt.

Die Projektorganisation als Hilfskonstruktion und vorübergehende Struktur kann nach Abschluss des Projektes wieder aufgelöst werden. Zu diesem Zeitpunkt sollte dann die Überführung der neuen Vorgehensweise in die Regelorganisation abgeschlossen sein.

Reformpool-Projekte: Brücke zwischen zwei Systemen



Abbildung 1: Reformpool-Projekte – eine „andere“ Definition

2. Controlling von Reformpool-Projekten

Controlling ist ein vielfach verwendeter Begriff, der oftmals missverständlich oder falsch gebraucht wird. Die International Group of Controlling hat im Controller-Leitbild grundsätzlich definiert: „Controller gestalten und begleiten den Management-Prozess der Zielfindung, Planung und Steuerung und tragen damit Mitverantwortung für die Zielerreichung.“ (<http://www.olev.de/1/leitbild.htm#Controller>) Controlling bedeutet damit Steuerung – und zwar aktive Steuerung. Es geht um Zielorientierung und um Zukunftsorientierung. Control-

ling ist eine Form der Führungsunterstützung im Hinblick auf Zielsetzung, Planung, Information und (betriebswirtschaftlicher) Beratung. Es ist kein Kontrollinstrument. Vielmehr geht es darum, etwas (ein Projekt, das Gesamtunternehmen, einen Teilbereich) unter Kontrolle zu halten. Vor allem aber ist Controlling eine Philosophie – eine Denkhaltung. Führen durch Ziele und über Zielvereinbarungssysteme braucht entsprechende systemische Unterstützung. Controlling ist mit diesem Prozess untrennbar verbunden. Controlling kann daher gar nicht auf Controller allein beschränkt sein – vielmehr ist Controlling ein kooperativer Prozess, in dem Management und Controlling (in unterschiedlicher Rollen- und Verantwortungsaufteilung) zusammenarbeiten. (http://www.sozial-wirtschaft.at/_TCgi_Images/sozialwirtschaft/20050214122607_Horak_Controlling.pdf)

Ausgehend von diesen allgemeinen Definitionen und Darstellungen von Controlling in Verbindung mit den Darstellungen zu Reformpool-Projekten und deren speziellen Anforderungen, wird nachstehend das Controlling von Reformpool-Projekten näher ausgeleuchtet.

Reformpool-Projekte stellen als Kooperationsprojekte auch spezielle Ansprüche und Anforderungen an ein Controlling. Controlling in und von Reformpool-Projekten bedeutet aktive Steuerung dieser Projektvorhaben. Die Besonderheit liegt darin, dass nicht (nur) ein Auftraggeber steuert, sondern zwei Auftraggeber gleichrangig nebeneinander stehen. Der Prozess von der Zielformulierung über die Planung bis hin zur Überprüfung, ob die Ziele erreicht werden, sowie die Ableitung von (gegen-)steuernden Maßnahmen bei Zielabweichungen obliegt den Auftraggebern gemeinsam. Das bedeutet, dass auch das Controlling als gemeinsame aktive Steuerung gesehen werden muss. Es geht darum, gemeinsam Ziele zu erreichen, die aber anschlussfähig in der jeweils eigenen Organisation bzw. im eigenen System sein müssen. Es geht darum gemeinsam die Zukunft zu gestalten und dabei Vorteile für die PatientInnen und für beide Systeme zu erreichen. Controlling bedeutet, diesen Prozess zu steuern. Es ist damit eine Form der

Führungs-Unterstützung in Reformpool-Projekten für zwei Auftraggeber. Controlling hat die Aufgabe, diese Auftraggeber in allen Phasen des Projektes im Hinblick auf Entscheidungen zu unterstützen und die notwendigen Informationen in geeigneter Qualität und Quantität zur Verfügung zu stellen.

Controlling von Reformpool-Projekten darf daher nicht als wechselseitige Kontrolle verstanden werden – vielmehr geht es darum, das gemeinsame Projekt unter Kontrolle zu halten und die Erreichung der vereinbarten Ziele sicherzustellen. Letztlich bedeutet Controlling von Reformpool-Projekten auch, eine gemeinsame Denkhaltung zu entwickeln. Reformpool-Projekte können damit nicht nur in Bezug auf Leistungsverschiebungen eine punktuelle Brücke zwischen zwei unterschiedlichen Systemen sein, auch in der Steuerungskultur können sich die zwei Systeme damit annähern.

. . .Controlling von Reformpool-Projekten bedeutet . . .



Abbildung 2: Controlling von Reformpool-Projekten

Controlling unterstützt den gesamten (Projekt-)Management-Prozess im Reformpool-Projekt: von der Zielsetzung über die Planung der Zielerreichung, die Begleitung der laufenden Aktivitäten, bis hin zur Ergebniskontrolle.

Messbare Ziele und eine ordentliche Projektplanung sind dabei Voraussetzungen für die laufende Steuerung und Überwachung der Zielerreichung. Die detaillierte und fundierte Beschreibung und Analyse der Ausgangssituation ist eine notwendige Grundlage für alle nachfolgenden Controlling-Aktivitäten. Die laufende Erhebung und Darstellung der Ist-Daten ist Voraussetzung für die Überprüfung der Einhaltung der Planung und damit der (voraussichtlichen) Zielerreichung. Regelmäßige Soll-Ist-Vergleiche stellen die strukturierte Information über den aktuellen Projektstand an das Projektmanagement und die Auftraggeber sicher.

Die Berechnung von Vorschauwerten richtet den Blick auf voraussichtliche Ergebnisse. Es werden damit jene Ergebnisse dargestellt, die aus Sicht des aktuellen Berichtszeitpunktes - unter Berücksichtigung aller bekannten Fakten und Daten - zum Ende des Projektes voraussichtlich erreicht werden. Abweichungsanalysen sind ein zentrales Element im Controlling. Ziel der Analyse der Abweichungen ist vor allem, durch entsprechende Gegensteuerungsmaßnahmen die Erreichung der Projektziele sicher zu stellen. Der Entwicklung und Einleitung solcher Maßnahmen im Bedarfsfall kommt daher maßgebliche Bedeutung zu.

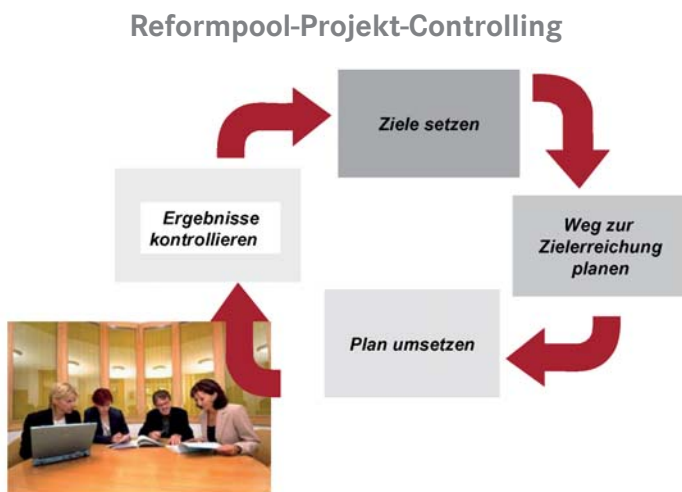


Abbildung 3: Reformpool-Projekt-Controlling-Kreislauf

Die Zusammenarbeit zwischen (Projekt-)Management und (Projekt-) Controlling sowie die Berichterstattung und Information an die Auftraggeber, und die Kommunikation sind im Hinblick auf Inhalte, Abläufe, Verantwortlichkeiten und Termine zwischen allen Beteiligten zu vereinbaren und verbindlich festzulegen.

3. Erfolgsfaktoren in der Steuerung von Reformpool-Projekten

Erfolgsfaktoren in der Steuerung von Reformpool-Projekten und damit im Controlling von Reformpool-Projekten können - auf Grund der beschriebenen Charakteristika - trotz der geringen Erfahrungswerte mit Reformpoolprojekten - herausgearbeitet werden. Die Grundlage dafür bilden Erfahrungen und Forschungsergebnisse (Lobnig 2003, S 6 ff.) im Zusammenhang mit Kooperationen und Netzwerkorganisationen auf der einen Seite, sowie Erfahrungen und Forschungsergebnisse im Zusammenhang mit Erfolgsfaktoren im Controlling auf der anderen Seite (Wesenauer 2006, S. 75 ff.).

... erfolgreiche Steuerung von Reformpool-Projekten braucht ...



Abbildung 4: Erfolgsfaktoren in der Steuerung von Reformpool-Projekten

Erfolgsfaktor Vertrauen

Vertrauen ist eine wesentliche Grundlage jeder kooperativen Vorgehensweise. Verträge können in neuen und kreativen Vorhaben, wie sie Reformpoolprojekte darstellen, nur einen Rahmen bilden. Detailvereinbarungen im Vorhinein sind in den meisten Fällen nicht möglich. Vertrauen ist daher eine wesentliche Grundlage für die Zusammenarbeit. Dies bedeutet auch, dass in Kooperationsprojekten Macht ein Stück weit aufgegeben werden muss. Die Zusammenarbeit und die gemeinsame Verantwortung müssen dagegen in den Vordergrund gerückt werden.

Erfolgsfaktor Ziele

Da Kooperationsprojekte – bereits von ihrer Aufgabenstellung und Anlage her – nicht über ein umfangreiches Regelwerk für ihre Arbeit verfügen können, sind klar definierte und gemeinsam vereinbarte Ziele für Reformpoolprojekte von grundlegender Bedeutung. Sie dienen dem Projekt als Basis und sind sinnstiftendes Element in der Projektarbeit. Nur wenn die Ziele als „SINN-VOLL“ für beide Organisationen gesehen werden, können sie von den Projektpartnern verfolgt und damit erreicht werden. Leistungsverschiebungen zwischen intra- und extramuralem Bereich als Ziel zu formulieren ist wenig sinnstiftend und daher – auch aus systemtheoretischen Überlegungen – für die Zieldefinition nicht geeignet. Ziele von Reformpoolprojekten haben sich an den Organisationszielen zu orientieren und müssen an diese nahtlos anknüpfen können. Da beide Partner in Reformpoolprojekten die Erbringung von Gesundheitsleistungen als Organisationszweck haben, muss sich daher die Zielformulierung zwangsläufig um die Behandlung selbst beziehungsweise damit in Verbindung stehenden Elementen (Prozesse, Abläufe) drehen. Daraus kann sich dann (die für Reformpool-Projekte geforderte) Leistungsverschiebung im Sinne und zum Nutzen der Patienten ergeben. Die Berücksichtigung dieser Logik bei der Festlegung der Ziele von Reformpoolprojekten ist damit ein enorm wichtiger Erfolgsfaktor.

Ziele dienen als Orientierungsrichtlinie für alle Aktivitäten im Reformpool-Projekt. Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit ist es daher wesentlich, dass beide Projektpartner die Projektziele zur Gänze mittragen. Die ersten gemeinsamen Schritte in Reformpoolprojekten sollten daher die gemeinsame Formulierung von Vision und Zielen – in Abstimmung mit den Zielen des eigenen Systems (der eigenen Organisation) bilden.

Erfolgsfaktor Gleichgewicht

Reformpool-Projekte leben von den Aktivitäten und Beiträgen von zwei Projektpartnern. Wichtig ist daher, auf Ausgewogenheit zu achten. Um ein Ungleichgewicht zu verhindern ist es ratsam, von Beginn an Regeln für die Zusammenarbeit im Reformpool-Projekt zu vereinbaren und Rechte und Pflichten der Partner festzuhalten. Ein gemeinsames Erarbeiten dieser Spielregeln als Grundlage für die gemeinsame Projektkultur fördert die Verbindlichkeit und Akzeptanz.

Erfolgsfaktor Koordination

Ein Reformpool-Projekt ist eine komplexe Aufgabe und benötigt daher eine geeignete Organisation. Arbeitsstruktur und Informationsfluss müssen festgelegt werden und über ein entsprechendes (Projekt-)Management sichergestellt werden. Jedes System für sich ist in den Arbeitsroutinen nicht in der Lage das Problem zu lösen und die Projektziele zu erreichen sonst bräuchte es ja kein Reformpoolprojekt. Auch die systemübergreifende Zusammenarbeit ist in den bestehenden Abläufen nicht vorgesehen. Die Koordinationsleistung zwischen den Projektpartnern und im Reformpoolprojekt ist daher ein wesentlicher Erfolgsfaktor.

Erfolgsfaktor Lernen

Ein wesentlicher Schritt im Reformpool-Projekt ist das Erarbeiten und damit das Lernen neuer (systemübergreifender) Handlungsroutinen. Das stellt eine

neue Dimension für die bestehenden Systeme dar, weil plötzlich die Grenze des eigenen Systems nicht mehr die Grenze des Denk- und Handlungsspielraumes ist. Es geht darum, sich auf Neues einzulassen – auf neue Partner, auf neue Abläufe, auf neue Handlungsweisen. Ein Projekt-Klima, welches Lernprozesse anregt und unterstützt, trägt damit maßgeblich zum Projekterfolg bei.

Erfolgsfaktor Planung

Reformpool-Projekte sind komplexe Vorhaben, die sorgfältig geplant werden müssen. Die Planung betrifft insbesondere Projektphasen, Verantwortlichkeiten, Termine und Budgets. Die Planung gibt Orientierung bei der Zielerreichung in einer an und für sich offenen Problemstellung und reduziert bei entsprechender Managementkultur damit Komplexität und Risiko.

Erfolgsfaktor Struktur

Reformpool-Projekte sind Kooperationsprojekte. Als solche erfordern sie die Zusammenarbeit von Mitarbeitern aus unterschiedlichen Systemen mit dem Ziel, neuartige Lösungen zu entwickeln. Diese Zusammenarbeit darf nicht dem Zufall überlassen bleiben, sondern benötigt strukturelle Regelungen für die Zeit der Konzeption und Umsetzung. In dieser Phase ist eine Parallelorganisation zur Regelorganisation in Form einer Projektorganisation hilfreich. Sie kann die nötigen strukturellen Rahmenbedingungen schaffen, die nötig sind, um das Reformpoolprojekt abzuwickeln.

Die genannten grundlegenden Erfolgsfaktoren für Reformpool-Projekte können mit speziellen Erfolgsfaktoren für ein Controlling von Reformpool-Projekten ergänzt werden. Sie resultieren aus der Literatur und der Erfahrung mit Controlling generell und mit Controlling von Reformpool-Projekten im Speziellen.

Erfolgsfaktor Akzeptanz

Instrumente und Methoden im Controlling von Reformpool-Projekten müssen von beiden Projektpartnern akzeptiert werden. In der Regel werden die Instru-

mente und Methoden in den jeweils eigenen Systemen der Projektpartner unterschiedlich gestaltet und ausgeprägt sein. Es ist daher notwendig, Instrumente und Methoden für das Controlling so festzulegen, dass eine gemeinsame Steuerung im Reformpool-Projekt möglich wird. Die Akzeptanz der dafür verwendeten Instrumente und Methoden ist eine grundlegende Voraussetzung.

Erfolgsfaktor Information

Das Controlling von Reformpool-Projekten bedeutet die Steuerung von Reformpool-Projekten. Es geht darum, Entscheidungen vorzubereiten und zu unterstützen - dies geschieht durch Information. Für Entscheidungsträger ist es wichtig, die richtige Information zum richtigen Zeitpunkt zu erhalten. Nur wenn dieser Faktor sichergestellt ist, ist Controlling auch eine Hilfe in der Steuerung von Reformpool-Projekten.

Erfolgsfaktor Aufgabenteilung

Controlling und Management von Reformpool-Projekten sind zwei verschiedene Aufgaben, die aber eng mit einander verbunden sind. Eine klare Teilung und Zuordnung der verschiedenen Aufgaben auf Controller und Manager ist daher notwendig. Controlling unterstützt die Entscheidungsträger im (Projekt-)Managementprozess und damit bei der Erreichung der Projektziele. Controlling und Management müssen daher eng zusammen arbeiten.

Erfolgsfaktor Integration

Controlling kann - da es ja zur Unterstützung im Projektmanagement-Prozess dienen soll - nicht außerhalb des Projektes erfolgen. Es muss ein fixer Bestandteil im Projekt und in der Projektkultur sein, sich an Zielen orientieren und die Erreichung der Projektziele über Controllinginstrumente unterstützen. Die Integration des Projektcontrollings in das Reformpool-Projekt von Beginn an ist damit ein wichtiger Erfolgsfaktor im Projekt.

Erfolgsfaktor Kommunikation

Die Zusammenarbeit von Controlling und Management in Reformpool-Projekten darf nicht dem Zufall überlassen werden. Der Gestaltung der Controlling- und der damit verbundenen Kommunikationsprozesse ist daher erfolgskritisch. Nur wenn Controlling zu einem fixen Element in der Zusammenarbeit und der Kommunikation entsprechender Raum und Zeit gewidmet wird, kann Controlling das Management entsprechend unterstützen.

4. Schlussfolgerungen

Controlling von Reformpool-Projekten bedeutet deren Steuerung und damit eine Begleitung dieser Projekte von der Zielsetzung bis zur Evaluation. Auf Grund Ihrer speziellen Eigenschaften und Charakteristika stellen Reformpool-Projekte hohe Anforderungen an die Steuerung und somit an das Controlling. Entscheidend für den Erfolg in der zielgerichteten Steuerung von Reformpool-Projekten ist nicht nur „was“ im Controlling gemacht wird, sondern vor allem „wie“ es gemacht wird. Es sind damit auch und vor allem die weichen Faktoren, die über Erfolg und Misserfolg im Controlling und somit Reformpool-Projekten generell entscheiden.

Literatur:

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Bundesgesundheitsagentur, Leitlinien für den Kooperationsbereich (Reformpool), Juli 2005.

Busse, Reinhard: Erfahrungen mit der Reorganisation von Gesundheitssystemen aus der europäischen Perspektive, Gesundheitswissenschaften Dokumente Nr. 1, Linz 2005; Internet: <http://www.oegkk.at/mediaDB/111376.PDF>

EU-Informationsbrief Gesundheit 5/2000, S 49

Grossmann, Ralph & Scala, Klaus (1994): Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Juventa Verlag Weinheim und München.

Hsiao, William: International Benchmark Lectures, 2001.

Lobnig, Hubert: Netzwerke, was Sie wirklich investieren sollten;
 Internet: http://www.lemon.at/pics/download/lemon_4.pdf

Wesenauer, Andrea: Controlling – Zielorientiertes Management adäquat unterstützen; in:
 Wesenauer /Bencic (Hrsg.) Betriebswirtschaftliche Instrumente der Unternehmenssteuerung
 in der sozialen Krankenversicherung, Gesundheitswissenschaften Band 29, Linz, 2006.

Willke, Helmut: Systemtheorie I, Grundlagen, 6. Auflage, UTB, Stuttgart, 2000.

Links:

<http://www.projektmagazin.de/glossar/gl-0059.html> (Abruf 9.7.2007)

<http://www.olev.de/1/leitbild.htm#Controller> (Abruf 9.7.2007)

http://www.sozial-wirtschaft.at/_TCgi_Images/sozialwirtschaft/20050214122607_Horak_Controlling.pdf (Abruf 5. 7. 2007)

Andrea Wesenauer, Mag. Dr.; Oberösterreichische Gebietskrankenkasse – Forum Gesundheit, Mitglied des Direktoriums; Arbeitsschwerpunkte: Leitung des Ressorts Kundenservice und Gesundheit mit den Abteilungen Kundenservice Oberösterreich und Linz, Leistungsrecht, Chefärztlicher Dienst, Zahnambulatorien, Fachambulatorien, Kurheime; darüber hinaus: Entwicklung des integrierten Managementansatzes und Aufbau der zentralen Steuerungsinstrumente der OÖGKK; Aufbau und laufende Weiterentwicklung des Managementinformationssystems; Promotorin und Auftraggeberin strategischer Projekte der OÖGKK wie Prozessmanagement und Kundenbeziehungsmanagement; Auszug Publikationen: Controlling – Zielorientiertes Management adäquat unterstützen, in: Wesenauer/Bencic (Hrsg.): Betriebswirtschaftliche Instrumente der Unternehmensführung in der sozialen Krankenversicherung, Gesundheitswissenschaften, Band 29, Linz 2006, S. 75–91; Innovationsmanagement mit der Innovationsscorecard, in: Wesenauer/Bencic (Hrsg.): Betriebswirtschaftliche Instrumente der Unternehmensführung in der sozialen Krankenversicherung, Gesundheitswissenschaften, Band 29, Linz 2006, S. 177–189; Dezentrale Steuerung im Finanzbereich in: ÖHW- das öffentliche Haushaltswesen in Österreich; Jahrgang 48 (2007) Heft 1–2; S. 94–102

modern



e-card: Gesund in die Zukunft

Die moderne Medizin bedeutet für uns alle einen Gewinn: Ein längeres Leben, treffsichere Diagnosen und optimale Therapien. Wenn die Verwaltung damit Schritt hält, kann der medizinische Fortschritt sich voll zum Wohl der Menschen entfalten. Eine wesentliche Voraussetzung dafür hat Österreich mit der e-card geschaffen – und ist damit Vorbild in aller Welt. Moderne und sichere Technologie ist nicht nur in der Behandlung, sondern auch in der Abwicklung im Hintergrund eine Selbstverständlichkeit geworden. Kein Wunder, dass heute niemand mehr zurück zum Krankenschein will. **Sicher, modern, immer dabei: Ihre e-card.**

Eine Information der österreichischen Sozialversicherung:
sozialversicherung.at, Serviceline 050 124 3311



Reformpool-Manager

Mag. Thomas Griessenberger

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse

Grundlagen

Die Bundesgesundheitskommission hat gemäß Art. 26 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens die Leitlinien für den Kooperationsbereich (Reformpool) beschlossen. Zentraler Bestandteil der Leitlinien ist ein Kriterienkatalog von insgesamt 14 Punkten, welche die ausführliche Begründung der Eignung beziehungsweise der Auswahl eines Vorhabens für den Reformpool zum Inhalt haben. Ein Schwerpunkt liegt auf der monetären Bewertbarkeit und Evaluation der Reformpoolprojekte (RPP). So sind zum Beispiel

- die erzielbaren monetären Vorteile für die Länder und/oder die Sozialversicherung,
- die mengen- und kostenmäßige Bewert- und Evaluierbarkeit der Leistungsverchiebungen sowie die
- Gesamthöhe der notwendigen Finanzmittel für die Reformpool-Vorhaben

bereits bei Einreichung des Projekts zu definieren und in der Folge laufend zu kontrollieren.

Neben diesen umfangreichen Evaluationskriterien sehen die Leitlinien auch die verpflichtende Einführung einer zentralen Dokumentation aller Projekte sowie die Implementierung eines standardisierten Berichtswesens vor. Auf Basis dieser Leitlinien erhielt das Entwicklungsteam von LEICON (Leistungscontrolling-Tool der Sozialversicherung) den Auftrag, ein gemeinsames Controllinginstrument zu entwickeln, das den Landesgesundheitsplattformen für den österreichweit einheitlichen Einsatz zur Verfügung steht.

Durch die Trennung in einen inhaltlich-methodischen (Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds NÖGUS, Niederösterreichische Gebietskrankenkasse NÖGKK, Oberösterreichischer Gesundheitsfonds OÖGF) und einen pro-

grammiertechnischen Bereich (Oberösterreichische Gebietskrankenkasse OÖGKK) konnte das Gesamtvorhaben im Sinne eines Kooperationsprojektes länderübergreifend durch inhaltliche Schwerpunkte bestens koordiniert und effizient durchgeführt werden.

Ziel des Reformpool-Managers (RPM)

Mit dem Reformpool-Manager soll den Landesgesundheitsplattformen ein Controllinginstrument für den österreichweit einheitlichen Einsatz in der Projektplanung und -evaluierung zur Verfügung gestellt werden. Die Veränderungen der Versorgungsstrukturen bzw. die Leistungsverschiebungen im Rahmen der Reformpoolprojekte sollen nach einem standardisierten Modell mengen- und kostenmäßig bewertet werden.

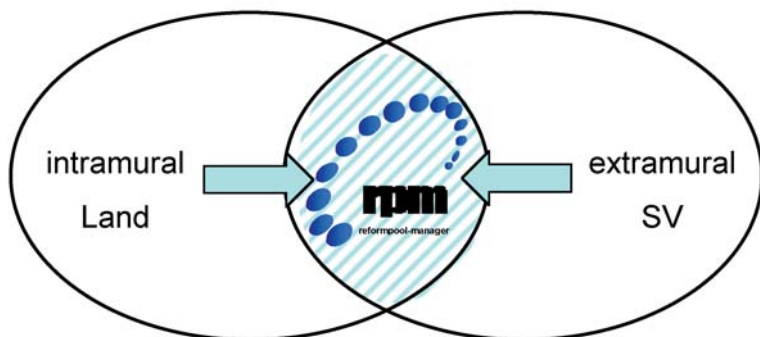


Abbildung 1: Leistungsverschiebungen

Dabei soll nicht nur eine Möglichkeit geschaffen werden, kurz- sowie langfristige Prognosewerte für die monetären und qualitativen Effekte eines Reformpoolprojekts darzustellen, sondern auch eine begleitende Beobachtung (Monitoring) über die gesamte Projektdauer und eine nachträgliche Bewertung der Maßnahmen wird mit Hilfe dieses Instruments sichergestellt werden.

Überdies soll das Tool durch die Darstellung von aussagekräftigen Kennzahlen und Auswertungen wie zum Beispiel Profit Index, Break-Even-Analyse, Kapitalwertberechnung et cetera ein Berichtswesen schaffen, das für die/den einzelnen Projektverantwortliche/n und zugleich in aggregierter Form dem Topmanagement von Nutzen ist.

Die Anforderungen an das Controllinginstrument im Detail lauten wie folgt:

- Abbildung der IST-Situation der Gesundheitsversorgung als empirische Basis für die Planung von Projektverläufen durch Zugriff auf intra- und extramurale Datenbestände (aggregiert)
- Größtmögliche Standardisierung der Anlage und Bewertung von Projekten - dadurch Möglichkeit der Nachvollziehbarkeit und Vergleichbarkeit von Ergebnissen auch zwischen den Bundesländern
- Integration der in den Leitlinien verpflichtend vorgeschriebenen Dokumentation und Berichterstattung von Reformpoolprojekten
- Nutzung von Lernpotentialen und Ermöglichung eines Wissenstransfers zwischen den einzelnen Bundesländern zwecks Optimierung des Gesamtsystems
- Rasche selbständige Befüllbarkeit des Instruments durch maximale Anwenderfreundlichkeit und systemimmanente Benutzerführung
- Systemzugriff der AnwenderInnen mit möglichst geringem technischen Aufwand

Folgende Module sollen den Landesgesundheitsplattformen im RPM zur Verfügung stehen:

- Die *Planung* eines Reformpoolprojekts (unter Zugriff auf aggregierte Echt-daten der Kostenträger). Diese beinhaltet die Abbildung des mengen- und kostenmäßigen Umfangs der Leistungsverschiebung für die geplante Projektlaufzeit, Einbezug von demographischen Daten wie Einzugsgebiet oder Marktanteil, Definition von Durchdringungs- und Versorgungsquote, automatische Datenübernahme, Prognose für das finanzielle Gesamtergebnis

des Projekts, monetäre Auswirkungen des Projekts auf die einzelnen Leistungserbringer und Kostenträger, Abbildung der Entwicklung der Versorgungsqualität im Rahmen des Reformpoolprojekts.

- Das begleitende *Monitoring* eines laufenden Projekts. Der RPM liefert auf Basis aktueller Evaluationsdaten und der vom Anwender definierten Kennzahlen eine aktualisierte Verlaufs- und Erfolgsprognose für das Projekt, eine aktualisierte Prognose der individuellen Kosten-Nutzen-Erwartung für jeden Kostenträger und standardisierte und individuelle Auswertungen und Berichtsfunktionen.
- Das umfassende *Berichtswesen* (Auswertungsmöglichkeiten inklusive der Integration eines Einreichformulars für Reformpoolprojekte) beinhaltet Soll-Ist-Vergleiche, Profit Index, Break-Even-Analyse, Kapitalwert sowie Top-Management-Auswertungen für die ProjektmanagerInnen, Land und Bund.

Thomas Griessenberger, Mag.; Mitarbeiter im Ärztereferat-Controlling der NÖGKK; Arbeitsschwerpunkte: Planung, Durchführung, Evaluierung von Zielvereinbarungen (Balanced Scorecard); Aufbau eines Management-informationssystems; Gesamtprojektleiter von LEICON (Leistungscontrolling) – Standardprodukt der SV; Gesamtprojektleiter des RPM (Reformpool-Manager) – Controllinginstrument der SV und des NÖGUS.



Stadwerke Klagenfurt Gruppe



Verflücht - die waren schon wieder schneller !



Wir sind überall für Sie da.

Stadwerke Klagenfurt Gruppe
St. Veiter Straße 31 › 9020 Klagenfurt a.W. › T +43 (0) 463-521-0

www.stw.at

Evaluation der Hospiz- und Palliativ-Versorgung

Dr. Brigitte Wagner

Unternehmerin, Sozialwissenschaftliche Studien, Methodik und Statistik

Im Rahmen des Einstiegs in die Thematik des von der Autorin geführten Workshops wurden die TeilnehmerInnen darum gebeten, in anonymer, schriftlicher Form kurz anzugeben, wie Hospiz- und Palliativ-Versorgung ihrer Ansicht nach definiert werden kann. Von zehn Personen lagen entsprechende Antworten vor, durch welche die Palliativ- und Hospizarbeit gut charakterisiert ist. Sie wird als zusätzliches, spezialisiertes Versorgungsangebot beschrieben, welches eine unterstützende und subsidiäre Versorgung schwer oder unheilbar kranker Menschen in der letzten Lebensphase bietet und zu einem Zeitpunkt einsetzen soll, an dem die konventionelle, kurative Medizin nur mehr sehr eingeschränkt zur Krankenbehandlung beitragen kann. Als Aufgaben der Hospiz- und Palliativ-Versorgung sind die Betreuung und Begleitung von PatientInnen und ihren Angehörigen, die Beratung, Planung und Organisation von Therapie und Pflege, der integrierte und ganzheitliche Austausch von Krankenhäusern, FachärztInnen, Krankenkassen, sozialen Hilfsdiensten und mobilen Pflegediensten sowie das Schnittstellen- und Fallmanagement genannt. Wie die TeilnehmerInnen anführten, liegen die Ziele der Hospiz- und Palliativ-Versorgung in einer Stabilisierung des Zustandes und der Linderung von körperlichen und seelischen Beschwerden der PatientInnen, wobei neben medizinisch-pflegerischen auch soziale Komponenten einbezogen werden und sowohl Betreuung als auch Versterben des PatientInnen in dem von ihm gewünschten Umfeld möglich sein sollten. Im Zusammenhang mit den Zielen der Hospiz- und Palliativarbeit wird von zwei TeilnehmerInnen explizit die Erreichung der bestmöglichen Lebensqualität für den PatientInnen angesprochen, die einen zentralen Indikator zur Feststellung der Effektivität palliativer Maßnahmen darstellt, worauf im Anschluss an die Befragung der TeilnehmerInnen näher eingegangen wurde.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität von PalliativpatientInnen ist zum einen abhängig vom Ausmaß, in dem es von medizinischer Seite her gelingt, krankheitsspezifische sowie therapiebedingte Symptome zu kontrollieren, sodass ihre physischen Funktionen weitestgehend intakt bleiben, beziehungsweise wiederhergestellt werden, und es ihnen erlauben, im täglichen Leben ihren gewohnten Aktivitäten nachzugehen. Zum anderen ist auch das Ausmaß an emotionaler, kognitiver und instrumenteller Unterstützung relevant, welches dazu beiträgt, dass die mit der Erkrankung verbundenen Belastungen besser bewältigt werden und das psychische Wohlbefinden zunimmt.

Bisherige eigene Studienergebnisse weisen auf das Erreichen dieser Ziele hin. Es zeigt sich, dass in Bezug auf die Symptomatik der PatientInnen im Schnitt sowohl die Anzahl der Beschwerden als auch deren Schweregrad durch palliative Maßnahmen reduziert und die Lebensqualität grobteils erhöht werden kann. Dies trifft sowohl für die Betreuung durch ein mobiles Palliativteam, als auch jene durch den Palliativkonsiliardienst und die Palliativeinheit/-station zu. Im Hinblick auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität der PatientInnen, die mit dem Profil der Lebensqualität chronisch Kranker von Siegrist, Broer und Junge (1996) erhoben wurde, sind Steigerungen hinsichtlich des Leistungsvermögens, das heißt der körperlichen und geistigen Funktionsfähigkeit der PatientInnen festzustellen, sowie ein Zuwachs ihrer positiven Stimmung, das heißt guter Laune und Ausgeglichenheit bei gleichzeitigem Wegfall negativer Stimmung wie Reizbarkeit oder Niedergeschlagenheit. Auch die Genuss- und Entspannungsfähigkeit, die sich in der Schlafqualität und dem Appetit niederschlägt, ist höher, ebenso wie das Kontaktvermögen. Hinsichtlich des Zugehörigkeitsgefühls hingegen, welches durch die von den PatientInnen erfahrene Nähe, Hilfeleistung und Zuwendung definiert ist, lässt sich im Schnitt keine Veränderung oder lediglich ein geringer Abfall der Lebensqualität feststellen. Dies könnte allerdings darauf zurückzuführen sein, dass sich bei dieser Dimension bei den PatientInnen in von der Autorin durchgeführten Studien eingangs generell die höchste Lebensqualität abzeichnet. Beispiele eigener Studierer-

gebnisse zur Effektivität palliativer Maßnahmen sind im Folgenden dargestellt, wobei die beauftragenden Institutionen auf Grund der vertraglich vereinbarten Verschwiegenheitspflicht nicht namentlich genannt sind.

Beispiele der Effektivität palliativer Maßnahmen		
Mobiles Palliativteam	Palliativkonsiliardienst	Palliativeinheit/-station
Reduktion von durchschnittlich 12 auf 10 Symptome	Reduktion von durchschnittlich 10 auf 8 Symptome	Reduktion von durchschnittlich 10 auf 9 Symptome
Reduktion im Schweregrad bei 9 der 10 häufigsten Symptome (eines blieb unverändert)	Reduktion im Schweregrad bei 8 der 10 häufigsten Symptome (eines blieb unverändert, eines stieg leicht an)	Reduktion im Schweregrad bei 8 der 10 häufigsten Symptome
Steigerung der Lebensqualität in Bezug auf: Leistungsvermögen positive Stimmung Genuss- und Entspannungsfähigkeit Kontaktvermögen (Zugehörigkeitsgefühl fiel geringfügig ab)	Steigerung der Lebensqualität in Bezug auf: Leistungsvermögen positive Stimmung Genuss- und Entspannungsfähigkeit Kontaktvermögen (Zugehörigkeitsgefühl blieb unverändert)	Steigerung der Lebensqualität in Bezug auf: Leistungsvermögen positive Stimmung Genuss- und Entspannungsfähigkeit Kontaktvermögen (Zugehörigkeitsgefühl blieb unverändert)

Abbildung 1: Effektive palliativer Maßnahmen

Im Bereich der stationären Hospize wurde im Rahmen eigener Studien bis dato ein anderer methodischer Zugang gewählt, da PatientInnen hier in der Regel kaum mehr in der Lage sind, über ihr Befinden selbst Auskunft zu geben. Demnach wurden per Telefon standardisierte Interviews mit Angehörigen von im stationären Hospiz verstorbenen PatientInnen durchgeführt, wobei sich die Fragen auf den Zugang und die Vorinformation zum stationären Hospiz, auf den Entscheidungsprozess und die Qualität der Betreuung von PatientInnen und Angehörigen bezogen.

Hinsichtlich des Zugangs zum stationären Hospiz zeigt sich, dass die Angehörigen zu rund 56 Prozent Informationen über das Hospiz vom einweisenden Krankenhaus erhalten, wobei einem Anteil von 95 Prozent die stationäre Hospizbetreuung empfohlen wird. Bei ihrer Entscheidung stehen 31 Prozent der Betroffenen unter Zeitdruck, wobei dies häufig durch die akute Verschlechterung im Zustandsbild der PatientInnen, aber in einigen Fällen auch durch den seitens der zuvor betreuenden Institution (Krankenhaus, Pflegeheim) ausgeübten Druck bedingt ist.

In Bezug auf die Qualität der stationären Hospizbetreuung kann gesagt werden, dass sie – jedenfalls aus Sicht der Angehörigen – außerordentlich hoch eingestuft wird. Jeweils über 90 Prozent der Befragten fühlen sich ausreichend über die Erkrankung der PatientInnen informiert, zeigen sich mit der Behandlung und psychischen Betreuung zufrieden und würden das Hospiz einem schwerkranken Familienmitglied oder Freund weiterempfehlen.

Verbesserungsmöglichkeiten lassen sich jedoch im Hinblick auf die Betreuung der Angehörigen bezüglich ihrer Vorbereitung auf das Sterben der PatientInnen und insbesondere auf die Zeit nach deren Tod erkennen.

Literatur:

Siegrist Johannes, Broer Matthias, Junge Astrid: Profil der Lebensqualität chronisch Kranker - Manual, Göttingen 1996

Wagner Brigitte, Dr.; Unternehmerin, Sozialwissenschaftliche Studien, Methodik und Statistik; Arbeitsschwerpunkte: Auftragsstudien im Bereich des Gesundheitswesens, insbesondere der Evaluation der Hospiz- und Palliativ-Versorgung; Ausgewählte Publikation: Competency and educational needs in palliative care, in: Wiener Klinische Wochenschrift – The Middle-European Journal of Medicine, 119. Jg., Heft 3–4 (2007), S. 112–116

Hospiz und Palliative Care – Haltung und Konzept

Dr. Brigitte Riss

Wahlärztin für Augenheilkunde in Mödling, Vorsitzende des Landesverbandes Hospiz

Hospiz bedeutet Gastfreundschaft für die letzte Reise, das heißt die/der Betroffene ist kein/e KundIn, kein/e PatienIn, sondern Gast. Unter Palliative Care wird eine umfassende Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten verstanden. Ihr Ziel ist es, den PatientInnen eine möglichst gute Lebensqualität bis zum Tod zu ermöglichen. Dabei werden Leiden optimal gelindert und entsprechend den Wünschen der/des PatientIn auch soziale, seelisch-geistige und religiös-spirituelle Aspekte berücksichtigt. Im Mittelpunkt der Bemühungen stehen aber nicht nur die PatientInnen, sondern auch ihre Angehörigen, die in der Zeit des Abschieds und der Trauer bis über den Tod hinaus die Unterstützung bekommen, die sie benötigen.

(WHO Definition: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>)

Qualitativ hoch stehende Palliative Care ist auf professionelle Kenntnisse und Arbeitsweisen angewiesen und erfolgt soweit möglich an dem Ort, den die PatientInnen wünschen. Ihr Schwerpunkt liegt in der Zeit, in der Sterben und Tod absehbar werden, doch oft ist es sinnvoll, Palliative Care vorausschauend und frühzeitig, bereits parallel zu kurativen Maßnahmen einzusetzen. In der Medizin stellen sich Fragen von Palliative Care in allen Bereichen. Kurative Behandlungen und Palliative Care greifen oft in einander und bilden ein Ganzes. Ausschlaggebend ist die Änderung in der Haltung der PatientInnen sowie der Behandelnden beim Festlegen des Therapiezieles.

In den Zielsetzungen der kurativen Versorgung liegt der Schwerpunkt auf Heilung und Lebenserhaltung, zumindest aber auf der Lebensverlängerung. Dabei werden Einbußen der Lebensqualität einkalkuliert und akzeptiert. Die palliativen Zielsetzungen aber sind auf Lebensqualität zentriert. Ein wesentliches Ziel ist auch die Verhinderung des frühen psychischen und sozialen Todes. Das

palliative Betreuungsumfeld ist geprägt vom Patientenleadership. Es besteht aus einem Team von SpezialistInnen, Angehörigen und Ehrenamtlichen.

Der technische, diagnostische und therapeutische Einsatz im kurativen Bereich ist sehr hoch. Durch das medizinisch-technisch Machbare ist auch der medizinisch-kurative Ehrgeiz sehr hoch und der Tod wird oft als unerwünschtes Phänomen betrachtet. Im palliativen Bereich steht bezüglich technischem, diagnostischem und therapeutischem Einsatz das medizinisch-ethisch Vertretbare im Vordergrund. Es gibt kein diagnostisches und therapeutisches Verfahren ohne Nutzen für die PatientInnen. Es geht nicht um die Frage „behandeln oder nicht behandeln“ sondern „welche ist die angemessene Behandlung für diese/n PatientIn?“

Hospiz und Palliative Care Versorgung wurde in die 15a-Vereinbarungs-Verhandlungen aufgenommen, der Gedanke findet sich auch im Regierungsprogramm. Das ÖBIG entwickelte im Rahmen einer Arbeitsgruppe im November 2004 unter Mitarbeit des Dachverbandes Hospiz Österreich ein *Konzept zur abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung*, das nachstehend graphisch dargestellt werden soll.

Abgestufte Hospiz und Palliativversorgung in Österreich (Nemeth, 2004)

	Einfache Situationen	Komplexe Situationen, schwierige Fragestellungen		
	Grundversorgung	Unterstützende Angebote		Betreuende Angebote
Akutbereich	Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativ-konsiliardienste	Palliativ-stationen
Langzeitbereich	Alten- und Pflegeheime		Mobile Palliativteams	Stationäre Hospize
Familienbereich, Zuhause	Niedergel. (Fach-)Ärzeschaft, Mobile Dienste, Therapeuten			Tageshospize

Die *Bausteine* der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung zur Unterstützung in komplexen Betreuungssituationen sind im mobilen Bereich das Hospizteam sowie das Mobile Palliativteam und im stationären Bereich der Palliativkonsiliardienst, die Palliativstation, das stationäre Hospiz und das Tageshospiz. Diese Angebote unterstützen in der Grundversorgung bei komplexen Situationen oder in schwierigen Fragestellungen HausärInnen und die sozialmedizinischen Dienste.

Für alle Versorgungsstrukturen gilt: die Zielgruppe der Hospiz- und Palliativversorgung sind laut WHO-Definition Menschen mit unheilbarer, progredienter Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung, mit starken Schmerzen, psychischen Beschwerden und/oder anderen die Lebensqualität beeinträchtigenden Symptomen (PalliativpatientInnen) und ihre Angehörigen.

Die *Inhalte und Grundsätze* der Hospiz- und Palliativversorgung, die all diesen genannten Diensten und Strukturen zugrund liegen sind:

- Das Ziel der Behandlung und Betreuung ist die Erhaltung beziehungsweise Verbesserung der Lebensqualität der PatientInnen und ihrer Angehörigen.
- In einem ganzheitlichen Betreuungsansatz werden die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse gleichermaßen berücksichtigt.
- Die Bedürfnisse der PatientInnen stehen im Mittelpunkt. In der Betreuung und Behandlung kommt der individuellen Zuwendung ein hoher Stellenwert zu.
- Die Angehörigen werden in die Betreuung miteinbezogen.
- Ein Sterben in vertrauter Umgebung soll ermöglicht werden.
- Bei der Behandlung der Grunderkrankung wird kein kurativer Ansatz mehr verfolgt.
- Die Entscheidung über Therapien und Maßnahmen erfolgt unter Abwägen von Nutzen und Belastung im Hinblick auf die Lebensqualität der Betroffenen und in einem gemeinsamen informierten Entscheidungsfindungsprozess.

zess unter Einbeziehung von PatientIn, Angehörigen und Team (shared decision making).

- Die Behandlung und Betreuung erfolgt durch ein multiprofessionell zusammengesetztes Team, das zumindest aus ÄrztInnen, Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, SozialarbeiterInnen, SeelsorgerInnen besteht. Ehrenamtliche MitarbeiterInnen werden in die Betreuungstätigkeit mit einbezogen.
- Vorausschauende Planung (advanced care planing) ist wesentlich.
- Es wird besonders auf die Sicherstellung des Selbstbestimmungsrechtes des Palliativpatienten Bedacht genommen (zum Beispiel durch PatientInnenverfügung, et cetera).
- Die Tätigkeit der Hospiz- und Palliativbetreuung endet nicht mit dem Tod der/s PalliativpatientIn. Sie inkludiert bei Bedarf Hilfestellungen und/oder Trauerbegleitung der Angehörigen.
- Bewusstseinsbildung und Öffentlichkeitsarbeit stellen einen wesentlichen Bestandteil der Tätigkeit dar.
- Mitarbeit bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung von in der Grundversorgung tätigen Berufsgruppen gehört zu den Aufgaben der speziell qualifizierten Fachkräfte.

Nachfolgend soll ein kurzer Überblick über die Hospiz und Palliative Care leistenden Gruppen gegeben werden:

Ein *Hospizteam (HT)* besteht aus qualifizierten ehrenamtlichen HospizbegleiterInnen und mindestens einer hauptamtlichen koordinierenden Fachkraft. Das mobile Hospizteam versteht sich als Teil eines umfassenden Betreuungsnetzwerkes und arbeitet eng mit anderen Fachdiensten in der palliativen Versorgung zusammen. Es bietet Beratung, psychosoziale Begleitung, „Dasein“, Handreichungen, Gespräche mit Betroffenen und Interessierten, und Trauerbegleitung. Zielsetzung ist, die emotionale Entlastung der Betroffenen zu erreichen, die Übergänge stationär - mobil flüssiger zu gestalten und die Kontinu-

ität in der Betreuung zu ermöglichen. Das Hospizteam kann in allen Versorgungskontexten – zu Hause, im Heim, im Krankenhaus – tätig sein.

Das **mobile Palliativteam (MPT)** ist ein multiprofessionell zusammengesetztes Team, das PatientInnen, Angehörige und ÄrztInnen sowie Pflegepersonen in schwierigen Betreuungssituationen unterstützt und begleitet. In Absprache mit den Betreuenden erfolgt auch eine gezielte Einbindung in die Betreuung. Diese Einbindung ist von dem Zeitpunkt der Diagnosestellung an möglich. Das MPT unterstützt bei den Übergängen zwischen Krankenhaus und häuslicher Versorgung (Brückenfunktion) und baut ein Netzwerk durch die enge Kooperation mit allen BetreuerInnen im Umfeld auf: mit HausärztInnen, Pflege- und Sozialeinrichtungen, mobilen Hospizdiensten, aber auch den Palliativstationen und Hospizen. Schulungen, vor allem Bedside-Teaching, sind wichtige Aufgaben des Teams. Ziel ist, ein Verbleiben der PatientInnen zu Hause oder im Pflegeheim zu ermöglichen, beziehungsweise eine Aufnahme von PatientInnen in ein Akutkrankenhaus zu vermeiden, sowie eine Entlassung von PatientInnen aus der Akutabteilung im Krankenhaus zu ermöglichen. Das mobile Palliativteam wird auf Anfrage/Anforderung tätig und kann je nach örtlichen Gegebenheiten auch als Konsiliarteam im Krankenhaus, in Heimen und in Tageshospizen beratend tätig sein.

Der **Palliativkonsiliardienst (PKD)** ist ein multiprofessionelles Team im Krankenhaus und wendet sich in erster Linie an die betreuenden ÄrztInnen und Pflegepersonen auf den Stationen und in den Ambulanzen, erst in zweiter Linie an die PatientInnen und deren Angehörige. Es ist beratend tätig und bietet seine Erfahrung in der Schmerztherapie, Symptomkontrolle, der ganzheitlichen Pflege und psychosozialen Begleitung an. Der PKD kann auch bereits zum Aufklärungsgespräch beigezogen werden und spielt eine wichtige Rolle beim Entlassungsmanagement. Ziel ist, eine Entlassung von PatientInnen aus der Akutabteilung im Krankenhaus oder ein Verbleiben der PatientInnen zu Hause oder im Pflegeheim zu ermöglichen, oder aber eine Übernahme von PatientInnen,

auf eine Palliativstation gezielt vorzubereiten. Auch der PKD wird auf Anfrage oder Anforderung tätig, je nach örtlichen Gegebenheiten kann er jedoch auch Aufgaben des mobilen Palliativteams übernehmen und als Supportteam für den ambulanten Bereich tätig werden.

Die **Palliativstation** ist eine eigenständige Station innerhalb von beziehungsweise im Verbund mit einem Akutkrankenhaus, die auf die Versorgung von PalliativpatientInnen spezialisiert ist. Ein multiprofessionell zusammengesetztes Team kümmert sich in einem ganzheitlichen Ansatz um die PatientInnen und deren Angehörige. Eine Palliativstation ist bezüglich der Aufnahme, der Behandlung und der Entlassung von PatientInnen autonom. Ziel ist die bestmögliche Linderung der oft vielfältigen Symptome. Nach Besserung oder Stabilisierung wird eine Entlassung der PatientInnen nach Hause oder in eine andere adäquate Einrichtung angestrebt.

In einem **Tageshospiz** werden vor allem PatientInnen, die noch zu Hause leben können, und ihre Angehörigen palliativmedizinisch, pflegerisch und psychosozial beraten und tageweise betreut. Es versteht sich als Ergänzung zum ambulanten Hospizdienst. Der Aufenthalt in einem Tageshospiz kann aber auch als eigenständiges Angebot von allen PalliativpatientInnen in Anspruch genommen werden. Angeboten werden eine stundenweise professionelle medizinische Behandlung und Beratung (Schmerztherapie, -beratung und Symptomkontrolle), pflegerische Angebote, eine Beratung der Angehörigen, seelsorgerische Betreuung sowie kreative und therapeutische Tätigkeit in der Gruppe. Die ärztliche Versorgung erfolgt entweder durch die Einrichtung, an die das Tageshospiz angeschlossen ist, durch qualifizierte HausärztInnen oder durch ein mobiles Palliativteam. Durch dieses Angebot wird eine Erweiterung des Lebensumfeldes zur Verhinderung sozialer Isolation sowie die Unterstützung der Eigenständigkeit der PatientInnen erreicht. Die Gemeinschaft in einer Gruppe gleichermaßen Betroffener fördert Gespräche und den Austausch, womit nicht unbedingt notwendige Krankenhausaufenthalte vermieden werden können.

Das *stationäre Hospiz* ist eine Einrichtung mit einer eigenen Organisationsstruktur, die einer stationären Pflegeeinrichtung zugeordnet sein kann. Es werden PalliativpatientInnen in der letzten Lebensphase betreut, bei denen eine Behandlung im Akutkrankenhaus nicht erforderlich und eine Betreuung zu Hause oder in einem Pflegeheim nicht mehr möglich ist. Ein multiprofessionell zusammengesetztes Team kümmert sich in einem ganzheitlichen Ansatz um die PatientInnen und deren Angehörige. Ein stationäres Hospiz ist bezüglich der Aufnahme, der Behandlung und der Entlassung von Patienten autonom. Es werden Überwachung der Schmerztherapie, Symptomkontrolle, palliativpflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung angeboten. Ziel ist die Erreichung einer bestmöglichen Lebensqualität der Betroffenen bis zum Tod. Die Angehörigen werden über den Tod hinaus in ihrer Trauer begleitet.

Mit der Umsetzung eines Konzeptes zu einer flächendeckenden Versorgung wurde in einzelnen Bundesländern bereits begonnen. So wurde in Niederösterreich am 3. März 2005 von Ständigen Ausschuss des NÖGUS die Umsetzung des Integrierten Hospiz- und Palliativ Versorgungskonzeptes (Download: <http://cms.noegus.at/images/bericht-beschlossen-03-03-05.pdf>) für NÖ beschlossen. Über den Reformpool werden Palliativstationen, PKDs und MPTs, wenn sie an Akutspitäler angeschlossen sind, finanziert. Die MPTs an Heimen werden über Strukturmittel finanziert, stationäre Hospize und MHTs sind in der Finanzhoheit des Landes (Sozialtopf). Eine flächendeckende Versorgung nach den Strukturqualitätskriterien (Integriertes Hospiz und Palliativ Versorgungskonzept für NÖ) soll bis 2012 erreicht werden. Im Moment stellt sich folgende Situation dar: die Personalberechnungen wurden so knapp bemessen, dass eine Flächendeckung unter Erfüllung der Strukturqualitätskriterien (zum Beispiel 24-Stunden-Erreichbarkeit) nicht gegeben ist. Vor allem im Bereich der mobilen palliativen Versorgung wird nach der ersten Evaluierung eine „Nachbesserung“ erforderlich sein.

Besonders zu erwähnen ist, dass Palliative Care auch Missverständnissen, überhöhten Erwartungen und Gefahren ausgesetzt ist. Zu den Missverständ-

nissen gehört zum Beispiel dass alle belastenden Symptome immer ausreichend gelindert werden können, dass Palliative Care gleich „Sterbebegleitung“ ist und dass Palliative Care gleichbedeutend mit dem Verzicht auf kurative Behandlungsansätze ist. Zu den überhöhten Erwartungen an Palliative Care gehört, dass der Wunsch nach assistiertem Suizid oder aktiver Sterbehilfe ganz zurücktritt und der Tod so beeinflusst werden kann, dass es immer zu einem friedlichen Sterben kommt. Zu den Gefahren gehört, dass Palliative Care auf das Verschreiben von Opiaten beschränkt, ausschließlich an Spezialisten delegiert, oder auch zum Ersatz von sinnvollen kurativen Optionen wird. Palliative Care darf nicht aufgrund ökonomischer Überlegungen zur Vorenthaltung von medizinisch indizierten Maßnahmen eingesetzt werden.

Brigitte Riss, Dr.; Wahlärztin mit kleinen Kassen für Augenheilkunde in Mödling, Vorsitzende des Landesverbandes Hospiz; Arbeitsschwerpunkt: Umsetzung des „Integrierten Hospiz und Palliativversorgungskonzept für NÖ“.



STARMANN
SONNENSCHUTZTECHNIK - METALLBAU

Starmann Metallbau GmbH
9020 Klagenfurt, Josef-Sablatnig-Str. 310
Tel. 0463-420480, Fax 0463-482271
office@starmann-metallbau.at
<http://www.starmann-metallbau.at>

Kärntner Gebietskrankenkasse

Im Zeichen der Solidarität...

Unser Gesundheitssystem ist auf dem Prinzip der Solidarität aufgebaut.

Diese Solidarität garantiert

- Hochwertige medizinische Leistungen für über 418.000 Kärntner Versicherte – darunter 117.000 beitragsfrei mitversicherte Angehörige
- Flächendeckende Betreuung durch 635 GKK Vertragsärzte und -ärztinnen sowie 650 Wahlärzte und -ärztinnen

Gesundheit braucht Solidarität.

Sie darf keine Frage des Einkommens oder der sozialen Zugehörigkeit sein.



gesundes
kärnten

www.kgkk.at



Integrierte Versorgung – Stand, Entwicklungen und Projekte in Deutschland

Dr. Marcus Redaelli

Arzt und Wissenschaftler an der Universität Witten/Herdecke

1. Ausgangssituation

Das deutsche Gesundheitswesen und mit ihm die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erlebt derzeit die größten Reformen seit der Einführung der Sozialversicherungen durch den damaligen Reichskanzler Otto von Bismarck im Jahr 1883. Nie zuvor sind in so kurzer Zeit so viele Reformprojekte angegangen worden. Diese sind Antworten auf Defizite in einem gewachsenen Gesundheitssystem, das über Jahrzehnte hinweg weder auf Effektivität weniger auf Effizienz überprüft wurde. Auf Defizite hat unter anderem der Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen (SVR) in mehreren Gutachten zwischen 1996 und 2001 hingewiesen. Identifiziert wurden vor allem nachfolgende Mängel:

- Monopolbildung/Überkapazitäten/Konkurrenzverhalten
- Mangel an interdisziplinärer und sektorenübergreifender Zusammenarbeit
- Intransparenz
- Sektorentrennung
- Mangel an evidenzbasierter Medizin
- Unvollständigkeit an Information und Partizipation der PatientInnen

Ausführlich geht der SVR auf diese Defizite im Gutachten 2000/2001 ein. Darüber hinaus wird auch die Versorgung der chronisch Kranken thematisiert. Als Empfehlung spricht sich der SVR für die Einführung von interdisziplinären, sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten aus. In der Folge wurden Disease Management Programme entwickelt und bundesweit umgesetzt.

2. Rechtliche Grundlagen der Integrierten Versorgung

Formen einer interdisziplinären und sektorenübergreifenden Versorgung bestanden bereits seit 1997 durch die Einbringung der §§ 69 ff. (Modellversu-

che) und § 73 a (Strukturverträge) in das Sozialgesetzbuch V (SGB V). Allerdings erreichten sie niemals den Grad einer flächendeckenden Versorgung und blieben stets modellhaft. Mit der Gesundheitsreform 2000 (GKV-Reformgesetz) ist mit dem §140 a - h die Grundlage für die heutige Form der Integrierten Versorgung (IV) gelegt worden. Der erste Anlauf führte jedoch nicht zu dem erhofften Durchbruch der gewünschten Versorgungsform, da bestimmte Formulierungen im §140 SGB V Rechtsunsicherheiten hinterließen.

Die nachfolgende Reform, das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) im Jahr 2004, schaffte klare Verhältnisse im Vertragswesen zwischen möglichen Leistungserbringer untereinander. Das überarbeitete Gesetz, nun § 140 a-d, ermöglicht seitdem, dass die Krankenkassen direkt, also auch ohne die bisherige Beteiligung der im ambulanten Sektor eingebundenen Kassenärztlichen Vereinigung (KV), mit einzelnen Vertragsärzten, Krankenhäusern, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Rehabilitationskliniken Verträge schließen können.

3. Voraussetzungen für die Leistungserbringung

Die Vorgaben im § 140 a-d haben dazu geführt, dass sich in der Praxis zwei große Formen der Integrierten Versorgung etabliert haben:

- **Netzwerke:** Diese als klassische Form der Integrierten Versorgung geltenden Verbünde bestehen aus einer Vielzahl von Leistungsanbietern. Meistens ist dies eine größere Anzahl von Vertragsärzten unterschiedlicher Fachrichtungen und gegebenenfalls einem Krankenhaus. Dieses Netzwerk hat sich zum Ziel gesetzt, eine Region medizinischen zu versorgen und dabei resultierende Integrationsvorteile zu nutzen (beispielsweise im Überweisungsverhalten). Organisatorisch wird das Netzwerk dabei durch eine eigene Gesellschaft repräsentiert, die als Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) oder Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) gegründet werden.

- **Komplexpauschalen:** Komplexpauschalen bilden die Behandlung für eine spezifische Erkrankung ab. Die Pauschale umfasst neben der akutstationären Behandlung auch andere Leistungen, wie Nachsorge oder Rehabilitation. Dies unterscheidet sie von Diagnosis-Related Groups (DRGs). Die Ausrichtung ist im Gegensatz zu den Netzwerken daher nicht regional, sondern primär auf ein Krankheitsbild ausgerichtet.

Die durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz erfolgte Ausdehnung des Begriffs der Integrierten Versorgung ermöglicht eine nahezu unbegrenzte Ausdehnung der Versorgungsform, sofern ein Vertragspartner auf Krankenkassen-seite gefunden wird.

4. Vergütungssystematik und Anreize

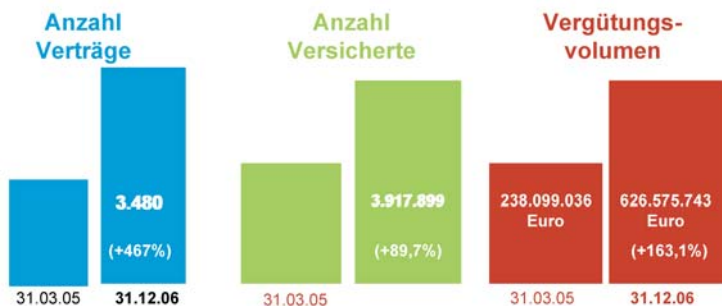
Die Vergütung innerhalb der IV kann in den Verträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen flexibel gestaltet werden. Möglich sind demnach neben Fallpauschalen oder Einzelleistungsvereinbarungen auch Kopfpauschalen. Die Anschubfinanzierung für die IV erfolgt über die Kürzung der Rechnungen außerhalb der IV um bis zu 1 % und die Ansparung der Mittel in einem Fonds je Region und Krankenkasse. Den Abzug von 1 % erbringen die Krankenhäuser und Vertragsärzte gleichermaßen, andere Leistungserbringer jedoch nicht, gleichwohl sie von den Verträgen zur IV profitieren können. Die Ansparung gilt für die Jahre 2004 bis 2006, also drei Jahre.

Je nach Morbiditätsstruktur der eingeschriebenen Versicherten in einem Projekt der IV stellen die Krankenkassen ein Budget aus dem angesparten Fonds bereit. Die Kürzung der Rechnungen ergibt sich aus der Höhe der in der IV abgeschlossenen Vertragssummen. Für die Krankenhäuser stellt die IV ein zusätzliches beziehungsweise erweitertes Geschäftsfeld dar, weil keine zusätzlichen Bereinigungen der Budgets durchgeführt werden – denn die in dem IV-Vertrag vereinbarten Fallzahlen unterliegen nicht den am Ende des Jahres stattfindenden Ausgleichberechnungen. Diese Ausgleichsberechnungen kön-

nen dazu führen, dass das Krankenhaus bei zu hohen erbrachten Fallzahlen erhebliche Anteile der Erlöse an die Krankenkassen zurückzahlen muss.

5. Verbreitung der Integrierten Versorgung

Die geschaffene Rechtssicherheit und die lukrative Anschubfinanzierung haben zu einem deutlichen Anstieg der IV-Verträge innerhalb der GKV geführt. Schon jetzt ist die Dynamik der Entwicklung sichtbar, über 2000 weitere Anträge liegen der GKV darüber hinaus bereits vor. In Abbildung 1 ist die Entwicklung der Vertragsabschlüsse, Anzahl der Versicherten innerhalb der Verträge und das Vergütungsvolumen zwischen dem I. Quartal 2005 und dem IV. Quartal 2006 abzulesen.



Erläuterungen zur Auswertung:

Verträge, die für mehrere KV-Regionen gelten, werden in jeder Region separat gezählt. Alle gemeldeten Verträge wurden einfach je Krankenkasse gezählt.

Abbildung 1: Entwicklung der Anzahl der Verträge, Anzahl der Versicherten und des Vergütungsvolumen von 31. 3. 2005 – 31. 12. 2006

Die Zahl der Verträge ist um 467 %, die der Versicherten um 89,7 % und das Vergütungsvolumen um 163,1 % innerhalb von 21 Monaten gestiegen – die gestellten, aber noch nicht abgeschlossenen Verträge nicht eingerechnet. Betrachtet man diese Entwicklung und die Ausarbeitung weiterer DMPs, stellt sich die Frage, ob es in naher Zukunft noch eine Regelversorgung geben wird.

6. Umsetzung von Integrierter Versorgung an Beispielen

6.1 PROSPER – Gesund im Verbund

Bereits 1999 wurde in Bottrop das erste Projekt (prosper-Bottrop) im Sinne der IV durch die Knappschaftskrankenkasse ins Leben gerufen. Man ging mit 74 Knappschaftsärzten, dem Knappschaftskrankenhaus Bottrop und circa 20.000 Knappschaftsversicherten im Verbund an den Start. In dieser Konstellation konnte im Zeitraum III. Quartal 1999 bis III. Quartal 2004 9,9 % (circa 11,5 Millionen Euro) günstiger gewirtschaftet werden als mit der Gruppe, die nicht im Verbund eingeschrieben war. (www.bks.de)

Inzwischen wurden auch in den Städten/Regionen Saar (prosper-Saar, 2001) Recklinghausen (proGesund, 2002), und Gelsenkirchen/Gladbeck (prosper Gelsenkirchen/Gladbeck, 2006) Gesundheitsnetze gegründet. Der Vorteil der Knappschaftskrankenkasse gegenüber anderen Kassen liegt in der gewachsenen Struktur von eigenen Krankenhäusern (Akut- und Rehabilitationskliniken), Knappschaftsärzten und einem eigenen sozialmedizinischen Dienst. Ein weiterer zentraler Vorteil der Knappschaft ist die enge Verzahnung zwischen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung. Es besteht also ein soziales Netz, in dem der Patient rundum versorgt ist. Andere Krankenkassen aus der GKV können diese Strukturen ähnlich aufbauen. Somit kann „PROSPER – Gesund im Verbund“ als Vorbild dienen. Die Bundesknappschaft beschreibt auf ihrer Internetseite das Wesen der PROSPER-Struktur:

„Die medizinische Versorgung der Netzpatienten hat eine hohe Qualität. Niedergelassene Netzärzte und das Knappschaftskrankenhaus arbeiten eng zusammen, ambulanter und stationärer Bereich sind miteinander verzahnt.

So werden dem Patienten belastende, zeitraubende und mitunter auch risikobehaftete Doppeluntersuchungen erspart, die Aufenthalte im Krankenhaus sind kürzer oder bisweilen sogar vermeidbar. Jeder Patient erhält ein persönliches Gesundheitsbuch. Den behandelnden Ärzten steht – sofern der Versicherte einwilligt – die elektronische Patientenakte zur Verfügung. Informationsfluss und

Transparenz sind gewährleistet und kommen dem Patienten zugute. Da die an prosper teilnehmenden Ärzte und das eingebundene Knappschafts-Krankenhaus ein engmaschiges Netz bilden, muss der Netz-Versicherte nur kurze Wege im Verbund bewältigen. Das spart Zeit bei der Absprache und Wahrnehmung von Terminen.“ (www.kbs.de)

6.2 Das gesunde Kinzigtal

Während „PROSPER – Gesund im Verbund“ einen kollektiven Ansatz nutzt, das heißt dass es sich hier um Versicherte aus einem Industriezweig (Bergbau) handelt, ist „Das gesunde Kinzigtal“ ein populationsbezogener Ansatz. Dies bedeutet dass alle Versicherten, ungeachtet ihres Berufes oder ihrer Versicherung, aus dieser Region stammen. Damit ist dieser Ansatz präventiver bzw. kurativer Natur. Von der ökonomischen Seite aus handelt es sich bei PROSPER um einen umgewandelten Strukturvertrag, während es sich bei „Das gesunde Kinzigtal“ um eine eigenständige Budgetverantwortung durch eine Managementgesellschaft handelt, die Verträge mit den unterschiedlichen Leistungsanbietern schließt und auf die Effektivität und Effizienz der Leistungen achtet.

Im Rahmen des Managementkonzeptes finden unter anderem Shared Decision Making, Predictive Modelling, strukturiertes auf den Patienten abgestimmtes Krankheitsmanagement, Impfprogramme und Präventionsangebote, Schulungsprogramme, Fallkonferenzen, elektronische Patientenakte, telefonisches Case Management mehr Anwendung. Ziel dieses Projektes ist, neben dem verbesserten Gesundheitszustand der Versicherten in der Region, auch eine Kosteneinsparung von 20 % zu erreichen. Um diese Einsparung aber nicht durch Rationierung zu erzielen, werden die Ärzte am Gewinn beteiligt, in der Erwartung, dass die Versicherten gesünder sind als vor dem Projekt und somit weniger Leistungen in Anspruch nehmen. Der Fokus liegt in diesem Versorgungskonzept also in dem Präventionsansatz.

6.3 Centrum für Integrierte Onkologie

Das Centrum für Integrierte Onkologie (CIO) ist 2005 ins Leben gerufen worden. Auslöser seiner Gründung waren die, trotz aller medizinischer Fortschritte, unbefriedigenden Ergebnisse in der Versorgung von KrebspatientInnen. Zudem war schon im Gutachten des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen darauf hingewiesen worden, dass in Deutschland in der Krebsbekämpfung eine ungenügende Verzahnung der beteiligten Leistungsanbieter existierte (SVR, 2000/2001). Das CIO umfasst klinische Versorgung, Innovation durch Forschung und Netzwerk von externen Partnern. Nach dem Vorbild der amerikanischen Comprehensive Cancer Center wurden hier Strukturen für die verbesserte Versorgung von Krebskranken geschaffen. Vor allem die strukturelle Verzahnung von diagnostischen und therapeutischen Einheiten innerhalb der Versorgungskette hat zu einer Verbesserung im Behandlungsprozess geführt. Als Ziel ist eine hochwertige Versorgung von Tumorpatienten mit aktiver Einbeziehung niedergelassener ÄrztInnen zum Aufbau sektorenübergreifender Strukturen mit entsprechender ökonomischer Abbildung mittels Komplexpauschalen definiert. Zur Erreichung dieses Ziels werden Standard Operating Procedures (SOP) eingesetzt, die sich aus evidenzbasierten Leitlinien ableiten. Gekoppelt wird dieses Instrument mit dem Krankenhausinformationssystem zur Qualitätssicherung. Darüber hinaus finden weitere Instrumente der Struktur-, Prozess- und Ergebnisoptimierung Anwendung.

7. Übersicht zu den genannten Projekten

Neben diesen drei genannten Projekten mit ihren unterschiedlichen Ansätzen und Strukturen gibt es noch einen bisher nicht näher beleuchteten IV-Vertrag, der sich aber nicht sonderlich vom umgewandelten Strukturvertrag (§ 73 SGB V) abgrenzt. Dieser, auch als Case Management Vertrag bezeichnet, beinhaltet meist kleine und sehr spezielle Kollektive. Diese Vertragsform nimmt in der flächendeckenden Versorgung eine untergeordnete Rolle ein und soll daher

an dieser Stelle nicht gesondert dargestellt werden. In der nachstehenden Tabelle werden abschließend noch einmal die wichtigsten Merkmale der dargestellten IV-Verträge zusammengefasst.

Projekt-Name	Ansatz/Ziel	Hauptorganisator	Vertragspartner	IV-Vertrag
Das gesunde Kinzigtal	populations-bezogen/präventiv bzw. kurativ	Management-gesellschaft	AOK + LKK Baden Württemberg	Budget-verantwortung
Centrum für Integrierte Onkologie	krankheits-bezogen/kurativ bzw. palliativ	Universitätsklinik	Verschiedene Krankenkassen	Komplex-pauschalen
PROSPER	kollektiv-bezogen/kurativ bzw. remittiv	Knappschaft	Knappschafts-krankenkasse	Fallpauschalen

Tabelle 1: Zusammenfassung der wichtigsten Aspekte der vorgestellten IV-Projekte

Die Evaluation dieser Projekte wird zeigen, welche Form am erfolgreichsten ist. Aufgrund der gesetzlichen Möglichkeiten ist auch vorstellbar, dass sich noch weitere Strukturen entwickeln werden, die derzeit noch nicht existieren. Mit der Einführung der IV hat das Zeitalter der Struktur Kreativität im Gesundheitswesen begonnen.

8. Fazit

Nach der Einbringung des §140 a-d in das SGB V ist eine neue Form der Versorgung entstanden. Nun stehen im deutschen Gesundheitswesen neben der Regelversorgung die Integrierte Versorgung (IV) und die Disease Management Programmen (DMP) als flächendeckende Versorgungsformen zur Verfügung. Letztere können bzw. werden als Grundlage integrierter Versorgungsstruktu-

ren genutzt. Somit ist kein Verdrängungswettbewerb entstanden, sondern vielmehr eine Symbiose zwischen Prozess und Struktur, welche sich aus beiden anteilig ergibt. Ob jedoch die Regelversorgung bei der Vielzahl an DMPs und IV-Verträgen in der derzeitigen Form noch Bestand haben kann, ist fraglich. Vielmehr scheint es, dass die unspezifische, allgemeine Regelversorgung immer mehr durch die spezifischen, individualisierten Versorgungsformen abgelöst wird. Diese Vermutung erhärtet sich besonders vor dem Hintergrund, dass DMP und IV im Vergleich zur Regelversorgung Verbesserungen in der Struktur, Prozess- und Ergebnisqualität belegen.

Weiterführende und zitierte Literatur beziehungsweise Links:

1. Centrum für Integrierte Onkologie, 2005. www.cio-koeln.de [Abruf: 28.09.07]
2. Das gesunde Kinzigtal, 2006. www.gesundes-kinzigtal.de [Abruf: 11.09.07]
3. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (DKG). Das Krankenhaus als Anbieter von Leistungen in der integrierten Versorgung nach § 140 a bis h SGB V. 2. Auflage Düsseldorf. Deutsche Krankenhaus-Verlagsgesellschaft mbH, 2002.
4. Hensgen D. Integrierte medizinische Versorgung – Grundlegender Paradigmenwechsel. Clin Res Cardiol 2006 (95) Suppl 2:II 8-10.
5. Hildebrandt P. Integrierte Versorgung – Stand der Dinge. KU Sonderheft, Integrierte Versorgung 9, S. 4–11, 2004.
6. Pfeiffer P, Paschke H. MVZ oder Integrierte Versorgung: Alternative Modelle im Vergleich. f&w 2004; 21(6):590-4.
7. Plassmann W. Sektorenübergreifende Leistungskomplexe – Erste Erfahrungen mit der integrierten Versorgung nach §§ 140 a bis f. In Tophoven C, Lieschke L (Hrsg.): Integrierte Versorgung. Deutscher Ärzteverlag, Köln 2001.
8. PROPSEER – Gesund im Verbund, 2002. www.kbs.de [Abruf: 18.10.07].
9. Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen. Bd. III.3: Ausgewählte Erkrankungen: Rückenleiden, Krebserkrankungen und depressive Störungen. Gutachten Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. III Über-, Unter- und Fehlversorgung. 2000/2001. <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht01/Kurz-f-de.pdf> [Abruf: 22.10.07].
10. Schröder A. Integrierte Versorgung, mehr Wunsch als Realität? Urologe A 2004(5):620-2.
11. Stock S, Redaelli M, Lauterbach KW. Disease Management als Grundlage integrierter Versorgungsstrukturen. Kohlhammer Verlag Stuttgart, 2005.

Marcus Redaelli, Dr.; Arzt und Wissenschaftler an der Universität Witten/Herdecke; Forschungsschwerpunkte: Erstellung, Implementierung und Disseminierung evidenzbasierter Leitlinien in Experten-, Laien- und Anwenderformen, Disease Management, Integrierte Versorgung, Telemedizin sowie Evidenzbasierte Medizin und evidence-based Health Policy; Ausgewählte Publikationen: Stock S, Redaelli M, Lauterbach KW (Hrsg.) *Disease Management als Grundlage integrierter Versorgungsstrukturen*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2005; Stock S, Redaelli M, Lauterbach KW. *Disease management and health care reforms in Germany-Does more competition lead to less solidarity?* *Health Policy* 2006 in press; Stock S, Redaelli M, Lauterbach KW. *Population-Based Disease Management in the German Statutory Health Insurance. Disease Management and Health Outcomes* 2006; 14 (1): 5-12; Plamper E, Redaelli M, Stock S, Lauterbach KW: *Qualitätsindikatoren*. In: Haisch J, Hurrelmann K, Klotz T (Hrsg.): *Medizinische Prävention und Gesundheitsförderung*. Huber Verlag, Bern, 2006, 255-261.

**„Lassen Sie Ihren optimalen
Versicherungsschutz
unsere Sorge sein.“**

IHRE SORGEN MÖCHTEN WIR HABEN

Landesdirektion Kärnten/Osttirol
Sternneckstraße 19, 9020 Klagenfurt
Telefon: 050 350 - 44203

WIENER
STÄDTISCHE
VIENNA INSURANCE GROUP



Integrierte Versorgung – ein Weg zu patientenorientierten Versorgungsprozessen

Mag. Michel Haas, Dr. Hans Glatz

1. Herausforderungen – warum Integrierte Versorgung

Das Gesundheitswesen in Österreich (und den meisten EU-Ländern) hat sich in den letzten Jahrzehnten idealtypisch in folgenden Phasen entwickelt:

- *Wachstumsphase* (bis in die 80er Jahre); Ausweitung der Angebote und ebensolche Ausweitung der finanziellen Ressourcen.
- *Planungs- und Beherrschungsphase* (ab den 80er Jahren); das komplexer werdende System erforderte planerische und wirtschaftliche Steuerungsinstrumente.
- Phase der *Qualitätsorientierung* (ab den 90er Jahren); trotz Wachstum und Steuerung drohte die/der NutzerIn/PatientIn auf der Strecke zu bleiben. Prozessorientierung zur Qualitätssteigerung gewann an Aufmerksamkeit.

In jeder Phase tritt ein Aspekt besonders in den Vordergrund, die anderen sind ebenfalls wirksam, jedoch nicht dominant. Das Gesundheitswesen war und ist erfolgreich, aber gerade der Erfolg produziert die gegenwärtige Systemkrise: Ein gewaltiger Apparat ist entstanden, der aber hoch fragmentiert ist und zu träge erscheint, um die künftigen Anforderungen zu bewältigen. Eine neue Entwicklungsphase im Gesundheitswesen steht an – die

- *Systemintegration*; das Angebot an Menge und Vielfalt ist kaum noch steigerbar, der Ressourceneinsatz ist beträchtlich, der Bedarf ist differenziert und steigend. Den Engpass stellen die dynamische Vernetzung, Weiterentwicklung und Fokussierung des Systems dar.

In der untenstehenden Grafik fassen werden diese vier Entwicklungsphasen zusammengefasst. Ein neuer Zugang zur Veränderung des Gesundheitswesens wird nötig sein. Nicht „mehr vom Selben“, sondern ein „Paradigmenwechsel“ ist angesagt.

Die Autoren erheben nicht den Anspruch, die vollständige Therapie für diese Diagnose zu liefern, aber sie zeigen, wie einige Puzzlesteine des neuen Bildes einer integrierten Gesundheitslandschaft aussehen können – und dass diese machbar sind. Viele weitere Puzzlesteine sind zu entwickeln – an vielen Stellen im System. Engagierte Menschen sind in einer Vielzahl vorhanden.

Entwicklungsphasen des Gesundheitssystems



Entwicklungsphase	Welche Rollen dominieren...	Kernaufgaben	Herausforderung an die Organisation
Integration Systemebene/ Wertschöpfungskette	System- und Netzwerkmanager	Dynamische Vernetzung mit den relevanten Umwelten herstellen	Zusammenarbeit und Integration über Einrichtungsgrenzen hinweg Integrierte Versorgung
Qualität sichern durch Integration auf der Einrichtungsebene	Qualitäts- und Prozessmanager	Partielle Integration der Angebote über Qualitäts- und Kundenorientierung	Prozessdenken und Patientenorientierung, Interprofessionalität, Zusammen Arbeitskult
Steuerung und Beherrschung des Systems	Betriebswirte, IT-Fachleute, Planer	Versuche der Steuerung über Finanzen und Planung	Prozeduren und Systeme entwickeln (kaufm., med. Dokumentation)
Wachstum des Angebots	Ärzte, medizinische Industrien	Fachliches und mengenmäßiges Wachstum	Professionalisierung und Spezialisieren

Abbildung 1: Entwicklungsphasen des Gesundheitssystems

2. Welche Probleme kann Integrierte Versorgung (IGV) lösen

Die Grundidee der Integrierten Versorgung, die von GeniaConsult und Trigon für Österreich entwickelt wurde, ist es, für die wesentlichen PatientInnengruppen einen durchgängigen Versorgungsprozess zu organisieren, in dem verschiedene Anbieter wie ÄrztInnen, Krankenhäuser, Rettungsdienste, Pflege-, Remobilisations- und Reha-Einrichtungen abgestimmt zusammenwirken. Erreicht wird dies durch die abgestimmte Nutzung bestehender Strukturen und Angebote. Wesentliche PatientInnengruppen sind jene, die gesundheitspolitisch bedeutend sind, und deren Versorgung hohe Kosten verursacht – somit alle chronisch Kranken, wie PatientInnen mit Schlaganfall und koronarem Herzinfarkt.

Damit Integrierte Versorgung entstehen kann, sind mehrere Voraussetzungen erforderlich:

- *Nutzung bestehender Strukturen*; ausreichende Angebotsstrukturen müssen vorhanden sein, sie werden flexibler genutzt. Grenzen zwischen der Versorgung im Spital und im niedergelassenen Bereich werden überbrückt, ebenso zwischen Gesundheits- und Sozialbereich.
- *Denken in Versorgungsprozessen*; ein wirksamer, evidenzbasierter Versorgungsprozess steht im Vordergrund, nicht Zuständigkeiten, Finanzierungsgrenzen und liebgewordene Traditionen oder Claimdenken.
- *Wille zu Kooperation und Veränderung*; Integration wird nicht verordnet, sondern durch die beteiligten Anbieter von Gesundheitsleistungen erbracht. Die Finanziere treten als Vertragspartner auf, die beteiligten Anbieter von Gesundheitsleistungen werden durch ein frühzeitiges Kooperations- und Changemanagement darin unterstützt, die notwendigen Veränderungsprozesse einzuleiten und umzusetzen.
- *Akzeptanz von Verbindlichkeiten*; Gesteuert wird durch Vereinbarungen, Verträge, Transparenz und Sanktionen (positive und negative): Verträge der Finanziere mit den Anbietern ersetzen unwirksame planwirtschaftliche Vorgaben, Geld folgt der Leistung.
- *Transparenz als Steuerungsressource*; durch die Verknüpfung von Daten in „Datawarehouses“ (DWH) ist eine neue Transparenz möglich. Durch zeitnahe Bereitstellung relevanter Prozess- und Ergebniszahlen und Rückmeldung an die Akteure. Transparenz dient der Steuerung durch die Finanziere, der Selbststeuerung der Anbieter und der Information der KundInnen/PatientInnen. Sie zeigt, wie weit geplante Ziele erreicht werden, macht Abweichungen sichtbar und ermöglicht den Vergleich – das Benchmarking.
- *Veränderung wird durch Projekte angestoßen*; die Integration der Versorgungsprozesse passiert nicht ohne Anstoß. Mit innovativen Projekten muss der Boden dafür aufbereitet werden. Projekte sind jedoch kein Dauerzu-

stand und Selbstzweck. Sie sollen der Anschlag für einen neuen Regelbetrieb sein.

- *Changemanagement ist nötig*; erfahrungsgemäß reicht es nicht aus, gute Beispiele von einem anderen Bundesland oder Ausland, in dem die gewünschten Verbesserungen realisiert wurden, zu kennen. Verhaltensveränderung – und nur solche führt zu nachhaltigen und für die PatientInnen erfahrbaren Veränderungen – bedarf klarer Ziele und des abgestimmten Willens der Verantwortlichen. Für den Aufbau der IGV ist eine Unterstützung der Kooperations- und Veränderungsprozesse erforderlich, auch kooperative Anbieter scheitern sonst an den vielen Fragmentierungen der Struktur und den ausgeprägten Partikularinteressen. In der Projektphase, bei der Einrichtung von integrierten Versorgungsprozessen, kann dieses Know-How durch externe BeraterInnen bereitgestellt werden, für den laufenden Betrieb werden die Sozialversicherungen respektive die Länder diese Kompetenz bereitstellen müssen; in Form von Kooperationsmanagement und Versorgungsmanagement. Sie sichern für PatientInnengruppen die Steuerung, Kommunikation und Ergebnisüberwachung des Versorgungsangebotes und so die Nachhaltigkeit. In anderen Wirtschaftszweigen sind „Cluster“ von Anbietern bereits eine Selbstverständlichkeit, um vorhandene Strukturen optimal zu nutzen.

Integrierte Versorgung aus der Sicht der aktuellen Versorgungsforschung

Ein australisches Health Technology Assessment (HTA) identifizierte verschiedene Instrumente zur Verbesserung der Versorgungsqualität bei chronischen Erkrankungen und beurteilte anschließend deren Effektivität. Es wurde nach Studien zu ausgewählten Krankheitsbildern gesucht, welche sich mit organisatorischen Aspekten zur Steigerung der Versorgungsqualität beschäftigten. Aus insgesamt 19.000 Primärstudien wurden nach mehreren Arbeitsschritten letztendlich 78 Arbeiten in den Review eingeschlossen. Gemäß den StudienautorInnen sind die positiven Ergebnisse nicht nur von der Natur der qualitäts-

fördernden Maßnahmen, sondern auch vom Vorhandensein entsprechender Rahmenbedingungen sowie der ausreichenden Unterstützung der beteiligten Personen abhängig¹. Der Vergleich der Ergebnisse dieses Reviews, mit dem von GeniaConsult und Trigon entwickelten Konzept der „Integrierten Versorgung in Österreich“ zeigt, dass acht von elf der geforderten Punkte bereits erfüllt werden.

Forderungen laut Review	Integrierte Versorgung
Leitlinien	✓
kontinuierliche Qualitätsverbesserungsmaßnahmen	✓
Aus- und Fortbildungsprogramme	✓
entscheidungsunterstützende Instrumente	✓
automatisierte Erinnerungen	✗
Feedback	✓
finanzielle Anreizsysteme	✗
Datenmanagement	✓
Telemedizin	✗
alternative und interdisziplinäre Behandlungszugänge	✓
Kombinationen dieser Instrumente	✓

Die drei fehlenden könnten in den laufenden Projekten relativ leicht ergänzt werden.

In Gang setzen können die Integrierte Versorgung in Österreich am besten die Gesundheitsplattformen. Sie existieren in jedem Bundesland und werden von Land und Sozialversicherung gebildet. An ihnen liegt es, ehrgeizige, aber erfüllbare Ziele für die jeweiligen PatientInnengruppen vorzugeben und dafür zu sorgen, dass die Versorgungsprozesse weiterentwickelt werden.

1 HTA-Newsletter, September 2007 Nr. 60AHTA, bzw. AU 2004: Service improvement tools for the prevention, diagnosis and management of chronic diseases; www.health.adelaide.edu.au/publichealth/consult/Final_nhpac_tools.pdf

3. Beispiele für IGV in Österreich

Vorläufer

Der Bedarf nach Integration ist nicht erst heute erkannt worden – Projekte wie MedTogether, PatientInnenorientierung, Qualitätsberichterstattung oder Ergebnisqualitätsmessung wurden von engagierten Pionieren auf die Beine gestellt. Weil entsprechende Rahmenbedingungen meist fehlten, haben viele ihre Bemühungen aufgegeben und oft resigniert. Was führt zu dieser Frustration? In den meisten Fällen erfordern die innovativen Ansätze Verhaltensänderungen nicht nur bei den unmittelbar Beteiligten, die den Nutzen durchaus noch einsehen, sondern auch von den vor- und nachgelagerten Bereichen von zuliefernden Funktionseinheiten und anderen Berufsgruppen. Veränderungen werden oft mit Enthusiasmus begonnen und zerbrechen an Strukturen und Machtverhältnissen – warum? Die verschiedenen Interessensgruppen haben sich Einflussphären aufgebaut, die sie erhalten wollen. Kräftekonstellationen, die sich gegenseitig benötigen, aber auch bekämpfen, finden sich im österreichischen Gesundheitswesen (Bund-Länder, Länder-Sozialversicherung, Krankenversicherung-Pensionsversicherung, Sozialversicherung-Ärzttekammern, und so weiter). Aus der Organisationswissenschaft ist längst bekannt: Etablierte Systeme halten gern an lieb gewordenen Lösungsmustern fest, neue Wege haben es nicht leicht!

Integrierte Schlaganfallversorgung in Oberösterreich

In Österreich wurde die IGV erstmals in den Jahren 2005 bis 2006 in Oberösterreich umgesetzt. Der Weg im Telegrammstil:

- Sozialversicherung und Land Oberösterreich tragen gemeinsam dieses Reformprojekt
- Im Versorgungsprozess arbeiten zusammen:
 - Rettungsorganisationen und Notfallmanagement
 - vier oberösterreichische Stroke Units
 - Standardkrankenhäuser

- Rehabilitationseinrichtungen
- Niedergelassene ÄrztInnen
- Ein/e SchlaganfallkoordinatorIn übernimmt übergeordnete Managementaufgaben im Versorgungsprozess
- In einem Datawarehouse werden relevante Daten gesammelt, aufbereitet und den jeweiligen NutzerInnen periodisch in einer steuerungsrelevanten Form zur Verfügung gestellt

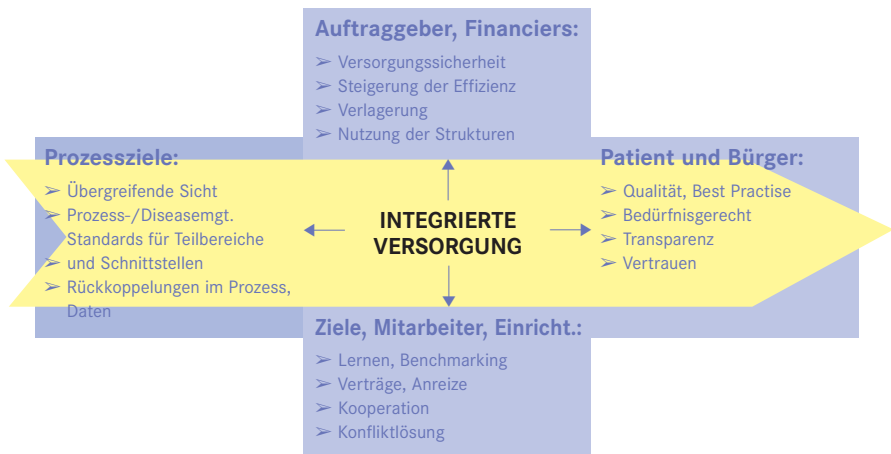


Abbildung 2: Ziele und Strategien der Integrierten Schlaganfallversorgung in Oberösterreich

Erfahrungen aus dem bisherigen Betrieb

Im ersten Halbjahr 2007 ließ die Oberösterreichische Gesundheitsplattform die IGV evaluieren und fasste den Beschluss, das Projekt Integrierte Versorgung auf alle Schlaganfall versorgenden Einrichtungen in ganz Oberösterreich (Stroke Units - wie Abteilungen für Innere Medizin) auszuweiten. Ein Hinweis für den Erfolg und die Umsetzbarkeit des IGV-Konzeptes.

Integrierte Versorgung in der Steiermark

Im Jahr 2006 beauftragte die Steiermärkische Gesundheitsplattform für zwei PatientInnengruppen den Aufbau einer Integrierten Versorgung:

- „Schlaganfallversorgung“ sowie
- „Versorgung chronisch koronarer Herzkrankheiten/Aortenstenosen“
(nicht der akute Myokardinfarkt)

Beide Projekte sind derzeit am Ende der Konzeptionsphase. Die Ist-Analyse und die abgestimmten Soll-Konzepte liegen vor, die Vorbereitung des Pilotbetriebes ist gerade im Gange.

Weitere Initiativen in Österreich

In Wien wurde die erste Phase einer IGV für Schlaganfallpatienten eingeleitet.

4. Wie kann eine Integrierte Versorgung schrittweise aufgebaut werden?

- Ausgangspunkt ist eine PatientInnenzielgruppe; wesentliche Anbieter, die den Versorgungsprozess tragen, werden als Pilotpartner gesucht
- IGV wird als Projekt eingerichtet - in den meisten Bundesländern bisher als Reformpoolprojekt der Gesundheitsplattformen
- Die Pilotpartner erarbeiten in Arbeitsgruppen (zum Beispiel Vorsorge und Notfallmanagement, Diagnostik und Behandlung, Reha und Nachsorge) die Verbesserungspotentiale selbst, Best Practise Beispiele fließen in ein Soll-Konzept ein
- Die AuftraggeberInnen wägen die Vorschläge ab und treffen zügig die erforderlichen Entscheidungen für die Umsetzung
- Vorbereiten des Pilotbetriebes; Entwicklung eines maßgeschneiderten Paketes von Schulungsmaßnahmen, Arbeitsunterlagen, Checklisten, Vereinbarungen, Dokumentationsrichtlinien, Vereinfachung für administrative Abläufe, Klarstellung von Verantwortlichkeiten, Vorbereiten von Verträgen

- Pilotbetrieb über mehrere Monate zur Erprobung von Konzept und Maßnahmen. Eine Ausgangs- und Abschlussmessung über wichtige Indikatoren schafft Klarheit über Situation und Fortschritt. Die Evaluierung des Pilotbetriebes wird als Chance genutzt, um zu lernen
- Bei Erfolg: Rollout auf das gesamte Bundesland, und auf alle Anbieter, die an der Versorgung der jeweiligen Patientenzielgruppe beteiligt sind

IGV besteht aus folgenden Kernbausteinen:



Abbildung 3: Kernbausteine der Integrierten Versorgung

a) Strategie und umsetzbare, überprüfbare Ziele

Im Rahmen der IGV werden gemeinsam mit den AuftraggeberInnen für bestimmte PatientInnengruppen (zum Beispiel SchlaganfallpatientInnen) genaue Ziele vereinbart. So zum Beispiel, wie viele Patienten innerhalb des therapeutischen Fensters eine Stroke Unit erreichen sollen, welcher Anteil an Schlaganfallpatienten lysiert werden soll, innerhalb welcher Zeit eine Reha-Behandlung verfügbar sein muss, welcher Anteil an PatientInnen angestrebt wird, die nur eine geringe bis mäßige Behinderung erleiden.

b) Veränderungsmanagement betreiben

Veränderungen müssen begleitet und unterstützt werden. Ängste und Vorurteile sind ebenso zu reduzieren, wie die Bedürfnisse der PatientInnen gegenüber Berufsgruppenegoismen und Fächerinteressen gestärkt werden müssen. Changemanagement wird seit langem in Industrie und Dienstleistungsbetrie-

ben eingesetzt, um erforderliche Veränderungen rascher und mit mehr Wirkung zu bewerkstelligen. Dieses Changemanagement muss, wenn man große Widerstände vermeiden will, bereits bei der Entwicklung und später bei der Umsetzung eingesetzt werden.

c) Steuern mit Transparenz und fortschrittlicher IT

Transparenz und Peerpressure (die Kontrolle durch die eigene Berufs- oder Fachgruppe) sind die Motivatoren, die im IGV-Konzept genutzt werden. Mit Transparenz werden die Fortschritte und gegebenenfalls Rückschläge dokumentiert, wobei Beteiligte in regelmäßigen Abständen Kennzahlen rückgemeldet erhalten und sehen können, wie sie im Verhältnis zu den Besten im Bundesland beziehungsweise den Benchmarks stehen. Ausgehend von der Annahme, dass Leistungsanbieter eine gute Leistung erbringen wollen, reicht es oft aus, wenn man ihnen zeigt, wo sie zur Zeit im Verhältnis zu andern stehen und an welchen konkreten Zielen sie sich messen können. Lernen von guten Beispielen wird explizit gefördert.

Um Transparenz zu erreichen, müssen gute Informationen vorhanden sein. An Daten herrscht kein Mangel, durch die Fragmentierung mangelt es an Verknüpfungen und Vergleichbarkeit. Intransparenz stützt oft Ineffektivität und Ineffizienz – zwei wesentliche Mängel im österreichischen Gesundheitswesen.

Mit einem Datawarehouse können Daten, die aus unterschiedlichen Bereichen stammen, so verknüpft und ausgewertet werden, dass auch Laien damit arbeiten können. In Oberösterreich wurde ein IGV-DWH programmiert, das bestehende Datenquellen, wie FOKO-Daten (Folgekostenberechnung der Gebietskrankenkassen), MBDS-Daten (Minimum Basic Data Set über intramurale stationäre PatientInnen), Daten der Rettungsorganisationen und Pensionsversicherungsanstalt sowie ausgewählte zusätzliche Prozess- und Ergebnisdaten für Schlaganfallpatienten datenschutzkonform verknüpft. Dieses IGV-DWH kann auch von anderen Sozialversicherungsträgern für ihre Integrierten Versorgungsprojekte genutzt werden.

d) Unterstützte Selbststeuerung

Die Versorgungsprozesse „leiden“ an einem Mangel an Steuerung. Mit dem Data-warehouse liegen nun Informationen vor, die für die Steuerung wichtig sind. Entscheidend ist, wer steuert; ÄrztInnen sind es nicht gewohnt, „gesteuert“ zu werden, sie misstrauen Fremdsteuerung. Ein IGV-DWH ermöglicht aber auch Selbststeuerung, wie wir es aus den Systemen der Naturwissenschaft kennen. Dieser ist der effektivste Weg einer Steuerung. Genau diese Art der Selbststeuerung wendet die IGV über ein ausgefeiltes Kommunikations- und Reportingsystem an. Die Beurteilung der Zielerreichung kann somit jeder selbst leisten. Unterstützt wird die Selbststeuerung durch die/den KoordinatorIn. Dessen Rolle besteht in: Feedback geben, Kommunikationsgelegenheiten schaffen, wo sich die Akteure periodisch austauschen können, Ergebnisabweichungen aufzeigen und Konsequenzen einfordern, permanent Anstöße für die Weiterentwicklung des Versorgungssystems geben.

e) Lernen

Integrierte Versorgungsketten sind niemals perfekt, die Beteiligten müssen ein „lernendes System“ bilden, das sich ständig weiterentwickelt und das System verbessert. Lernschleifen sind die Konzeption, der Pilotbetrieb, der Rollout und später regelmäßige Auswertungsrunden, die den Regelbetrieb immer wieder kritisch hinterfragen.

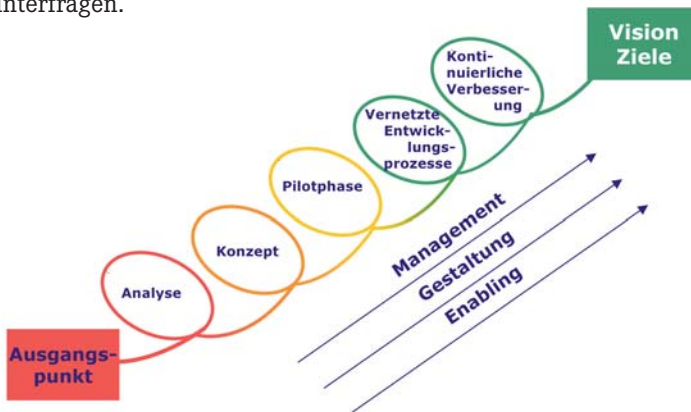


Abbildung 4: Der Weg zur Integrierten Versorgung

Die IGV wird von Beginn an als „Übung“ des Regelbetriebs ausgelegt, um allen zu signalisieren, dass es sich nicht um ein weiteres Projekt handelt, welches „ausgesessen“ oder „durchgetaucht“ werden kann – beides bewährte Strategien, um Veränderung zu verhindern. Der Pilotbetrieb, wie die davor liegenden Projektphasen, Projektvorbereitung, Ist-Analyse, Soll-Konzept und Umsetzungsvorbereitung sind bewusst kurz gehalten, um rasch erste erfolgreiche Schritte setzen zu können, aus denen alle positive Erfahrungen und das Gefühl einer Veränderung erleben können.

f) Beratung von außen unterstützt Veränderungen in der Projektphase

In der Chemie ist, um eine bestimmte Reaktion einzuleiten, die Anwesenheit eines Katalysators erforderlich. Ähnlich fungieren Berater als „Hebammen“ des Veränderungsprozesses, geben Anregungen, stützen, fördern und helfen durch kritische Phasen. Sie sollten sich im Regelbetrieb aber entbehrlich machen.

Wie wird ein Projekt IGV aufgesetzt?

Während der Pilotphase führen die externe und interne Projektleitung die Kernarbeitsgruppe beziehungsweise begleiten die einzelnen Unterarbeitsgruppen. Nach dem Pilotbetrieb übernimmt ein/e prozessverantwortliche/r „KordinatorIn“ für das jeweilige Krankheitsbild die Arbeit und führt den Rollout durch. Diese Person muss die volle Unterstützung der AuftraggeberInnen und die Akzeptanz aller Leistungspartner haben. Einseitigkeit und Manipulation der Beteiligten sind zu vermeiden. Diese KoordinatorInnen haben drei Hauptaufgaben:

- Kooperationsmanagement
- Übergeordnete Sicht auf den Prozess
- Unterstützung der Information und Kommunikation

Die Einbindung der verschiedenen Versorgungspartner und „Stake Holders“ in der IGV zeigt die folgende Graphik.

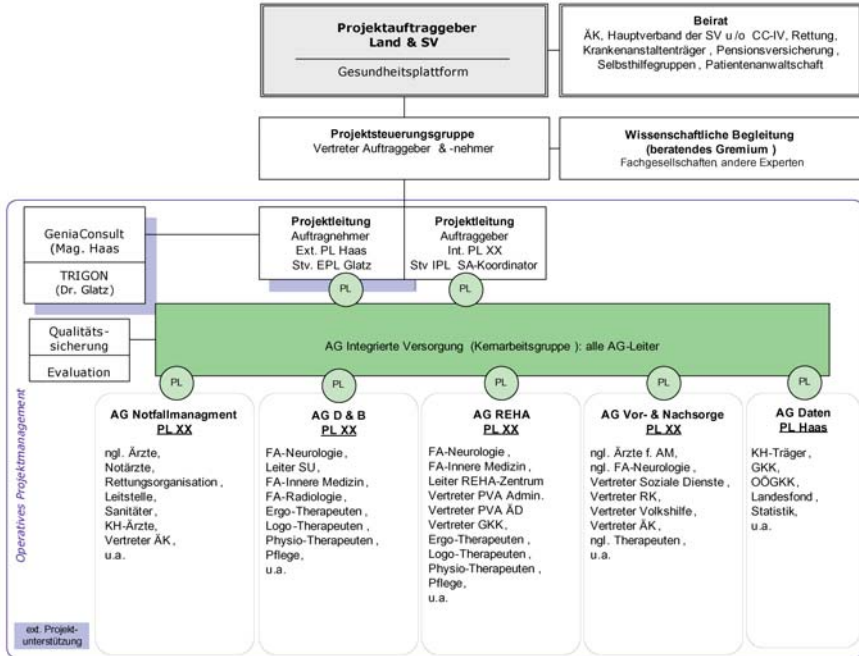


Abbildung 5: Einbindung der Versorgungspartner.

Am Beispiel des Schlaganfalls bedeutet das: Abstimmung mit dem Notfallmanagement und den Rettungsdiensten, Auswahl der richtigen Krankenanstalt und der dort intramural vorgenommenen Behandlung bis hin zum Reha-Antrag und der richtig gewählten Reha-Art (ambulant/stationär) und der gegebenenfalls notwendigen anschließenden laufenden extramuralen medizinischen wie pflegerischen und sozialen Versorgung.

Was ist der Nutzen?

Durch die IGV können definierte PatientInnengruppen messbar besser versorgt werden, ohne zusätzliche Strukturen aufzubauen, lediglich durch bessere

Nutzung bestehender Ressourcen. Fokus ist nicht, Mittel einzusparen, sondern mit den bestehenden mehr PatientInnen mit höherer Qualität zu versorgen. Die IGV sehen wir als generisches Versorgungsmodell, das je nach Bedarf der Zielgruppen und Angebotsstruktur ausgestaltet wird. Zu messen ist IGV an der Prozess- und Ergebnisqualität für die Patienten. Gruppen von Patienten, die komplexe Versorgungsprozesse, oftmalige Kontakte mit Anbietern und interdisziplinäre Behandlungen brauchen, werden am meisten profitieren. Beispiele sind Schlaganfall, Diabetes, Herzkrankheiten. IGV setzt an jenen Versorgungsprozessen an, welche die höchsten Kosten im Gesundheitssystem aufweisen. Die richtige Steuerung ist hier besonders wichtig. IGV steuert das Angebot und dessen Vernetzung, um teure und knappe Ressourcen bestmöglich zu nutzen (Angiographiemessplätze, Herz-Chirurgiekapazitäten, Stroke Units, Rehabilitationsleistungen).

5. IGV in Deutschland – ein Blick über den alpenländischen Tellerrand

Die Rahmenbedingungen

IGV fördert in Deutschland eine stärkere Vernetzung der Fachdisziplinen und Sektoren (HausärztInnen, FachärztInnen, Krankenhäuser), um die Qualität der PatientInnenversorgung zu verbessern und gleichzeitig die Gesundheitskosten zu senken. Begonnen wurde mit der IGV bereits im Jahr 2000 – mit geringem Erfolg, da die kassenärztlichen Vereinigungen jedem Vertrag zustimmen mussten, was sie in der Regel nicht taten. 2004 wurde diese Zustimmungsregelung aufgehoben und eine „Anschubfinanzierung“ in Höhe von einem Prozent der Gesamtvergütung ambulanter und stationärer Leistungen bereitgestellt. Die durch die Reform deutlich gestärkten Krankenkassen können seither Verträge nach § 140 mit einzelnen Ärzten und Zahnärzten, Trägern zugelassener Krankenhäuser, Medizinischen Versorgungszentren und Managementgesellschaften, die eine integrierte Versorgung anbieten, abschließen.

Seither sind zwischen Leistungserbringern und Kassen über 3500 IGV-Verträge mit einem Mittelvolumen von 600 Mio. Euro abgeschlossen worden (Stand Ende 2006). Nach Arten von Integration entfallen 20 Prozent auf Kliniken, 19 Prozent auf Verträge mit Hausärzten, 18 Prozent auf Verträge zwischen Kliniken und niedergelassenen ÄrztInnen und 16 Prozent auf Integration von Kliniken und Reha. Der Rest von 27 Prozent entfällt auf weitere Integrationsformen.

Die (theoretischen) Möglichkeiten der IGV

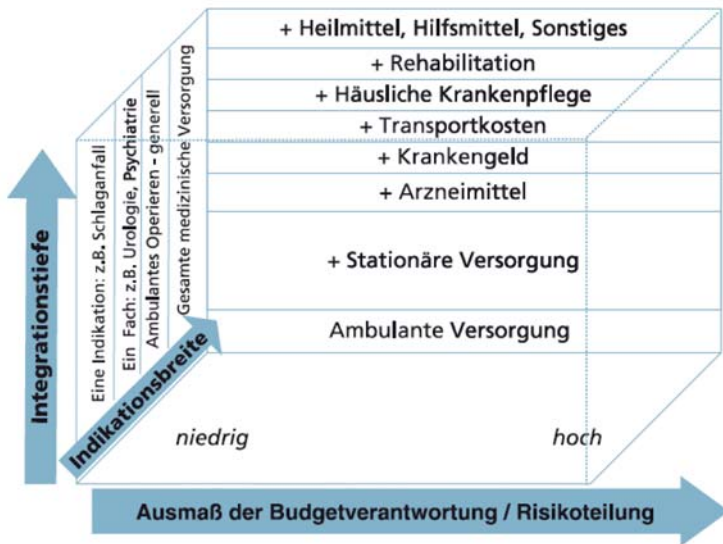


Abbildung 6: Der Raum der Möglichkeiten durch IGV
(Quelle: KU-Sonderheft Integrierte Versorgung 9/2004)

1. **Integrationstiefe:** Sie umfasst Kombinationen von einzelnen Sektoren (Reha, Klinik, Hauskrankenpflege bis hin zur Arzneimittelversorgung)
2. **Integrationsbreite:** Verträge können sich auf einzelne Indikationen (zum Beispiel Schlaganfall) oder Indikationsgruppen, Fachgebiete oder das gesamte Behandlungsspektrum erstrecken

3. *Ausmaß der Risikoübernahme:* Die Bandbreite reicht von Gewährleistungen bei wiederholter Eingriffsnotwendigkeit bis zu Gesamtpreisgarantien

Schwerpunkte der bisherigen Verträge:

Folgende fünf Typen von Verträgen wurden bisher abgeschlossen, wobei der Schwerpunkt eindeutig bei den ersten drei liegt.

- *Indikationsgestützte Verträge mit Praxen, Tageskliniken und BelegärztInnen:* ein Krankheitsfall wird in einem definierten Zeitraum behandelt und standardisiert vergütet; diese Form ist rückläufig zugunsten von Komplexpauschalen (siehe unten).
- *Verträge zur „hausarztbasierten Versorgung“* zielen mehr auf die standespolitische bzw. finanzielle Stärkung der Hausärzte, als auf eine echte Integration von Leistungserbringern. Teilweise wurden diese Verträge den Kassen durch streikartige Aktionen aufgezwungen.
- *Komplexpauschalen;* das Hauptkontingent bisher, werden bei langwierigen Behandlungen über ambulante und stationäre Sektoren hinweg (zum Beispiel Krebserkrankungen, Hüftoperationen) eingesetzt. Ziel ist es, durch geeignete Vergütungsmodule einen Anreiz zu kürzeren Krankenhaus- und Reha-Aufenthalten zu bieten. So kann man zum Beispiel durch aufwändigere Aufnahme- und Entlassungsmodule mit entsprechenden Folgeangeboten für die teilstationäre und ambulante Versorgung das häusliche Umfeld stärker einbeziehen, die Patienten aktivieren.
- *Populationsgestützte Verträge;* die Versorgung spezifischer Bevölkerungsgruppen über Kopfpauschalen beziehungsweise Gesundheitsprämien pro eingeschriebenem Versicherten wird vergütet, die Verträge sind teilweise beschränkt auf eine Region (Beispiel „Gesundes Kinzigtal“).
- *Verträge mit Budgetverantwortung;* solche Verträge existieren erst in Ansätzen und zielen auf die Vereinbarung harter Budgets. Die Kassen garantieren bestimmte Budgets. Von Leistungserbringern erzielte Einsparungen werden zwischen diesen und den Kassen geteilt. Der Anreiz besteht in der effizienten Vermeidung unnötiger Leistungen.

Perspektiven der IGV in Deutschland und Relevanz für Österreich

Echte Praxismodelle der Integrierten Versorgung, wie die Autoren sie verstehen, wurden durch die deutschen Verträge bisher nur wenige geschaffen. Der Trend geht von einfachen indikationsbezogenen hin zu komplexeren Verträgen, die mehrere Sektoren überspannen, schwierigere Indikationen beinhalten und ganze Versorgungslandschaften entwickeln, wie dies bei den österreichischen Modellen der Fall ist. Interessant sind die deutschen Erfahrungen aber allemal, weil sie viele Erfahrungen über die Vertragsgestaltung gebracht haben. Diese sind insbesondere für die Finanziere der Integrierten Versorgung in Österreich wichtig. Verträge stellen den harten Kern jeder Kooperation dar.

6. Thesen und Empfehlungen für die Weiterentwicklung der IGV in Österreich

IGV kann helfen, Über- und Fehlversorgung zu identifizieren und entsprechende Mittel in die Beseitigung von Unterversorgung umzuleiten. Mit den Gesundheitsplattformen wurden potentielle Träger der IGV geschaffen – sie müssen diese Rolle aber auch in der Praxis leben. Für weitere legislative Regelungen zur Durchsetzung der IGV in Österreich besteht kein Bedarf, für die Bereitschaft zur Umsetzung sehr wohl.

Professionell umgesetzte Kooperationen sehen die Autoren als einen guten Weg, um aus dem Reformstillstand herauszukommen. Die frühzeitige Einbindung der Landesärztekammern hat bisher zu großer Kooperationsbereitschaft geführt, sodass vielleicht von einem anderen österreichischen Weg gesprochen werden kann.

Eine Anpassung der Vertrags- und Finanzierungsformen für die IGV wird sicher auch in Österreich notwendig werden. Hierzu kann auf deutsche Erfahrungen zurückgegriffen werden. Von der bundesländerweiten Steuerung eines bestimmten Krankheitsbildes durch die IGV kann eine Ressourcensteuerung bis hin zu einzelnen PatientInnen in Form eines Disease Managements weitergeführt werden. Vertrags- und Finanzierungsinnovationen ersetzen aber nicht

den Kooperationsweg; es bleibt zu hoffen, dass der positive Charakter der Zusammenarbeit verschiedenster medizinischer Fächer, Berufsgruppen und Versorgungsformen (intramural/extramural), der in den Projekten der Integrierten Versorgung in Österreich entstanden ist, erhalten und gestärkt werden kann.

Die *Bundesländer* als Träger der stationären Versorgungsstruktur sind ebenso gefordert. Neun unterschiedliche Gesundheitssysteme sind nicht ideal, aber die Realität. Erst einzelne Gesundheitsplattformen haben das Thema der IGV aufgegriffen. Die Erfahrungen bereits durchgeführter Projekte aus anderen Bundesländern sollten genutzt werden, wenn zum Beispiel die IGV für Schlaganfall flächendeckend in Österreich umgesetzt werden soll.

Schaffen einer *Competence Plattform für IGV*. Das in verschiedenen Projekten gesammelte Wissen über IGV sollte über eine Homepage des Competence Centers für IGV (CCIV) zusammengefasst und leicht verfügbar gemacht werden. Zum Beispiel könnte der sensible Punkt, wie ein für alle erfolgreicher Rollout an ein Pilotprojekt anschließen kann, mit Erfahrungen dokumentiert und allen Interessierten zur Verfügung gestellt werden.

Ausweiten der IGV auf weitere relevante Krankheitsbilder. Auf der Basis der verschiedenen erfolgreichen IGV-Projekte in Österreich könnte ein Basisvorgehen zur Auswahl der Beteiligten, die Projektarbeit, die Konzeption der Verbesserungsmaßnahmen, die Datenerhebung und -integration in das IGV-DWH sowie zu Auswertungs- und Reportinglogik entwickelt werden. Dafür braucht es kräftige Impulse und Aktionen – beobachten allein wird zu wenig sein.

Im Zielkatalog der *Sozialversicherung* ist die IGV verankert; sie soll in allen Bundesländern eingeführt werden. Es ist zu erwarten, dass Schritte folgen, um das Ziel umzusetzen. Aus Sicht der Autoren müssen die Kassen einen *Paradigmenwechsel beim Verändern* vollziehen. Es genügt nicht, Projektergebnisse und Hilfsmittel (Checklisten, Umsetzungshandbücher, Schulungen) einfach zu übernehmen. Der entscheidende Erfolgsfaktor ist die Bereitschaft der Beteilig-

ten, ihr Verhalten an übergreifenden Versorgungszielen auszurichten und wo erforderlich, das eigene Verhalten zu ändern. Dazu müssen die Menschen gewonnen und überzeugt werden, wenn eine nachhaltig messbare Verhaltensanpassung stattfinden soll, die neben den PatientInnen auch der Sozialversicherung zu Gute kommt.

Den Zielen des Hauptverbandes folgend, wird es darauf ankommen, Kennzahlen festzulegen, nach denen die Zielerreichung „IGV-Umsetzung“ gemessen werden kann. Diese Kennzahlen sollten sich in vier Bereiche gliedern und folgende Themen adressieren:

- Reichweite (für wie viele Krankheitsgruppen besteht eine IGV, wie viele PatientInnen dieser Krankheitsgruppe werden bereits mittels IGV versorgt)
- Transparenz (ist ein Datawarehouse etabliert, erfolgt ein Quality Reporting an alle Beteiligten, wurde der Erfahrungsaustausch initiiert und laufend evaluiert, besteht eine Übersicht für den IGV-Koordinator)
- IGV-Prozess (Anzahl und Anteil der intra- und extramuralen Teilnehmer, wie PatientInnen pro Krankheitsbild, Grad der IGV-Umsetzung, Nominierung der/s IGV-Koordinators/in)
- Outcome (wurden Prozess- und Ergebniskennzahlen festgelegt und erhoben, wird die Zufriedenheit von PatientInnen, Beteiligten und Plattform erfasst, wird die IGV mittels externer Audits evaluiert, werden die gesundheitspolitischen Ziele erfüllt)

IGV ist ein „*window of opportunity*“, um im österreichischen Gesundheitswesen nachhaltige Veränderungen zu bewirken. Dieses Fenster sollten die Gesundheitsplattformen jetzt nutzen und Integrationsmodelle mit großem Nachdruck einrichten. Die vorliegenden Erfahrungen bieten genug Anhaltspunkte, um dieses Versorgungsmodell rasch auszubauen und damit die Chancen der Bevölkerung für eine qualitätsvolle und evidenzbasierte Versorgung zu erhöhen.

Glatz Hans, Dr., Partner der Trigon Entwicklungsberatung GmbH in Wien. Lehr- und Forschungstätigkeit am Institut für Höhere Studien in Wien, Unternehmensberater, Mediator, Coach. Arbeitsschwerpunkte sind: Change- und Reorganisationsberatung von Unternehmen, Kliniken und Non-Profit-Organisationen; Verbesserung von Organisation und Führung in Krankenhausabteilungen und Kliniken; Beratung und Coaching von Führungskräften (zum Beispiel Primarii, Krankenhausleitungen); Auswahl von Führungskräften und Führungskräfteentwicklung; Aktuellste Publikation: H. Glatz, F. Graf-Götz: Handbuch Organisation gestalten. 2007, Beltz Verlag.

Haas Michael, Mag., Managing Partner der GeniaConsult Unternehmensberatungs GmbH. Obmann des privaten und gemeinnützigen Vereins „DIALOG, Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgiftgefährdete und deren Angehörige“; Vorsitzender des Beirates der Kongregation der Barmherzigen Schwestern v. Vinzenz v. Paul, Innsbruck; Aufsichtsrat der Kardinal Schwarzenberg'schen Krankenhaus BetriebsGmbH, Salzburg; Lehrtätigkeit an der Donauuniversität Krems, der Fachhochschule Steyr sowie diverse Vortragstätigkeiten. Arbeitsschwerpunkte sind: Strukturprojekte, Feasibility-Studien; Wirtschaftlichkeitsanalysen, Strategische Planungen; E-Health, Datawarehouse. IT Lösungen; Publikationen zu Health-Themen in verschiedenen Journalen.



Wir danken für das Vertrauen, dass wir auch Partner

- **der Universitätszahnkliniken,**
- **der Gebietskrankenkassen,**
- **Krankenkassen anderer Institutionen und**
- **Landeskrankenhäuser**

sein dürfen.

Pluradent Austria
8020 Graz
Körösisstraße 17
Telefon 0316/68 27 33
Telefax 0316/68 27 33-40
graz@pluradent-austria.at

Pluradent Austria
9020 Klagenfurt
Schlepple Platz 5
Telefon 0463/5 42 04
Telefax 0463/5 40 34
klagenfurt@pluradent-austria.at

Pluradent Austria
5020 Salzburg
Josef-Mayburger-Kai 114
Telefon 0662/45 17 12
Telefax 0662/45 17 12-33
salzburg@pluradent-austria.at

Pluradent Austria
6176 Völs
Bahnhofstraße 22a
Telefon 0512/30 49 00
Telefax 0512/30 49 00-4
voels@pluradent-austria.at

Pluradent Austria
1150 Wien
Anschützgasse 31
Telefon 01/544 15 94
Telefax 01/544 08 87
wien@pluradent-austria.at

Müller Zahnwaren
1150 Wien
Anschützgasse 31
Telefon 01/523 55 53
Telefax 01/523 55 53-70
mueller-wien@pluradent-austria.at

Integrierte Versorgung

Mag. Karin Eger

Wiener Gebietskrankenkasse, Abteilung für Gesundheitspolitik und Prävention

1. Ausgangssituation

Entsprechend der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens ist es die Absicht von Bund und Ländern, auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige, solidarische, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sicherzustellen. Vorrangiges Ziel ist zudem eine hoch stehende medizinische Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger unabhängig von deren Einkommen.

Es ist als gesichert anzusehen, dass das österreichische Gesundheitssystem zu einem der Besten zumindest europaweit zählt (Health Consumer Powerhouse). Dennoch gibt es strukturelle Schwächen, die sich negativ auf die Effizienz, die Effektivität und die Qualität auswirken.

Zu diesen strukturellen Schwächen zählen im Wesentlichen:

- Sektorale Trennung bei Finanzierung und Verwaltung
- Versorgungsdefizite bei den Schnittstellen
- Mangelnde Vernetzung der Subsysteme im Gesundheitswesen
- Mangelnde einheitliche Dokumentation von Leistungen und Diagnosen
- Fehlende Outcome-Messungen und Wirksamkeitsnachweise für Behandlungsmethoden
- Fehlen definierter Qualitätsstandards für die Erbringung von Leistungen in sämtlichen Segmenten des Gesundheitswesens

Neben diesen strukturellen Schwächen ist das österreichische Gesundheitssystem mit Entwicklungen konfrontiert, die erhebliche Anpassungen in den Versorgungsstrukturen notwendig machen.

Dazu zählen:

- Steigende Lebenserwartung
- Zunehmend höherer Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung
- Verschiebung von akuten hin zu chronischen Erkrankungen
- Zunahme der Multimorbidität

Trendberechnungen zeigen auf, dass sich der Anteil der Über-75-jährigen an der Gesamtbevölkerung von derzeit 7,7 Prozent auf 16,1 Prozent im Jahr 2050 mehr als verdoppeln wird. Sind heute rund 365.000 Personen 80 Jahre und älter, werden es 2050 nahezu eine Million Menschen sein (Statistik Austria 2006, S. 39 ff.). Diese Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung geht mit einer Zunahme von alters- und verhaltensbedingten Krankheiten, wie Diabetes, Übergewicht, Hypertonie, Demenz und vielen mehr einher.

Die Integrierte Versorgung (IV) als „Versorgung aus einer Hand“ kann als Lösungsansatz zur Überwindung der vorherrschenden strukturellen Schwächen und zukünftigen epidemiologischen und demographischen Entwicklungen angesehen werden. In der Literatur findet sich keine einheitliche Definition von Integrierter Versorgung, daher wird für die weiteren Überlegungen folgender Vorschlag einer Definition unterbreitet:

Integrierte Versorgung ist eine

- patientenorientierte,
- kontinuierliche,
- sektorenübergreifende und/oder interdisziplinäre und
- nach einem standardisierten Behandlungskonzept

ausgerichtete Versorgung.

2. Konzepte der Integrierten Versorgung

Die folgenden Beispiele geben einen Einblick in ausgewählte indikations- und populationsbezogene Modelle in Deutschland und Österreich.

In Deutschland werden schon seit mehr als zehn Jahren im Rahmen von Gesetzesänderungen Anstrengungen unternommen, um neue Versorgungsformen zu fördern. Lagen diese Anstrengungen zunächst im Bereich der Praxisvernetzung, wurde mit dem Gesundheits-Reformgesetz im Jahr 2000 erstmals der Begriff der Integrierten Versorgung und der Disease Management Programme verwendet. Schwerpunkte des mit 1. 1. 2004 in Kraft getretenen Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung waren unter anderem die Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung, die Anschubfinanzierung für IV-Verträge sowie die Einrichtung von Medizinischen Versorgungszentren. Nach anfänglichen Anlaufschwierigkeiten konnten Ende 2006 insgesamt 3480 Verträge der Integrierten Versorgung gezählt werden, die rund 3,9 Millionen Versicherte und ein Vergütungsvolumen von rund 626,5 Millionen Euro umfassten (BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GmbH).

Im Rahmen des Konzeptes „Centrum für Integrierte Onkologie“ arbeiten niedergelassene Onkologen mit den jeweiligen Abteilungen der Universität Köln mit dem Ziel einer bestmöglichen Versorgung von KrebspatientInnen zusammen. Grundlage für die Erstellung von Therapieplänen und der Berechnung der Komplexpauschalen zur Vergütung der Leistungserbringer sind evidenzbasierte Therapieleitlinien.

Ziele des populationsbezogenen Modells „Gesundes Kinzigtal“ sind die Verbesserung des Gesundheitsstatus der Patienten dieser Region, die Optimierung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung, die Erhöhung der Qualität der Leistungserbringung und die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven in der Höhe von bis zu 20 Prozent. Bei einem weiteren populationsbezogenen Konzept, dem Prosper-Modell, ist es gelungen, die Gesundheitsversorgung im Durchschnitt um zehn Prozent (11,5 Millionen Euro) günstiger bei qualitativ hoher Versorgung zu realisieren.

In Österreich wird das Konzept der Integrierten Versorgung erstmals in der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des

österreichischen Gesundheitswesens im Jahr 2005 verankert. Zwar ist im Artikel 26 (Kooperationsbereich/Reformpool) von gemeinsam zwischen den Ländern und der Sozialversicherung vereinbarten Strukturveränderungen oder Projekten, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich zur Folge haben, die Rede. In der praktischen Umsetzung hat sich aber gezeigt, dass es nicht nur um Leistungsverschiebungen sondern großteils um sektorenübergreifende Versorgung geht.

Das Modell der Integrierten Versorgung für die Indikation Schlaganfall, ein Konzept das bereits in mehreren Bundesländern als Reformpoolprojekt umgesetzt wird, macht deutlich, dass Strukturqualität alleine nicht ausreicht, um optimale Ergebnisqualität zu erzielen. Dazu bedarf es zusätzlich einer Optimierung der Prozesse.

In dem Beitrag wird klar aufgezeigt, dass für ein erfolgreiches Durchführen von IV-Projekten nicht nur ein eindeutiges Commitment der Auftraggeber und engagierte Projektpartner erforderlich sind, sondern dass vor allem die Ziele, die man mit einem derartigen Konzept verfolgt, eindeutig definiert sein müssen. Darüber hinaus ist ein eindeutiger Veränderungswille der Auftraggeber erforderlich.

Literatur:

BOS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH, <http://www.bqs-register140d.de/dokumente/20061231.pdf> (Zugang am 13. 11. 2007)

Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2007, http://www.healthpowerhouse.com/media/Rapport_EHCI_2007.pdf (Zugang am 13. 11. 2007)

Statistik Austria, Demographisches Jahrbuch 2005, S. 39 ff., Wien 2006

Karin Eger, Mag.; Wiener Gebietskrankenkasse, Abteilung für Gesundheitspolitik und Prävention; Arbeitsschwerpunkte: Integrierte Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention, Gesundheitsökonomie, Reformpool.

Entlassungsmanagement im Rahmen von pik in Wien – erste Umsetzungserfahrungen und Ergebnisse

Mag. Alice Grundböck

Projektmanagerin – PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung in Wien (pik),
Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen

In Österreich wurden und werden mehrere Projekte zum Thema Entlassungsmanagement, welche vorwiegend der Verbesserung des Schnittstellenmanagements zwischen extra- und intramuraler Versorgung dienen, durchgeführt. Zentrale Problembereiche stellen hierbei die Kooperation der professionellen BetreuerInnen untereinander, die persönliche Kommunikation mit und die psychosoziale Zuwendung zu den PatientInnen, das Empowerment – die Unterstützung zur Selbstorganisation der PatientInnen, ungenügende interprofessionelle Abstimmung, fehlende multiprofessionell deklarierte Abläufe, ungenügende Aufklärung der PatientInnen über die poststationäre Versorgung und fehlende bundesweite Standards beziehungsweise Checklisten für das Aufnahme- und Entlassungsmanagement dar.

Die Lösungsansätze zu oben genannten Schwierigkeiten beinhalten die Verpflichtung der Krankenhäuser, Aufnahme- und Entlassungsmanagement als Kernprozess zu definieren, die Verpflichtung des stationären Personals zur Information der PatientInnen über Entlassungsschritte, die rechtzeitige Verständigung der extramuralen Dienstleister über den Entlassungstermin, Standardisierung des Informationstransfers zwischen den Sektoren, sowie etwa die Erweiterung und Ausdifferenzierung des Dienstleistungsangebotes der mobilen Dienste und die Etablierung der Funktion „SchnittstellenmanagerIn“.

Projekte mit diesen Ansätzen stellen das 1998 bis 2000 durchgeführte Modellprojekt „Aufnahme- und Entlassungsmanagement (Qualität im Krankenhaus)“ (www.univie.ac.at/qik/), MedTogether (2002 bis 2004 www.medtogether.at), und nicht zuletzt das umfassendste Projekt der PatientInnenorientierten integrierten Krankenbetreuung in Wien, das pik, dar.

Im Anschluss an das Modellprojekt „PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung“ – pik (in Wien 14. – 17. Bezirk)¹ wurden im Auftrag der Bereichs-

leitung für Strukturentwicklung (BSt) der Stadt Wien und der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) *fünf Maßnahmen* des pik-Projekts für einen wien-weiten Transfer aufbereitet (vgl. www.pik.or.at, Launch: 19. Juni 2007).

1. Entlassungsmanagement in allen Wiener Spitälern
2. Standardisierter elektronischer Informationstransfer
3. Selbsthilfegruppen greifbar im Spital
4. Informationsplattform www.LebensSeiten.at
5. Optimale Kooperation bei der Versorgung mit Heilbehelfen und Hilfsmitteln

Im Zeitraum von Juni 2005 bis Juni 2006 haben ca. 110 ExpertInnen (ÄrztInnen, Pflegepersonen, SozialarbeiterInnen, medizinisch-therapeutische Dienste, EDV-Personal, und andere) gemeinsam mit PatientInnen in *organisationsübergreifenden Gruppen* Wien-weite Umsetzungspläne ausgearbeitet. Das Projektende ist mit Dezember 2008 vorgesehen. Zum Teil wurde schon mit der Umsetzung in den beteiligten Einrichtungen des Wiener Gesundheitswesens begonnen. Die fünfte Maßnahme „Optimale Kooperation bei der Versorgung mit Heilbehelfen und Hilfsmitteln“ wurde unter der Federführung der WGKK bereits im Oktober 2006 in den Routinebetrieb übernommen. In dem Workshop werden besonders die Ergebnisse des Teilprojekts Entlassungsmanagement sowie die Ergebnisse einer qualitativen Studie zu diesem Thema aufgezeigt.

Der Auftrag der Umsetzungsgruppe pik besteht in der Entwicklung einer Wien-weit² machbaren und nachhaltigen *Lösung für PatientInnen mit komplexem extramuralen (poststationären) Betreuungsbedarf* und deren Umsetzung.

Die im Herbst 2005 durchgeführte Potenzialerhebung in Kooperation mit dem Institut für Scientific Computing der Universität Wien (Univ. Prof. Dr. Wilfried

1 Diese Projektphase erfolgte im Auftrag der Stadt Wien, der Wiener Gebietskrankenkasse und des Wiener Krankenanstaltenverbundes. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgte durch das Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie. Seit Juni 2006 ist das Projektmanagement pik im Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen angesiedelt.

2 Der Begriff „Wien-weit“ ist derzeit begrenzt auf die Anzahl der beteiligten Spitäler in der Umsetzungsgruppe. Die beteiligten Spitäler repräsentieren ca. 76 % der Wiener Krankenhausbetten.

Grossmann) ergab, dass im Durchschnitt 12 % der PatientInnen (Range: 6 bis 18 % eines Krankenhauses einen komplexen Nachbetreuungsbedarf aufweisen. Dies ergibt einen Gesamtpersonalbedarf von 95 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) EntlassungsmanagerInnen in den beteiligten Spitälern (Wiener Krankenanstaltenverbund, Vinzenz Gruppe, Hanusch-Krankenhaus, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Evangelisches Krankenhaus, UKH Meidling und UKH Lorenz Böhler).

Eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung der Funktion „Indirektes Entlassungsmanagement“ ist eine Form der organisationalen Anbindung, die einen *interdisziplinären Zugriff* auf diese Funktion erlaubt und eine berufsgruppen- sowie eine abteilungsübergreifende Tätigkeit ermöglicht. EntlassungsmanagerInnen sollen außerhalb der Stationsroutinen agieren können. Deshalb werden sie meist als eigene Einheit in der Organisation eingeführt, die ihre *Dienstleistung stations- beziehungsweise abteilungsübergreifend* erbringt (Indirektes Entlassungsmanagement). Diese Einheit kann vom jeweiligen Spital personell entweder mono- oder multiprofessionell besetzt sein (zum Beispiel Pflegepersonen und/oder Sozialarbeit und/oder Medizinisch-technischer Dienst - MTD) beziehungsweise durch eigenes oder externes (beispielsweise Pflegepersonen der Hauskrankenpflege,...) Personal abgedeckt werden. Im Rahmen von pik wurde beschlossen, dass dies im Entscheidungsbereich des jeweiligen Krankenhauses liegt.

Als Orientierung für die Umsetzung gilt der entwickelte „*Standard Entlassungsmanagement*“. Inhalt bilden Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren, die Darstellung der Kernaufgaben im Entlassungsmanagement und die Beschreibung eines Anforderungsprofils. Der Standard stellt für die Krankenhäuser in Wien eine Empfehlung dar.

Weiters wurde eine spezifische *multiprofessionelle Weiterbildung* im Ausmaß von 236 Unterrichtseinheiten (UE) (172 UE + 64 Stunden Praktika) entwickelt. Ein erster Lehrgang begann im Herbst 2007, angeboten von der Akademie für

Fortbildungen und Sonderausbildungen am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien.

Am 19. Juni 2007 fand die Fachtagung „Entlassungsmanagement – Umsetzungserfahrungen in Österreich“ in der WGKK statt. Ziel der Fachtagung war es, ausgewählte österreichische Initiativen zum Thema Entlassungsmanagement der Bundesländer aufzuzeigen und miteinander zu vernetzen.

Die Ergebnisse einer qualitativen Evaluationsstudie mittels Interviews von 24 KlientInnen und Angehörigen, 48 stationären und ambulanten Dienstleistungserbringern sowie die Analyse von 108 KlientInnen-Dokumentationen, an der die Autorin beteiligt war, zeigen, dass die definierte Zielgruppe des Dienstleistungsangebotes Entlassungsmanagement, Personen mit komplexem Betreuungsbedarf zu Hause und hohen Verweildauern im Krankenhaus, tatsächlich erreicht werden konnte: 82 % der KlientInnen des Entlassungsmanagements sind älter als 65 Jahre. Davon sind 62 % älter als 75 Jahre und 20 % zwischen 66 und 75 Jahre alt. Rund 60 % der KlientInnen leben alleine, davon 49 % mit sozialem Netz und 11 % ohne. Die durchschnittliche Verweildauer der KlientInnen betrug 22 Tage. Der kürzeste Aufenthalt betrug 3 Tage, der längste 88 Tage. Vor dem Krankenhausaufenthalt nahmen 37 % der KlientInnen ambulante Dienste in Anspruch, danach 54 %, weitere 5 % wurden in ein Pflegeheim überwiesen.

Die Zufriedenheit von KlientInnen, Angehörigen und stationären DienstleistungserbringerInnen im Rahmen des Entlassungsmanagements erwies sich als sehr hoch. Angehörige und KlientInnen sehen einen persönlichen Nutzen durch das Entlassungsmanagement insbesondere im Ausgleich von eigener Unsicherheit, Orientierungslosigkeit und eigenen Wissensdefiziten („ich hatte Angst“, „ich wusste nicht, wo ich beginnen soll“). Angehörige sind oft überfordert mit der Frage nach der optimalen Versorgung zu Hause, weil sie das komplexe Angebot an Dienstleistungen und die Beschaffungswege nicht kennen.

Durch die EntlassungsmanagerInnen fühlen sie sich im Herausfinden der eigenen Bedürfnislage und im Erarbeiten von Lösungsoptionen gut unterstützt sowie über die Bandbreite ambulanter Dienstleistungen adäquat informiert („ohne sie wäre ich im Kreis gegangen“). Eine weitere Entlastung entsteht in der Organisation der Betreuung durch die Reduzierung unnötiger Wege. Darüber hinaus wird das Entlassungsmanagement als Imagesteigerung des Krankenhauses gewertet.

Eine zeitlich frühere Einbindung der EntlassungsmanagerInnen in den Betreuungsprozess durch das Stationsteam und eine erhöhte Rückmeldung der erzielten Ergebnisse des Entlassungsmanagements an das stationäre Personal werden als Verbesserungspotenziale formuliert.

Alice Grundböck, Mag.; Projektmanagerin und Organisationsberaterin im Gesundheitswesen, Case Managerin und Case Management-Ausbildnerin; Lehrtätigkeiten an der Donauuniversität Krems, FH Steyr, im Rahmen der Universitätslehrgänge für LehrerInnen der Gesundheits- und Krankenpflege in Wien im Bereich integrierter Versorgung und Gesundheitsförderung; Arbeitsschwerpunkte: Management und Begleitung von Veränderungsprozessen im Gesundheitswesen, speziell an der Schnittstelle intra-extramurale Versorgung sowie im Bereich extramuraler Betreuung; Begleit- und Evaluationsforschung von integrierten und multiprofessionellen Versorgungsmodellen; Lehrtätigkeiten und Trainings im Bereich Case und Care Management, integrierte Versorgung und Gesundheitsförderung; Ausgewählte Publikationen: Grundböck, A. (2006): Auf dem Weg zur Integrierten Versorgung - Entlassungsmanagement. In: Holzer, E., Bauer, H. Hauke, E. (Hrsg.): Wirkungsgelaitetes Ressourcenmanagement in öffentlichen Gesundheitsbetrieben - Patienten- und Leistungsorientierung, S. 150-176; Grundböck, A. (2006): „Die eigene Gesundheit betreffend“ - Gesundheitsverständnis und Gesundheitsförderung: In: Jedelsky, E. (Hrsg.): Heimhilfe. Praxisleitfaden für die mobile Betreuung zuhause, S. 34-43;




WARBADERHOF
Kur- Golf- Thermenhotel

Urlauben nach Maß

Thermenparadies
DER
KARAWANKENHOF
★★★★

Gesundheit

Thermal-Urquellenbad,
Therapien, Medical-Wellness, ...

Wohlfühlen

Thermen, Wellness, Sauna,
Massagen, ...

Aktiv

Fitness, Tennis, Golf,
Nordic Walking, Pilates, ...

Familie

Erlebnistherme, Wasser-
attraktionen, Miniclub, ...

Hotel Warmbaderhof*****

Hotel Karawankenhof*****

T.: +43/(0)4242/3001-0

F.: +43/(0)4242/3001-1309

E-Mail:

hotel-reservierung@warmbad.at

Internet:

www.warmbad.at

Aufnahme- und Entlassungsmanagement

Dr. Helgard Kerschbaumer

Kärntner Gebietskrankenkasse, Leiterin der Leistungsabteilung

Die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit eines Aufnahme- und Entlassungsmanagements wird von den workshop – Teilnehmern außer Diskussion gestellt.

Ausgehend von der unterschiedlichen Zielsetzung wird jedoch gefordert, klar zwischen dem Aufnahmemanagement und dem Entlassungsmanagement zu unterscheiden.

So haben PatientInnenbefragungen im Rahmen verschiedener Projekte ergeben, dass die Zufriedenheit mit dem Aufnahmeprozess insgesamt hoch ist. Beanstandet werden vorwiegend Redundanzen.

Die Ziele des Entlassungsmanagements sind hingegen vielgestaltig und maßgeblich von der jeweiligen Diagnose abhängig.

Als primäres Ziel wird der Behandlungserfolg erachtet. So wird etwa auf eine Zielformulierung der Kärntner Landesregierung verwiesen, die einer optimalen Patientenversorgung unter ökonomischen Bedingungen Vorrang einräumt.

Als eine wesentliche Aufgabe des Entlassungsmanagements wird die Verhinderung einer Lücke zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation angesehen. Durch eine Verlaufsplanung soll ein Behandlungskontinuum ermöglicht werden.

Hervorgehoben werden die Unterschiede im Entlassungsmanagement zwischen Rehabilitationszentren und Akutkrankenhäusern. Es wird der Standpunkt vertreten, dass in Rehab – Zentren einerseits mehr Zeit für die Zielplanung zur Verfügung steht, andererseits die Standards höher sind.

Als weiterer wichtiger Aspekt des Entlassungsmanagements wird die Patientenbegleitung nach Hause genannt. Hier stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien PatientInnen für eine „begleitete Entlassung“ ausgewählt werden. Maßgeblich ist jedenfalls ein komplexer Versorgungsbedarf. Das Pilotprojekt „Überleitungspflege“ im Landeskrankenhaus Klagenfurt etwa spricht von

einem komplexen Versorgungsbedarf dann, wenn zu einer Grunderkrankung mehr als drei pflegerische Problemstellungen hinzutreten.

Eine Potentialerhebung im Rahmen des Projektes pik (Patientenorientierte integrierte Krankenbetreuung) in achtzehn Wiener Spitälern ergab bei zwölf Prozent der PatientInnen einen komplexen Nachversorgungsbedarf. Die Kenntnis dieser Prozentsätze auch in anderen Regionen wäre von Interesse.

Die Probleme für die PatientInnen an der Schnittstelle zwischen dem intramuralen und dem extramuralen Bereich ergeben sich nicht zuletzt durch die unterschiedliche Versorgungslogik in den Krankenhäusern und den nachbetreuenden Einrichtungen. Wünschenswert wäre die PatientInnenübernahme durch poststationäre Betreuungsorganisationen bereits während des stationären Aufenthaltes.

Unterschiedliche Sichtweisen zeigen sich in der Frage des „geplanten Entlassungstages“. Die Meinungen reichen von einer frühzeitigen Festlegung, möglichst innerhalb von 24 Stunden ab Aufnahme, bis zur Ablehnung einer frühzeitigen Planung, da sich der Zeitpunkt des Eintrittes des angestrebten Behandlungserfolges nicht von vornherein festlegen lässt.

Konsens besteht darüber, dass die Ärzte jedenfalls in das Entlassungsmanagement einzubinden sind, denn sie entscheiden letztlich darüber, wann die PatientInnen zu entlassen sind.

Kontroversiell diskutiert wird die Frage der Installierung von Entlassungsmanagern. So wird der Standpunkt vertreten, dass dadurch nur ein Mangel kompensiert und eine zusätzliche Schnittstelle geschaffen würde. Dieser Auffassung wird entgegengehalten, dass Schnittstellenmanager nicht die Antwort auf einen Mangel seien, sondern einen zusätzlichen Bedarf, hervorgerufen durch eine komplexe Versorgungssituation, koordinieren.

Anzustreben ist jedenfalls eine Prozessoptimierung in den Krankenanstalten, die jedoch eine entsprechende Finanzierung voraussetzt. Die Kosten dafür scheinen derzeit nicht bezifferbar.

Mit dieser Problemstellung hängt die Frage nach der Verweildauer zusammen. Derzeit geht der Trend in Richtung Verkürzung der Verweildauer. Die Sinnhaftigkeit dieser Entwicklung wird angezweifelt. So wird darauf hingewiesen, dass vorzeitige Entlassungen zu Folgekosten führen (Schlagwort: „Quicker and sicker“). Auch helfen längere Verweildauern Wiederaufnahmen zu vermeiden.

Als Lösungsansatz werden Bettenstationen mit unterschiedlicher Betreuungsintensität genannt. So habe das Land Vorarlberg Remob- und Nachsorgestationen eingerichtet, um die Infrastruktur teurer Akutspitäler zu vermeiden. Dem wird entgegengehalten, dass diese Vorgangsweise lediglich der Befüllung vorhandener Betten mit schlechten Strukturen diene.

Österreich habe statistisch belegt die niedrigsten Verweildauern Europas. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt nur 5,6 Tage. Die Fallzahlen würden jedoch über das Fallsplitting steigen. Die Verweildauerdiskussion möge mit Vernunft und Augenmaß geführt werden.

Einig ist man sich darüber, dass ein Abbau von Betten jedenfalls den Aufbau einer entsprechenden extramuralen Versorgung voraussetzt.

In diesem Zusammenhang wird auf die Unübersichtlichkeit extramuraler Anbieter hingewiesen. Beanstandet wird, dass das Angebot nicht immer bedarfsorientiert und die regionale Verteilung mitunter schlecht ist. Eine entsprechende Steuerung wäre Aufgabe der Gemeinden.

Die Situation wird noch dadurch erschwert, dass in jedem Land eine andere Rechtslage für Heime und mobile Dienste besteht.

Derzeit wird Entlassungsmanagement in fast allen Bundesländern in unterschiedlichsten Strukturen betrieben.

So werden etwa durch die Krankenanstalten im Burgenland die Angehörigen eine Woche vorher von der geplanten Entlassung verständigt.

Im LKH Klagenfurt wurde in Anlehnung an das Projekt „med together“ ein standardisierter Entlassungsprozess über alle Abteilungen hinweg implementiert. Es werden keine eigenen Entlassungsmanager eingesetzt, sondern das

Entlassungsmanagement ist in den Behandlungsprozess integriert.

In Wien gibt es eine Vielzahl von Entlassungsmanagement - Projekten, so zum Beispiel das Modellprojekt pik (patientenorientierte integrierte Krankenbetreuung) in Form des indirekten Entlassungsmanagements oder das Entlassungsmanagement im Hanuschkrankenhaus durch ambulante Anbieterorganisationen.

In Kärnten sind im Entlassungsmanagement auch Sozialarbeiterinnen eingesetzt, die in den Krankenhäusern drei Jahre lang aus Mitteln des Strukturfonds bezahlt wurden.

Als Beispiel eines gut funktionierenden Angebotes wird der Reha - Berater der Sozialversicherungsanstalt der Bauern genannt.

Gefordert wird, im Entlassungsmanagement bereits funktionierende Strukturen jedenfalls zu erhalten und dort wo Entlassungsmanager eingesetzt werden, diese ins Team zu integrieren.

Helgard Kerschbaumer, Dr.; Kärntner Gebietskrankenkasse, Leiterin der Leistungsabteilung; Arbeitsschwerpunkt: zuständig für das Kooperationsprojekt "Versorgungskoordination im LKH Villach" der KGKK, der VAEB und des LKH Villach.

VORSICHT!

Lesen macht süchtig.

Kärntner Buchhandlung

Klagenfurt | Neuer Platz 11
klagenfurt@kbuch.at

Das Recht der Patientin und des Patienten auf Qualität

Mag. Karin Rumpelsberger

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Leiterin der Abteilung Direktionssekretariat

Das Gesundheitswesen befindet sich seit Jahren unter einem erheblichen Kostendruck, für den es viele Ursachen gibt. Die demographische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt führen zu steigenden Ausgaben. Aber auch Fehlentwicklungen auf der Anbieterseite (z. B. immer neue Wirkstoffe am Arzneimittelsektor, deren zusätzlicher Nutzen zum Teil äußerst fraglich ist, die aber regelmäßig teurer sind als bisherige Substanzen) (vgl. Fricke, 2000), Überversorgungen (zum Beispiel mit Krankenhausbetten) und die bekannten Probleme auf Seiten der Nachfrager in einem Versicherungsmarkt („moral hazard“) tragen zur Kostendynamik bei.

Seit nahezu eben so vielen Jahren sind die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen bemüht, Maßnahmen zur Gegensteuerung zu entwickeln. Begleitend zu ausgabenbegrenzenden Maßnahmen sind – insbesondere in wettbewerblich organisierten Systemen aber auch bei uns in Österreich – Instrumente der Qualitätssicherung in der Versorgung einzubauen.

Meine auf den ersten Blick vielleicht provokant anmutende These lautet: Niemand kann die Qualität in der Versorgung besser beurteilen, als der betroffene Patient (die betroffene Patientin) selber.

Diese im allgemeinen selbstverständliche Feststellung (natürlich beurteilt der Kunde die Qualität und Bedarfsgerechtigkeit seines neuen Autos und nicht etwa ein Sachverständiger) ist innerhalb des Gesundheitswesens von einer naturwissenschaftlich-technischen Sicht des Behandlungsprozesses verdrängt worden. Lange Zeit wurde die Qualität lediglich aus professioneller Sicht z. B. anhand von fachlichen Standards beurteilt („technische Versorgungsqualität“). Ein umfassender Qualitätsbegriff umfasst aber auch die Sicht des Patienten (Patientenzufriedenheit) (vgl. Blum 1997).

1. Qualitätsdefinitionen

Qualität ist die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes, eines Prozesses oder einer Dienstleistung, die sie zur Erfüllung vorgegebener Erfordernisse geeignet machen (DIN).

Schon aus dieser Definition von Qualität lässt sich eine Möglichkeit zur Verbesserung der Versorgungsqualität durch eine stärkere Patientenorientierung ableiten, denn nur ein von z. B. einer einwöchigen Therapie überzeugter Patient wird seinerseits konsequent die nötigen Beiträge zum Behandlungsprozess leisten. So wird z. B. ein Patient, der von seinem Arzt ein Antibiotikum bekam, möglicherweise die Therapie abbrechen sobald es ihm besser geht. Eine Patientin hingegen, die von ihrer Ärztin informiert wurde, dass die Einhaltung der Therapiedauer für den Behandlungserfolg notwendig ist, wird das Medikament eher über den gesamten vereinbarten Zeitraum einnehmen.

Die vom Institute of Medicine der National Academy of Sciences der USA entwickelte Definition schließt den Patienten gleich mit ein: „Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge“.

Auch aus dieser Definition folgt eindeutig, dass Qualität nur in enger Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient erzielt werden kann und die Beteiligung des Patienten an Behandlungsentscheidungen eine wichtige Voraussetzung für Qualität ist (vgl. Klemperer 1995).

Und im § 2 des Österreichischen Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen findet sich folgende Begriffsdefinition:

„Qualität“: Grad der Erfüllung der Merkmale von patientinnen- und patientenorientierter, transparenter, effektiver und effizienter Erbringung der Gesundheitsleistung. Die zentralen Anliegen in diesem Zusammenhang sind die Optimierung von Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität.

2. Voraussetzungen für eine verstärkte Patientenorientierung

Eine echte Stärkung der Patientenorientierung bedingt in vielen Bereichen eine radikale Veränderung von Sichtweisen und Abläufen. Für alle in medizinischen Berufen Tätigen wird es unumgänglich sein, die Kommunikation mit dem Patienten wieder verstärkt zu suchen und komplizierte medizinische Sachverhalte in einer für Laien verständlichen Form darzustellen. Eine durchgängige Patientenorientierung bedingt darüber hinaus Veränderungen und Flexibilisierungen im Versorgungssystem und nicht zuletzt stehen auch die erwünschtermaßen zunehmend mündigen und eigenverantwortlichen PatientInnen vor einer ganz neuen Situation.

2.1 Strukturentwicklung des Versorgungssystems

Im derzeitigen Versorgungssystem herrschen starre Strukturen vor. Der Wechsel zum Beispiel vom stationären Sektor in die ambulante Betreuung oder in eine Rehabilitationseinrichtung ist nicht durchgängig organisiert. Bei einer patientenorientierten Sichtweise würde das „Sich-zuständig-Fühlen“ für einen Patienten nicht an der Schwelle der eigenen Einrichtung/Praxis enden sondern gerade das Schnittstellen-Management einen wesentlichen Teil der Versorgung ausmachen. Ein wichtiger Grund für aktuelle Defizite liegt in der aufgesplitteten, sektoralen Zuständigkeit aber auch im Honorierungssystem. Solange in der Honorierung die technische Einzelleistung dominiert, wird es schwierig sein, in den Köpfen der handelnden Personen, die Patientenorientierung, Vernetzung und ganzheitliche Betrachtung zu verankern. Zwischen den einzelnen Versorgungseinrichtungen muß – z. B. durch neue Kooperationsformen von Spitälern und extramuralem Bereich – ein „gleitender Übergang“ ermöglicht werden, der von kompetenter Stelle „gemanaged“ wird.

Verbesserungspotential liegt dabei vor allem in einer stärkeren Integration der Behandlungskette, denn der Betreuungsbedarf der Menschen liegt häufig quer zu vorhandenen Strukturen.

Wie stellt sich die Situation für den Patient/en dar?

Die Behandlungskette

Selbstbe- handlung	Angehörige Gesund- heitsberufe	Hausärzte	Spezialisten	Krankenhaus		Kranken- Pflege zu Hause
				akut	Lang- Zeit	



„Die Kooperation und der Informationsaustausch zwischen den Ebenen ist in aller Regel schwach bis schlecht. Findet eine Behandlung am „falschen Ort“ statt, so ist das nicht nur wirtschaftlich, sondern in aller Regel auch medizinisch fragwürdig“.

Quelle: Baumberger 2001 So funktioniert Managed Care – Anspruch und Wirklichkeit der integrierten Gesundheitsversorgung in Europa. Thieme, Stuttgart, S. 59 – Die Behandlungskette

Die Optimierung der Patientenwege durch die Versorgungsebenen und -institutionen kann tatsächlich zu einer Qualitätsverbesserung bei gleich bleibenden Kosten führen. Dieser prozessorientierten Ansatz wird ist nach Meinung der Verfasserin ein adäquaterer Lösungsbeitrag zur Integrierten Versorgung als die Schaffung neuer, zusätzlicher Strukturen.

Begünstigt wird diese prozessorientierte Herangehensweise durch die Tatsache, dass in den industrialisierten Ländern wenige, meist chronisch verlaufende Krankheiten dominieren. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Karzinome,

nicht entzündliches Rheuma, chronische Bronchitis, einige Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes und der Leber, Diabetes mellitus sowie Süchte und psychisch manifeste Leiden erklären über drei Viertel des Krankheits- und Sterbegeschehens (Rosenbrock, 1991).

Mit zunehmendem Alter steigt auch das Risiko, innerhalb eines Jahres von mehreren schweren Krankheiten betroffen zu sein (Multimorbidität).

Es sind aber nicht ausschließlich die akuten Krankheiten, die eine wesentliche Herausforderung für das Gesundheitssystem einer zunehmend älteren Bevölkerung sind: mit steigendem Alter erhöht sich auch der Anteil der Personen mit funktionalen Beeinträchtigungen und Behinderungen, die auf Hilfeleistungen im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens (z. B. Anziehen, Einkaufen, Essen zubereiten) angewiesen sind (Kytir, 1997).

2.2 Personalentwicklung der Gesundheitsberufe

Im Bereich Personalentwicklung der Gesundheitsberufe wird es vor allem darum gehen, verstärkt Kompetenzen und Fähigkeiten im kommunikativen Bereich zu erwerben. Ein Arzt/eine Ärztin, welcher/welche Entscheidungen im Dialog mit dem Patienten finden will, muß ein hohes Maß an sozialer Kompetenz mitbringen. „Ein Mangel an Kommunikation ... beeinflusst die Mitarbeit (des Patienten) negativ. Wenn der Arzt formell, zurückweisend ... ist, wird die Interaktion als nicht einladend zur Mitarbeit empfunden. Die Mitarbeit ist größer, wenn der Patient seine Erwartungen erfüllt sieht, wenn der Arzt die Befürchtungen des Patienten erkennt und respektiert und er dem Patienten mitfühlende Informationen über dessen Zustand und Fortschritte geben kann...“ (Cloetta, Bisegger, Vitello 1998, S. 6). Das Training dieser Fertigkeiten ist in den Lehrplänen medizinischer Fakultäten stärker zu verankern. Derzeit hängt es vielfach letztlich von der einzelnen Persönlichkeit ab, ob er oder sie nach Abschluss der Ausbildung in der Lage sein wird, eine patientenorientierte Medizin zu verwirklichen.

2.3 Kompetenzentwicklung beim Patienten

Auch auf die PatientInnen kommen neue und zum Teil schwierige Aufgaben zu. Sie müssen lernen, ihre Erwartungen und Fragen zu formulieren und mit Antworten, die vielfach lediglich Wahrscheinlichkeiten über Erfolg und Risiken von Behandlungsstrategien beinhalten, umzugehen. Das für die Personalentwicklung Gesagte zum Thema kommunikative Fähigkeiten trifft analog auf die PatientInnen zu. Damit die (potentiellen) PatientInnen in die Lage versetzt werden (mit-) zu entscheiden, müssen die Informationsmöglichkeiten zielgruppenorientiert erweitert werden. Die neuen technologischen Möglichkeiten bieten sich dafür an, weil mit relativ geringem Aufwand eine große Reichweite erzielt werden kann. Es gibt auch schon eine Reihe vielversprechender Initiativen auf diesem Sektor. Aber auch weniger technologische Möglichkeiten der Patientenbeteiligung sind zu forcieren, um alle Bevölkerungsschichten zu erreichen.

Zentraler Erfolgsfaktor für das Gelingen einer stärkeren Patientenorientierung sind aber nicht Initiativen, Konferenzen und Programme; entscheidend ist, ob die Neuorientierung im Alltag gelebt wird – und zwar sowohl von den Leistungsanbietern als auch von den PatientInnen. Eine Realisierung der Neuorientierung der Gesundheits(dienst)leistungen in Richtung PatientInnenorientierung stößt – wie jede große Veränderung – auf viele Widerstände.

Die Stärkung der Patientenorientierung ist eine aus meiner Sicht jedenfalls zu forcierende Entwicklung, bei der allerdings sichergestellt werden muß, dass es zu keinen Überforderungen kommt. Nicht jeder Patient kann mit Entscheidungen unter Unsicherheit (noch dazu wenn es seine Gesundheit betrifft) gleich gut umgehen und es wird eine große Herausforderung für die in den Gesundheitsberufen Tätigen sein, neben der kontinuierlichen fachlichen Weiterbildung diese Tatsache im Umgang mit den PatientInnen ausreichend zu berücksichtigen.

Literatur:

- Blum, Karl: Patientenorientierte Qualitätssicherung – Patientenbefragungen als Beitrag zum Total Quality Management im Gesundheitswesen. Sozialer Fortschritt 9-10 (1997), S. 231–237
- Cloetta, B./Bisegger, C.Vitello, F. (1998): Modelle der Gesundheitsberatung im medizinischen Kontext. Abteilung für Gesundheitsforschung; Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Uni Bern
- Fricke, Uwe: Arzneimittelinnovationen – Neue Wirkstoffe: 1978–1999; eine Bestandsaufnahme. In: Klauber, Schröder, Selke (Hg.): Innovation im Arzneimittelmarkt, Springer, Berlin. (2000) S. 85–97
- Klemperer, David (1995): Qualität und Qualitätskontrolle in der Medizin; Der patientenzentrierte Qualitätsbegriff und seine Implikationen. In: Damkowski, W. Görres, S. und Luckey, K.: Patienten im Gesundheitssystem, MARO-Verlag, Augsburg. S. 189–216
- Kytir, Josef: Bevölkerungsalterung und Gesundheitsausgaben, Herausforderungen für die soziale Krankenversicherung. In: Soziale Sicherheit Heft 1 (1997), S. 5–11
- Rosenbrock, Rolf: Gesundheit als Herausforderung, Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Prävention. In: DOK 17-18 (1990), S. 530–537

Karin Rumpelsberger, Mag., BHC; Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Leiterin der Abteilung Direktionssekretariat, Extramurale Vertreterin in der Geschäftsführung der Oberösterreichischen Landesgesundheitsplattform.

Die Gesundheit Österreich GmbH: PatientInnen – nicht – erwünscht? Eine Polemik

Univ. Prof. Dr. Herbert Janig

Studienbereichsleiter Gesundheit und Pflege Fachhochschule Kärnten, Klinischer und Gesundheitspsychologe

Mit dem Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH (GÖGG 2006) wurde ein nationales Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen errichtet, welches die drei Geschäftsbereiche „Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen“ (ÖBIG), „Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen“ (BIQG) und „Fonds Gesundes Österreich“ (FGÖ) umfasst. Die Gesellschaft hat die Aufgabe, „... im Allgemeininteresse liegende Aufgaben nicht gewerblicher Art der Daseinsvorsorge auf dem Gebiet des Gesundheitswesens zu erbringen“ (GÖGG 2006, § 3, Abs. 1), wobei die Ziele erreicht werden sollen, alle wesentlichen Verantwortungstragenden „partnerschaftlich einzubinden“, die Leistungserbringenden interdisziplinär und multiprofessionell „einzubinden“ und schließlich die/den PatientIn ins Zentrum der integrierten Versorgung zu stellen.

Im Einzelnen sollen z. B. im Geschäftsbereich des ÖBIG Maßnahmen zu Fragen der Organisation der ärztlichen einschließlich der spitalsmäßigen Versorgung und des Nahtstellenmanagements erarbeitet werden, die Umsetzung von Vorsorgeuntersuchungen konzipiert und koordiniert werden, und Verzeichnisse der zur Ausübung nichtärztlicher Gesundheitsberufe Berechtigten geführt werden. Im Geschäftsbereich der BIQG, basierend unter anderem auf den Prinzipien der PatientInnenorientierung, sollen Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen erstellt werden. Darüber hinaus soll die Gesellschaft bei der Erstellung von Gesetzes- und Verordnungsentwürfen Leistungen erbringen oder an Beratungsleistungen akut zu lösender Frage- und Problemstellungen teilhaben – dies alles sind Tätigkeiten, die direkt Interessen der PatientInnen berühren, ihre Einbindung ist aber nicht festgehalten.

Wer ist nun in den Organen der Gesellschaft vertreten? Die Gesellschaft wird von einer/einem GeschäftsführerIn vertreten, weiters besteht die Institutsversammlung aus 27 Mitgliedern, die aus Vertretern des Bundes, der Länder und

des Hauptverbandes gebildet wird. Ihre Aufgaben sind vor allem strategischer und evaluierender Natur. In den Erläuterungen ist festgehalten, dass die „Einrichtung der Institutsversammlung maßgeblich der partnerschaftlichen Einbindung der Länder und der Sozialversicherung“ dient – nicht aber jener der Betroffenen. Im Kuratorium, welches über die Mittelverwendung entscheidet, finden sich VertreterInnen des Bundes, der Länder, des Gemeinde- und Städtebundes, der Apothekerkammer, der Ärztekammer und der Versicherungen. Interessanterweise sind auch zwei VertreterInnen des Seniorenrates Mitglieder des Kuratoriums, aber keine PatientenvertreterInnen. An die Einbindung der Patientenrechtsanwaltschaft oder des Dachverbandes der Selbsthilfeorganisationen wurde nicht gedacht.

Die Formulierungen im Gesetzestext erlauben die These, dass weder die Mitarbeit der PatientInnen, noch deren Eigenverantwortung oder gar die legitimierte PatientInnenvertretung gewünscht sind. Es werden aber Begriffe wie „partnerschaftliche Einbindung der Verantwortungstragenden“, „Patient/Patientin stehen im Zentrum“, „Patienten/Patientinnenorientierung“, „Koproduzenten/Koproduzentinnen“, „Patienten/Patientinnensicherheit“ verwendet. Der Eindruck lässt sich nicht von der Hand weisen, dass es sich bloß um Worthülsen handelt, die in den Gesetzestext aufgenommen wurden, weil sie dem gängigen „Neusprech“ genügen, Aktualität und Offenheit demonstrieren sollen, in Wahrheit aber paternalistische Tendenzen gegenüber den PatientInnen widerspiegeln. Im Kuratorium sind zwei Mitglieder des Seniorenrates vertreten – geht man von der Annahme aus, dass an eine an den Lebensphasen orientierte Vertretung gedacht worden sein sollte, so müssten in gleicher Weise auch Kinder, Jugendliche sowie jüngere und ältere Erwachsene vertreten sein. So aber mutet diese Vertretung angesichts der übrigen Mitglieder höchst willkürlich an.

Die Verantwortungstragenden und Leistungserbringer des öffentlichen Gesundheitssystems sind offenbar in dynamischer Weise in die Arbeit der GÖGG zur Erfüllung der im Allgemeininteresse liegenden Aufgaben des

Gesundheitswesens „eingebunden“. Den PatientInnen wird nur eine statische Rolle zugewiesen, sie „stehen“ im Zentrum. Wären auch die legitimierten Vertretungen der PatientInnen – die Patientenanwaltschaften, aber auch die Selbsthilfegruppenvertretung – in adäquater Weise eingebunden und könnten auf Augenhöhe und gleichberechtigt mitgestalten, dann könnte die Gesundheit Österreich GmbH für die PatientInnen repräsentative Entscheidungen auf breiter Basis treffen.

Abgesehen von der zu erwartenden Wirksamkeit der Arbeit der GÖGG für PatientInnen ist offenbar nicht daran gedacht, dies auch unmittelbar mit den PatientInnen geschehen zu lassen – aber auch das gehört zum „Recht auf Qualität“.

Literatur:

GÖGG (2006). Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GesmbH. BGBl. I 132 vom 31. 7. 2006.

Janig, Herbert, Univ. Prof. Dr., Studienbereichsleiter Gesundheit und Pflege Fachhochschule Kärnten, Klinischer und Gesundheitspsychologe; Arbeitsschwerpunkte: Aufbau und Leitung von Studiengängen für nichtärztliche Gesundheitsberufe. Forschungsschwerpunkte: Gesundheitspsychologie, Lebensqualität, Selbsthilfe, Evaluation. Publikationen: zahlreiche Evaluationsstudien, Palliativversorgung, Schmerzforschung, Selbsthilfegruppen u.a.. Buch: Likar, R., Pipam, W., Bernatzky, G., Janig, H. & Sadjak, A. (Hrsg.) (2005). Lebensqualität im Alter. Springer: Heidelberg.



» Kärntens Gesundheitsversorgung ist erstklassig! «

Die Gesundheitsversorgung für alle Menschen in Kärnten leistbar zu erhalten, zählt zu meinen wichtigsten Anliegen. Gemeinsam mit den verantwortlichen Einrichtungen werde ich alles dafür tun,

das hohe Niveau und die hervorragende Qualität der Gesundheitsdienstleistungen auch für die Zukunft sicherzustellen. Zugleich danke ich allen Personen und Institutionen, die aktiv daran mitwirken.

Gesundheitsreferent Dr. Peter

KAISER

WERKSTATT 2007 „GESUNDHEIT & SOZIALE SICHERHEIT“

Die KGKK war unterstützender Gastgeber der Wissenschaftstagung „Werkstatt 2007 – Gesundheit & Soziale Sicherheit“ am 14. und 15. Juni im Warmbaderhof, Villach. Diese Tagung wird in zweijähriger Folge vom Verein „SV-Wissenschaft – Forschung & Lehre der österreichischen Sozialversicherung“, dem das Gros der österreichischen Sozialversicherungsträger angehört, veranstaltet.

Der große Erfolg der letzten Werkstätten hat die Organisatoren weiter ermutigt zentrale Fragen des Gesundheitswesens zu thematisieren und mit dem bewusst provokanten Titel **„Reform-Pools – Symptome, Diagnosen und mögliche Nebenwirkungen der österreichischen Gesundheitsreform 2005“**, auf den Punkt zu bringen.

Der Brisanz des Themas entsprechend fanden sich 130 Experten und Interessierte in Villach zusammen um gemeinsam zu eruieren, in welchem Ausmaß die Entwicklungen in den Reform-Pools den gesetzlichen und gesundheitspolitischen Zielsetzungen der Gesundheitsreform 2005 entsprechen, wo die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den einzelnen Bundesländern liegen und welche Rolle die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen bei der Umsetzung der einzelnen Reform-Pool-Projekte spielt.

Dieses Buch ist eine Nachschau der Tagungsreferate und Workshop-Impulse.



www.kgkk.at