



IWS-Workingpapers 2010:

Das steirische Gesundheitswesen im Fokus

Effizienzvergleich, Kosten, Einsparungspotential und Handlungsoptionen



September 2010

O. Univ.- Prof. Dr. Franz Schrank, Mag. Robert Steinegger, Mag. Ewald Verhounig

Vorwort

Angesichts zunehmend leerer werdender Kassen gilt es auch in der Steiermark Maßnahmen zu setzen und auf allen Ebenen der Verwaltung sowie sämtlichen öffentlichen Einrichtungen und Systemen Reformen in Angriff zu nehmen. Auch das qualitativ hervorragend ausgebaute Gesundheitssystem in unserem Land kann davon nicht ausgenommen werden, da dieses neben dem allgemeinen Verwaltungsbereich und dem Sozialwesen am meisten öffentliche Finanzmittel bindet.

Der steirische Landeshaushalt droht in den kommenden Jahren, nicht zuletzt ob verabsäumter Strukturreformen im Gesundheitsbereich, aus dem Ruder zu laufen. Dies bedroht in letzter Konsequenz gerade die Qualität der Gesundheitsversorgung in unserem Land und schmälert nicht zuletzt die hervorragenden Leistungen der Ärztinnen und Ärzte, des Pflegepersonals und aller Bediensteten in diesem Bereich, deren operative Arbeit daher auch nicht unmittelbar Gegenstand der vorliegenden Untersuchung ist.

Ziel des Studienpapiers ist es vielmehr, die Notwendigkeit nach Strukturänderungen und Kostensenkungen im steirischen Gesundheitsbereich, basierend auf der derzeitigen Kostenstruktur sowie deren Entwicklung in den vergangenen Jahren, aufzuzeigen, damit die Qualität der Gesundheitsversorgung auf ihrem jetzigen Stand gehalten werden kann. Weiters sollen Einsparungspotentiale unter Rückgriff auf einschlägige Expertenpapiere aufgezeigt und den politischen Entscheidungsträgern die Basis für einen konstruktiven Dialog in dieser Thematik gelegt werden. Die steirische Wirtschaft, die in einem nicht unbeträchtlichen Ausmaß zur Finanzierung des Gesundheitssystems beiträgt, betrachtet die Sanierung öffentlicher Haushalte generell nicht nur aus dem Blickwinkel wirtschaftlicher Notwendigkeiten, sondern sieht diese vielmehr noch als gesellschaftlichen Auftrag im Sinne einer generationengerechten Politik an.

Mag. Robert Steinegger
Mag. Ewald Verhounig

Institut für Wirtschafts- und Standortentwicklung der Wirtschaftskammer Steiermark

Resümee zur Effizienz- und Finanzierungssituation der steirischen Krankenanstalten

- Anliegen der Wirtschaftskammer Steiermark:
 - Sachliche Diskussion über gleiche Leistung mit weniger Geld
 - Leistung der Ärzte und des Pflegepersonals steht außer Streit
 - Mehr Zeit für den Patienten
 - Schwerpunkt Prävention
- Verglichen wurden:
 - Durchschnittliche Belagsdauer 2008 nach Bundesländern
 - Endkosten je tatsächlich aufgestelltem Bett
 - Endkosten je stationärem Patient
 - Endkosten und Personalkosten je Erwerbsperson
- Die Steiermark schneidet bei vielen **Effizienzkennzahlen unterdurchschnittlich** ab! Im Bundesländervergleich ist sie meist an vorletzter Stelle vor Wien zu finden!
- Der im Budget **ausgewiesene Schuldenstand** in den Jahren 2009 und 2010 **entspricht nicht den Tatsachen**.
 - Durch den KAGes - Deal wurden 1,2 Mrd. € nicht in dem im Budget ausgewiesenen Schuldenstand abgebildet (2010 +1,2 Mrd. €).
- **Ab dem Jahr 2011 ist bei den Krankenanstalten zusätzlicher Finanzierungsbedarf gegeben**, der laut der KAGes Finanzierungsvereinbarung bis 2016 ansteigt: So sind im Jahr 2011 bereits rund 678 Mio. € erforderlich, die nicht mehr durch Einmalmaßnahmen wie dem KAGes-Deal aufgebracht werden können!
 - Von den 678 Mio. € entfallen in etwa
 - 483 Mio. € auf die Deckung der Betriebsabgänge der KAGes.

- 140 Mio. € auf *betriebliche* (EDV etc.) und *technische* (Bau und Infrastruktur, Medizintechnik) Investitionen sowie *Sonderinvestitionen* zur Finanzierung für Großprojekte wie LKH 2020 Graz, LSF 2020 Graz, LKH 2020 Leoben und Neubau LKH Bad Aussee.
- 55 Mio. € auf sonstige Kosten (Beiträge an sonstige Rechtsträger, an Gemeinden, den Gesundheitsfonds etc.)
- **Der Finanzierungsbedarf steigt 2011 im Vergleich zum Jahr 2008 um über 330 Mio. € an!**
 - Dies ist auf eine erhöhte Betriebsabgangsdeckung der KAGes von 292 auf 483 Mio. € sowie dem Investitionszuschuss von 140 Mio. € zurückzuführen.
- Laut Finanzierungsvereinbarung ist für die KAGes (Betriebsabgangsdeckung und Investitionen) **bis zum Jahr 2016 ein Betrag von insgesamt 3,9 Milliarden Euro fällig**, welcher sich direkt in der Verschuldung des Landes Steiermark niederschlägt, sofern keine weiteren Budgettricks bzw. Möglichkeiten des Schuldenmanagements bestehen. Von den 3,9 Milliarden sind 3,1 Milliarden Euro nur zur Deckung der KAGes-Verluste (Betriebsabgangsdeckung) nötig!

1. Kennzahlen zum steirischen Gesundheitswesen im Bundesländervergleich

Die folgende Kennzahlenanalyse basiert auf dem Datenmaterial, das vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Publikation „*Krankenanstalten in Zahlen 2008 - Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten*“ zur Verfügung gestellt wurde. Im Berichtsjahr 2008 meldeten die insgesamt 130 Krankenhäuser sowie der Bereich der Akutgeriatrie/Remobilisation des Geriatriischen Gesundheitszentrums der Stadt Graz, der über den Landesgesundheitsfonds abgerechnet wurde, insgesamt 48.599 tatsächlich aufgestellte Betten (TBetten). Das waren 75,6% der gesamten Bettenkapazität in Österreichs Krankenhäusern. In der Steiermark wurden mit 6.987 TBetten 14,37 % aller österreichischen Betten registriert.

Von den 18.499 Ärzten in den fondsfinanzierten Krankenanstalten arbeiteten rund 14,5 % oder 2.673 in der Steiermark. 319.113 stationäre Patienten (das sind 12,7 % aller stat. Patienten in Österreich) wurden in den steirischen Fondskrankenanstalten behandelt. Von den **gesamten Endkosten¹ der Fondskrankenanstalten in Österreich, 10.376.770.231 Euro**, entfallen 13,62 % oder **1,4 Milliarden auf die Steiermark**, der am-

¹ Endkosten: Primärkosten (ursprüngliche Kosten, so wie sie in der Finanzbuchhaltung gebucht werden und von dort in die Kostenrechnung übernommen werden) abzüglich Kostenminderungen (Erlöse bzw. Kostenersatzleistungen).

bulante Anteil der Kosten ist in der Steiermark mit 15,54 Prozent am höchsten von allen Bundesländern (vgl. Österreich 13,7), drei Viertel der Endkosten werden dem stationärer Bereich zugerechnet, der Rest wird auf Nebenkostenstellen verteilt. Von den Primärkosten von 1,55 Mrd. Euro ist der Anteil der Personalkosten (55,6 % inkl. kalk. Zusatzkosten) im BL-Vergleich sehr hoch (nur Burgenland hat einen höheren Personal-kostenanteil).

Die steirischen Fondskrankenanstalten schneiden im **Benchmark-Vergleich** mit den anderen Bundesländern unterdurchschnittlich ab, was die Kosten im Verhältnis zur Patientenzahl sowie der Belagstage betrifft. Ein stationärer Patient verursacht in der Steiermark im Durchschnitt 4.427 Euro an Kosten, während ein Patient in Tirol etwa 1.200 Euro weniger an Kosten verschlingt. Je Belagstag fallen in den steirischen Fondskrankenanstalten knapp 700 Euro an Endkosten bzw. 428 Euro an Personalkosten an. Dividiert man die gesamten Endkosten der Fondsspitäler durch die Summe der Erwerbspersonen (2008 waren dies in der Stmk 607.000), so ergibt sich ein Wert von 2.327 Euro. Auch bei dieser Kennziffer zählt die Steiermark zu den drei Bundesländern mit den höchsten Kosten.

Eine weitere Kennzahl, die etwas über die Effizienz des Gesundheitswesens verrät, ist die durchschnittliche Belagsdauer ohne 0-Tages - sowie Langzeitaufenthalte über 28 Tagen². Wird ein Patient in Österreich in einem Spital stationär aufgenommen, so verweilt dieser in der Steiermark durchschnittlich 5,95 Tage. Nur in Wien ist die durchschnittliche Belagsdauer mit 6,06 Tagen höher. Die Endkosten je tatsächlich aufgestelltem Bett belaufen sich in der Steiermark auf 202.213 Euro, während sie sich im Burgenland nur etwa knapp 160.000 Euro ausmachen. Wien ist auch hier Spitzenreiter. Die nachfolgenden Graphiken veranschaulichen die soeben dargestellten Kennzahlen:

Abb. 1: Durchschnittliche Belagsdauer 2008 nach Bundesländern*

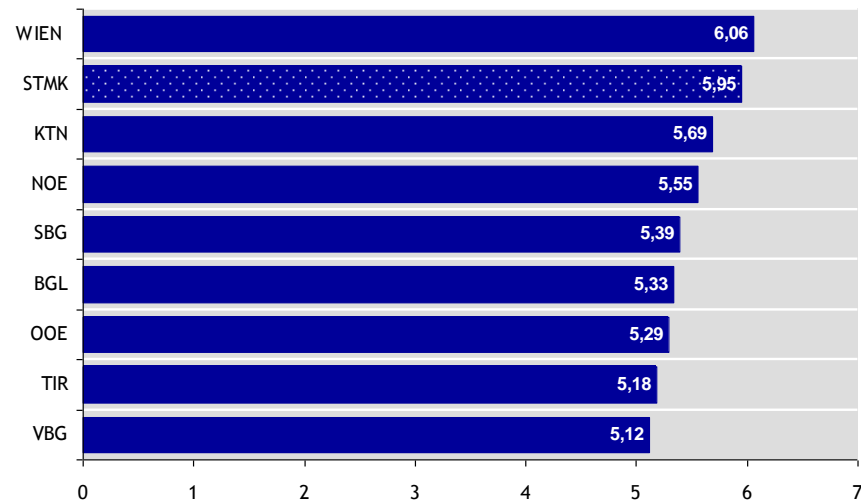
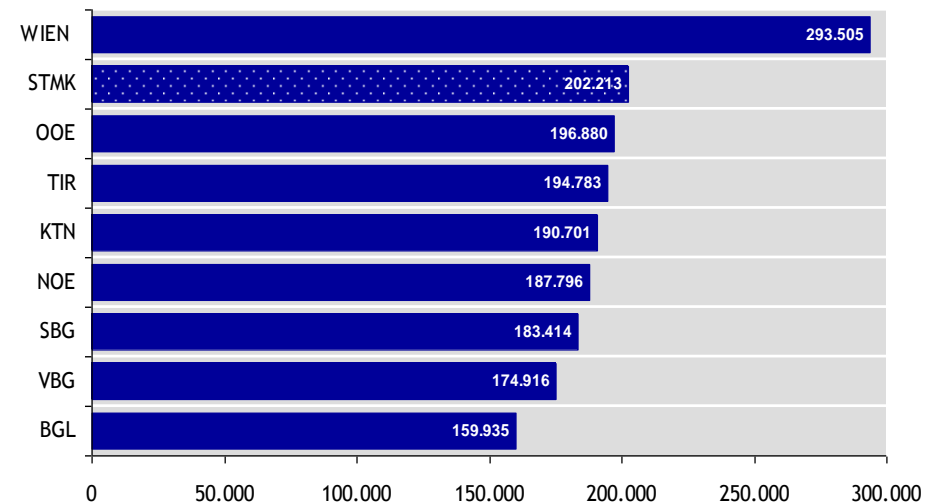


Abb. 2: Endkosten je tatsächlich aufgestelltem Bett



² Die durchschnittliche Belagsdauer ist das Verhältnis der Belagstage (Summe der Mitternachtsstände der Patienten) zu den Aufenthalten bzw. stationären Patienten. In der Steiermark gab es 2008 etwa 282.064 Krankenhausaufenthalte bzw. stationäre Patienten (von 1 bis 28 Tagen, d.h. ohne 0-Tagesaufenthalte und Langzeitaufenthalte).

Abb. 3: Endkosten je stationärem Patient

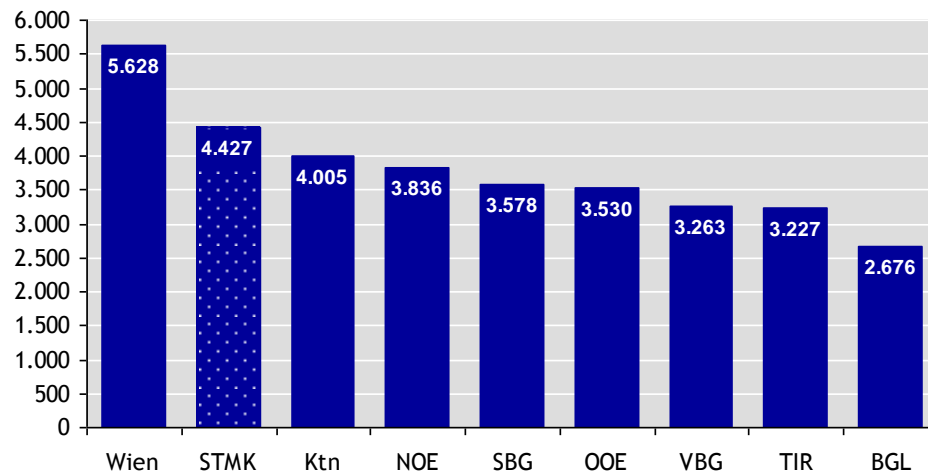
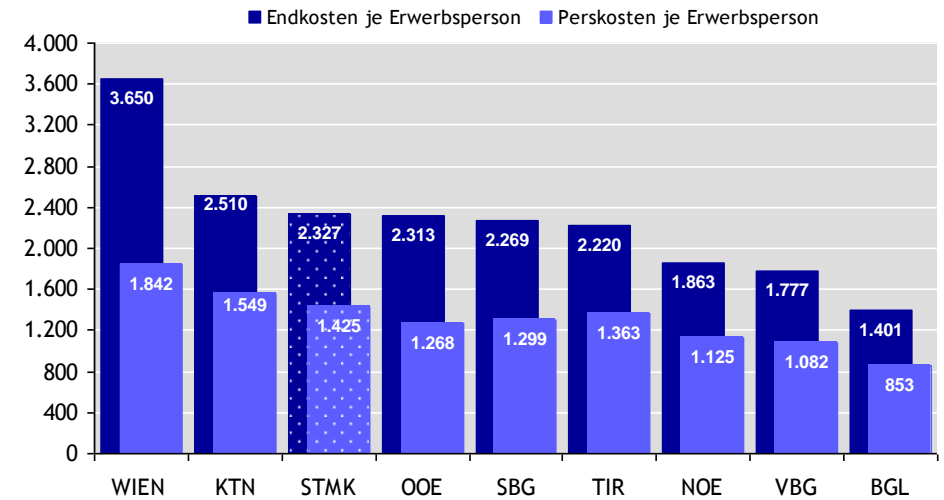


Abb. 4: Endkosten und Personalkosten je Erwerbsperson



Endkosten sind Primärkosten (ursprüngliche Kosten, so wie sie in der Finanzbuchhaltung gebucht werden und von dort in die Kostenrechnung übernommen werden) *abzüglich Kostenminderungen* (Erlöse bzw. Kostenersatzleistungen).

Tab. 1: Personaldichte der Fondskrankenanstalten

	Einwohner	Personal	Personal je tausend Einwohner
WIEN	1.680.170	31.765	18,91
STMK	1.206.206	16.650	13,80
KTN	560.579	7.691	13,72
TIR	702.063	9.626	13,71
OOE	1.409.123	18.636	13,23
SBG	528.276	6.901	13,06
NOE	1.601.183	16.710	10,44
VBG	366.777	3.605	9,83
BGL	282.172	2.376	8,42
Österreich	8.336.549	113.961	13,67

Tab. 2: Ärztedichte der Fondskrankenanstalten

	Einwohner	Ärzte	Ärzte je tausend Einwohner
WIEN	1.680.170	5.235	3,12
TIR	702.063	1.761	2,51
STMK	1.206.206	2.673	2,22
SBG	528.276	1.091	2,07
OOE	1.409.123	2.864	2,03
KTN	560.579	1.073	1,91
NOE	1.601.183	2.775	1,73
VBG	366.777	620	1,69
BGL	282.172	407	1,44
Österreich	8.336.549	18.499	2,22

Tab. 3: Personal je tatsächlich aufgestellten Betten

WIEN	3,04
STMK	2,38
TIR	2,31
OOE	2,16
KTN	2,14
NOE	2,05
SBG	2,00
BGL	1,91
VBG	1,87
Österreich	2,34

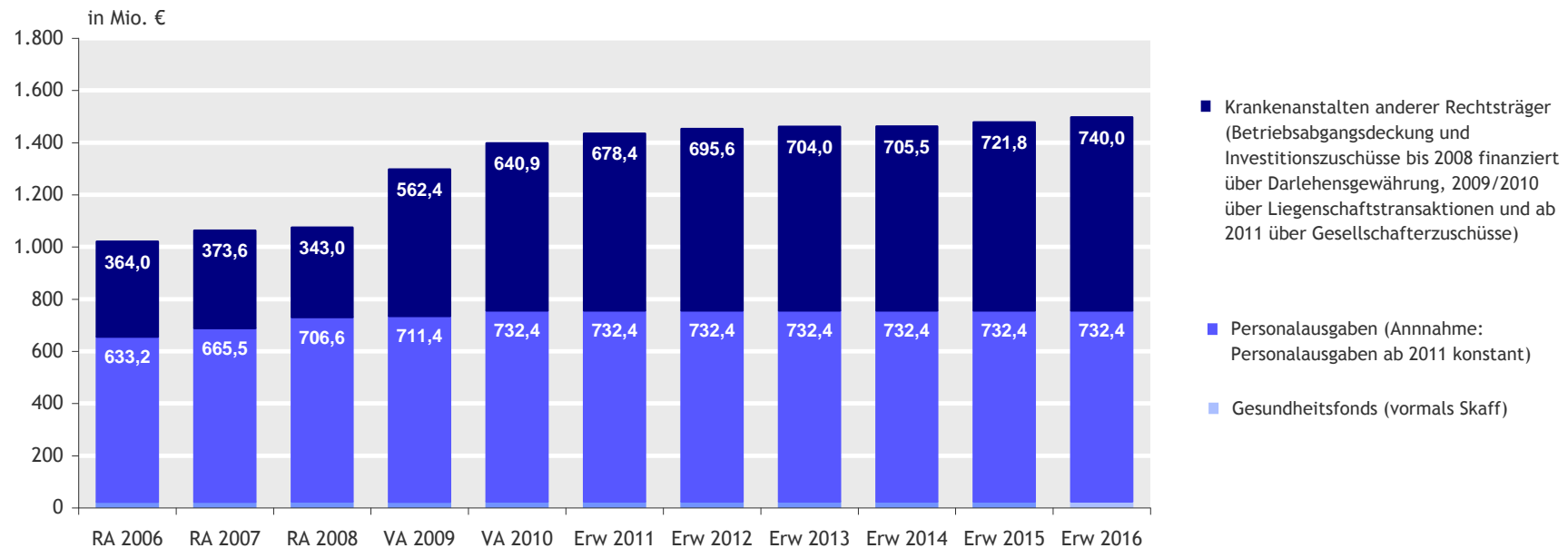
Die steirischen Fondskrankenanstalten sind vor allem durch eine hohe *Personaldichte* im Verhältnis zu den Einwohnern als auch zu den aufgestellten Betten gekennzeichnet. **Pro tausend Einwohner sind in der Steiermark 13,8 Personen in den Fondskrankenanstalten beschäftigt, pro aufgestelltem Bett arbeiten 2,38 Mitarbeiter in den steirischen Fondsspitalern.** Nur in Wien ist diese Quote höher. Es zeigt sich, dass die Bundesländer mit einer medizinischen Universität (Wien, Steiermark, Tirol) bei fast allen Personalkennzahlen im vorderen Drittel zu finden sind.

2. Landesausgaben für den Bereich Gesundheit und KAGes-Deal

2.1. Struktur der Bruttoausgaben laut KAGes Finanzierungsvereinbarung

Zu den Bruttoausgaben im Gesundheitsbereich im steirischen Landesbudget zählen neben den Personalausgaben (2008: rund 700 Mio. €), die Ausgaben für den Gesundheitsfonds (vormals Skaff, 2008: ~ 24,5 Mio. €), den Krankenanstaltenfonds (jährlich rund 1,2 Mio. €) sowie für „Krankenanstalten anderer Rechtsträger“. Letzterer Bereich (dunkelblauer Balken in Abb. 5) beinhaltet neben sonstigen Kosten im Wesentlichen die **Betriebsabgangsdeckung für die KAGes** sowie (ab 2009) die **Investitionszuschüsse** für technische und bauliche Maßnahmen (Folgeprojekte LKH Universitätsklinikum 2000) sowie für Neuprojekte wie das LKH 2020 Graz/Leoben bzw. LKH Bad Aussee.

Abb. 5: Bruttoausgaben Krankenanstalten bis 2016*



* exklusive Ausgaben für den Krankenanstaltenfonds (jährlich rund 1,2 Mio. €)

Der massive Kostenanstieg ab dem Jahr 2009 ist neben der höheren Betriebsabgangsdeckung auf die Investitionen zurückzuführen.

2.2. Der KAGes Deal und die KAGes-Finanzierungsvereinbarung

Während die Mittel zur Deckung der Betriebsabgänge für die KAGes bis 2008 mittels Darlehen aufgebracht wurden, erfolgt die Finanzierung der Investitionen samt Abgangsdeckung für das Doppelbudget 2009/2010 aus dem viel zitierten „KAGes - Deal“, der Veräußerung von Liegenschaften im „Sale and Lease Back - Verfahren“ an die KAGes -Tochter KIG, welche die ihrerseits erforderliche Summe von 1,2 Mrd. € durch die Emission von zwei Anleihen der KAGes bereit stellte. Die rechtliche Grundlage für den Deal findet sich bereits in der „Ergänzung zur Finanzierungsvereinbarung zwischen Land Steiermark und KAGes vom 03. September 2007“: Konkret heißt es hier im § 1:

„Anstelle der in der Stammfassung vereinbarten Gesellschafterzuschüsse für die Jahre 2009 bis 2011 bringt das Land die den Landeskrankenanstalten zugeordneten Liegenschaften in die KAGes ein und ermächtigt die Gesellschaft diese zu einem marktkonformen Preis von 1,2 Milliarden Euro an eine zum Zwecke der Infrastruktursicherung zu gründende Tochtergesellschaft zu veräußern. Das Land übernimmt die für die dafür erforderliche Kapitalaufnahme (inkl. Erforderlicher Zwischenfinanzierungen) durch die Tochtergesellschaft notwendigen Haftungen. Von der KAGes werden aus den Liegenschaftsverkäufen jährlich nur jene Beträge abberufen, die zur Finanzierung der Betriebsabgänge und der Investitionen tatsächlich benötigt werden, maximal jedoch in Höhe der hierfür in den Landesvoranschlägen ausgewiesenen Ausgabenbeträge, das sind für die Jahre 2009 und 2010 folgende Beträge“:

Ab dem Jahr 2011 sollte die Finanzierung der Betriebsabgänge sowie der Investitionen laut Investitionsplan (wie ursprünglich auch für 2009/2010 geplant war) über Gesellschafterzuschüsse erfolgen (§ 2 der Finanzierungsvereinbarung):

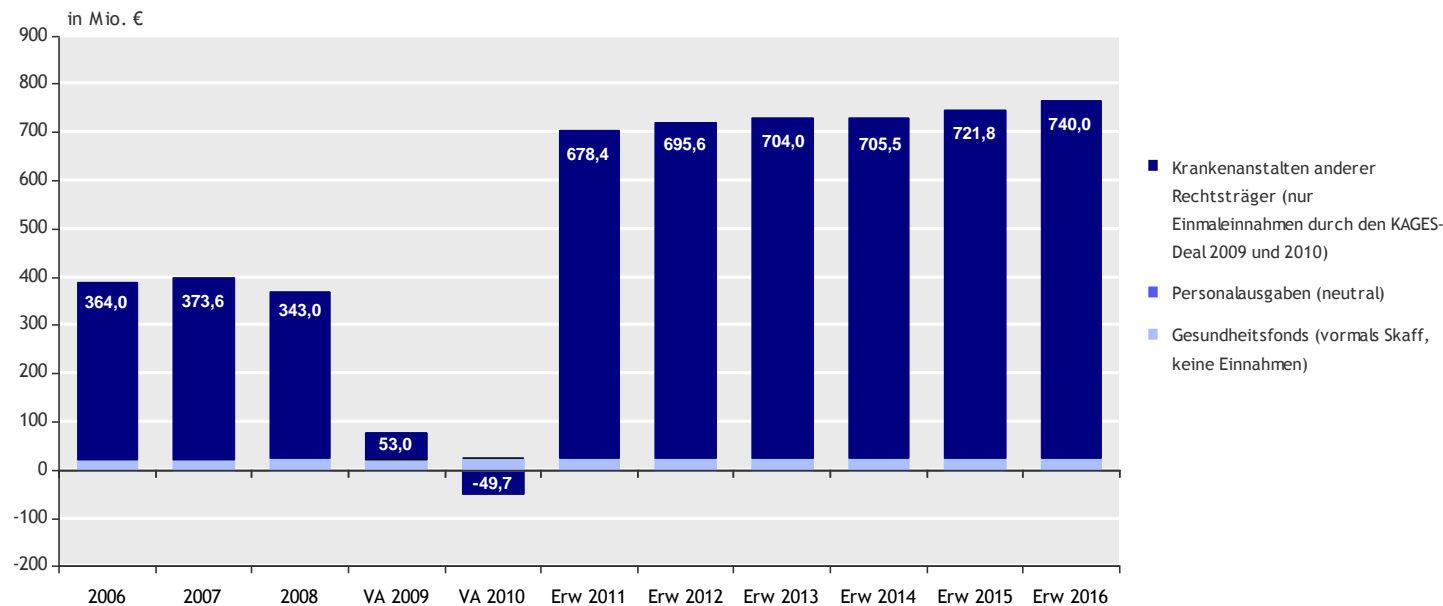
Tab. 4: KAGes Finanzierungsbedarf

Jahr	Betriebsabgänge	Investitionen lt. Inv.plan	Summe Finanzierungsbedarf (exklusive sonstige Kosten)
2009	391.896	117.501	509.397 (KAGes-Deal)
2010	443.994	139.639	583.633 (KAGes-Deal)
2011	482.807	140.498	623.305
2012	497.807	142.629	640.436
2013	512.709	136.102	648.811
2014	528.333	122.009	650.342
2015	544.732	121.906	666.638
2016	561.690	123.129	684.819

2.3. Die Nettoausgaben im Gesundheitsbereich

Der KAGes - Deal widerspiegelt sich auch in der Entwicklung der Nettoausgaben (Ausgaben minus Einnahmen) am Ansatz 56, „Krankenanstalten anderer Rechtsträger“ im Landeshaushalt. Im Jahr 2009 und 2010 finden sich in Summe insgesamt **1,2 Mrd. Euro im Voranschlag des Jahres 2009/2010, die als Einnahmen verbucht sind**. Dies erweckt den Anschein, als würden die „Krankenanstalten anderer Rechtsträger“, sprich die KAGes dem Land Steiermark im Doppelbudget 2009/2010 netto plötzlich keine Kosten mehr verursachen (vgl. Abb. 6 und Tab. 5).

Abb. 6: Nettoausgaben nach ausgewählten Teilbereichen*



Tab. 5: Nettoausgaben "Krankenanstalten anderer Rechtsträger VA 2009/2010"

Jahr	Einnahmen	Ausgaben	Nettoausgaben
2009	509.397.000	562.433.500	53.037
2010	690.603.000	640.881.100	-49.722

3. Einsparpotentiale im österreichischen und steirischen Gesundheitswesen

Laut einer Studie des WIFO unter dem Titel „*Optionen zur Konsolidierung der öffentlichen Haushalte in Österreich*“ vom Feb. 2010 gibt es im österreichischen Spitalswesen eine langfristige Effizienzreserve von plus minus **2 Mrd. € per annum (pessimistische Variante)**, sofern die fragmentierten Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungskompetenzen zwischen gebietskörperschaftlichen Ebenen und der Sozialversicherung beseitigt werden und der Übergang zu einem System der Finanzierung des Gesundheitswesens "aus einer Hand"³ unter der Verantwortung des Hauptverbandes erfolgt.⁴ Konkret heißt es in der WIFO-Studie:

„Da die Landesbudgets nahezu vollständig aus Gemeinschaftssteuern und Transfers finanziert werden, streuen die finanziellen Lasten einer Subventionierung der Spitäler eines Landes auf die Gesamtheit der österreichischen Steuerzahler. Dies reduziert Anreize für Kosten- und Kapazitätsverringerungen, etwa durch die Zusammenlegung von Spitälern. Um eine Anpassung der Strukturen zu erreichen, sollten Finanzierungs- und Ausgabenverantwortung in eine Hand gelegt werden, möglicherweise unter Gesamtverantwortung des Hauptverbandes“. (Aiginger et. al., SS. 93-94)

Der Abbau der Komplexität der Finanzierungsströme des österreichischen und steirischen Gesundheitswesens ist die Grundvoraussetzung einer tiefer greifenden Gesundheitsreform. Unter Bezugnahme auf die Tatsache, dass in der Steiermark 13,62 % aller Endkosten der fondsfinanzierten Krankenanstalten anfallen, würde dies für die Steiermark ein langfristiges Einsparpotential (bei der Umsetzung von Reformen und Effizienzgewinnen) von 273 Mio. € per annum implizieren. Das kurzfristige Potential durch sofortige Sparmaßnahmen liegt laut WIFO bei 10 % des langfristigen, was für die Steiermark ein geschätztes Volumen von 27,3 Mio. € p.a. betragen würde⁵.

Würden durch Effizienz steigernde Maßnahmen bei den Krankenanstalten insgesamt 10 % der Gesamtkosten reduziert, ergäbe sich ein Einsparpotential von rund 140 Mio. €

³ Vgl. Cypionka et. al. (2008)

⁴ Siehe dazu auch: Rechnungshof (2002)

⁵ Androsch, Aiginger und Leitl (2010) gehen kurzfristig von einem optimistischen Einsparpotential für Österreich im Gesundheitswesen von 300 Mio. € im ersten Jahr aus, dies würde für die Steiermark ein Potential von etwa 41 Mio. € bedeuten.

Das Problem des österreichischen Gesundheitswesens ist die sehr hohe Anzahl der Betten und der stationären Aufnahmen je 1.000 Einwohner innerhalb der europäischen Vergleichsländer. Bei letzterer Kennzahl liegt Österreich an der Spitze, während bei der Bettendichte lediglich Deutschland eine noch höhere aufweist. Die erhöhte *Bettendichte* führt zu mehr stationären Aufnahmen und somit Produktivitätsverlusten. Neben einer Reduzierung der Bettendichte sieht das WIFO Effizienzreserven in der stationären Versorgung durch den Abbau von Doppelgleisigkeiten in der Behandlung, den Abbau von Parallelstrukturen durch die stärkere Spezialisierung der Spitäler bzw. die Konzentration auf weniger Standorte. Im Bundesländervergleich weist die Steiermark mit 901 Betten je 100.000 Einwohner die dritthöchste Bettendichte hinter Wien auf (siehe Tab. 6):

Tab. 6: Bettendichte im BL-Vergleich (tats. aufgest. Betten)*

	Betten gesamt	Einwohner	Betten je 100.000 Einwohner
SBG	5.036	528.276	953
KTN	5.203	560.579	928
STMK	10.862	1.206.206	901
WIEN	13.244	1.680.170	788
OOE	10.331	1.409.123	733
NOE	11.130	1.601.183	695
TIR	4.743	702.063	676
BGL	1.628	282.172	577
VBG	2.090	366.777	570
Österreich	64.267	8.336.549	771

* inklusive nicht fondsfinanzierte Krankenanstalten (= gesamte Bettenkapazität), Quelle: Statistik Austria (2009)

4. Handlungsempfehlungen

- **Integrierten Systemansatz der medizinischen Betreuung (Hausarzt - Facharzt - Krankenhaus) unterstützen**
 - Damit sollten Doppeluntersuchungen möglichst vermieden werden und Informationen in einer Hand zusammen laufen - bessere Koordination extramuraler und intramuraler Bereich. Patientenorientierte und nicht einrichtungsorientierte Versorgung !
 - Das Prinzip „Geld folgt Leistung“ muss im Gesundheitssystem forciert werden
 - Facharztbefunde müssen innerhalb der Ärzteschaft anerkannt werden, Abbau der internen Ineffizienz im System
 - rechtliche Absicherung nötig!
- **Krankenhauscontrolling ausweiten und Fokus auf Effizienzverbesserung legen**
 - Die Kontrolle sollte durch die Hauptzahler (Sozialversicherung und Land) erfolgen, nicht durch die Krankenanstalten selbst.
- **Private Gesundheitsleistungen forcieren -Privatisierung vorantreiben**
 - Etwa Pflegeleistungen, Rehabilitation
- **PPP (Public Private Partnership) - Finanzierungsmodelle bei Investitionen⁶**
 - PPP als Instrument zur Verbesserung der *Kostendisziplin* bei Hochbauprojekten
 - Budget-und Maastricht-optimierte Darstellung möglich (Vorziehen von wichtigen Investitionen)
 - Mögliche Steuerspareffekte(vor allem Umsatzsteuer)
 - Übertragung von Aufgaben& Risiken an den Privaten
- **Erhöhung der Transparenz im Finanzierungssystem als Vorstufe zu größeren Reformschritten, Vereinheitlichte Regelungen zur Deckung der Betriebsabgänge der Krankenanstalten, Rolle der Gesundheitsfonds überdenken**
 - Finanzierung aus einer Hand bzw. aus einem Topf (mit Hauptverantwortung beim Hauptverband).⁷

⁶ Siehe dazu etwa: Schimpel & Huemer (2010):

⁷ Vgl. dazu auch Schelling (2009)

■ Spezialisierung fördern und steigende Skalenerträge nutzen (nicht jedes LKH muss alle Leistungen anbieten)

- Konzentration von Standorten (Schließung einzelner, ineffizienter Krankenanstalten nicht ausschließen)!
 - Vgl. Schließung KH Kitzbühel; In der Steiermark ist der Standort Bad Aussee suboptimal, weil die Fallzahlen in der Chirurgie zu gering sein werden. Dies führt zu einem Qualitätsverlust und zu höheren Kosten im Vergleich zu anderen Spitälern, weil eine kritische Größe – die Mindestbettenanzahl einer chirurgischen Abteilung liegt laut Expertenmeinungen bei 30 – zur Nutzung steigender Skalenerträge nicht erreicht wird⁸.
 - *„Unwirtschaftlich geführte Spitäler scheinen als solche auf und die Träger sind dadurch angehalten, die Führung zu verbessern oder bei zu geringer Auslastung zu schließen. Ist politisch dennoch eine hohe Spitalsabdeckung oder überdurchschnittliche Ausstattung gewünscht, müssen diese Mittel auch von den politisch Verantwortlichen erbracht werden.“* (Czypionka et. al. 2009, S. 10).

■ Medizinische Versorgungszentren nach deutschem Vorbild einführen

- *„Medizinische Versorgungszentren sind fächerübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Sie zielen auf medizinische Versorgung aus einer Hand ab, also auf die enge Zusammenarbeit aller an der Behandlung Beteiligten und eine gemeinsame Verständigung über Krankheitsverlauf Behandlungsziele und Therapie. Es sollen auch Leistungserbringer, zum Beispiel ambulante Pflegedienste oder Therapeuten, in die Versorgung miteingebunden werden, um eine bessere Verzahnung der einzelnen Teilschritte der Versorgungskette zu erreichen.“* (Czypionka, et. al 2008, S. 11)
 - Erste Versuche in eine ähnliche Richtung gibt es bereits - Vgl. Projekt „Gesundheitszentren“ Bad Aussee und Mürzzuschlag! Genaue Feststellung der Effizienzgewinne ist hier jedoch abzuwarten.

■ Stärkerer Einsatz von Informationstechnologien (E-Health: etwa e-Rezept, e-Überweisung, Patientenindex, elektronisches Gesundheitsportal etc.)

→ Dies ist als notwendige Voraussetzung zur Umsetzung der integrativen Betreuung von Gesundheitsleistungen zu sehen.

⁸ Siehe dazu die Meinung von Dr. Michaela Moritz [Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)] im Artikel der Kleinen Zeitung vom 20. Mai zur Chirugiereform:

Executive Summary

■ Effizienzkennzahlen

Die Steiermark schneidet bei vielen Effizienz- und Kostenvergleichen im Bundesländerranking unterdurchschnittlich ab. Konkret hat die Steiermark die *dritthöchste Bettendichte aller Bundesländer* hinter Salzburg und Kärnten. Im Vergleich zu den Fondskrankenanstalten der anderen Bundesländer hat die Steiermark bei a) der durchschnittlichen Belagsdauer, b) den Endkosten je tatsächlich aufgestelltem Bett, c) den Endkosten je stationärem Patient, d) dem Personal je 1.000 Einwohner sowie e) dem Personal je tats. aufgestelltem Bett jeweils den zweitschlechtesten Wert hinter Wien. Wenig besser schneidet die Steiermark bei den Endkosten und Personalkosten je Erwerbsperson (dritthöchster Wert hinter Wien und Kärnten) sowie der Ärztedichte (dritthöchste Anzahl hinter Wien und Tirol) ab.

■ Landesausgaben und KAGes - Deal

Der Finanzierungsbedarf im Gesundheitsbereich steigt in der Steiermark ab 2011 massiv an. Dieser wird vermutlich nicht mehr durch Einmalmaßnahmen wie dem KAGes-Deal – Liegenschaftstransaktion im sale-and-lease back Verfahren – gedeckt werden können. Ab dem Jahr 2011 sind rund 680 Mio. € zur Deckung der Betriebsabgänge sowie den Investitionen für die KAGes erforderlich.

■ Einsparpotentiale

Das WIFO beziffert das langfristige Einsparungspotential bei durchgreifenden Reformmaßnahmen im österreichischen Gesundheitswesen zwischen 2 und 2,8 Mrd. € per annum. Für die Steiermark ergäbe sich daraus ein Wert von 273 Mio. € (pessimistische Variante). Aufgrund von kurzfristig greifenden Sparmaßnahmen sieht das WIFO ein österreichweites Kosten-Reduktionspotential von 300 Mio. €, umgelegt für die Steiermark würde dies Ersparnisse von jährlich rund 41 Mio. € implizieren.

■ Handlungsableitungen

Der Fokus muss auf *Effizienzsteigerung* und *Kostenkontrolle* gelegt werden. Ein integrierter Systemansatz der medizinischen Betreuung (Hausarzt - Facharzt - Krankenhaus) zur Vermeidung von unnötigen Doppeluntersuchungen, die Konzentration von Standorten bzw. Schließung einzelner ineffizienter Spitäler, die Forcierung privater Gesundheitsleistungen auf der Angebotsseite sowie die Vereinfachung der Finanzierungsströme und konzentrierte Verantwortlichkeit über die Mittel (etwa beim Hauptverband, Stichwort „Finanzierung aus einer Hand“) sind hier zu nennen.

Literaturverzeichnis

- Aiginger, Androsch, Leitl (2010): Pressegespräch am 03. Mai über „Wege zur Konsolidierung des Staatshaushalts“
- Aiginger et. al. (2010): „Optionen zur Konsolidierung der öffentlichen Haushalte in Österreich“, Publikation des WIFO, Feb. 2010.
- Bundesministerium für Gesundheit (2009): „Krankenanstalten in Zahlen 2008 - Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten.“
- Czypionka et. al. (2009): „*Finanzierung aus einer Hand II*“, in: Health System Watch I/2009, IHS Wien.
- Czypionka et. al. (2008): „*Finanzierung aus einer Hand I*“ in: Health System Watch IV/2008, IHS Wien
- Huemer & Schimpel (2010): „Finanzierung im öffentlichen Bereich: Grundlagen PPP-Modelle“ Vortrag beim Public Brunch in Innsbruck/Igls, vom 09.06.2009 der Kommunalkredit http://www.kommunalkredit.at/uploads/publicbrunch_huemer_schimpel_2993_DE.pdf
- Land Steiermark: KAGes Finanzierungsvereinbarung und Ergänzung zur Finanzierungsvereinbarung vom 03.09.2007: Einl. Z. 1377/1 sowie Einl. Z. 2488_1
- _____ Rechnungsabschluss des Landes Steiermark 2008
- _____ Voranschlag des Landes Steiermark 2009/2010
- Moritz, M. (2010): zitiert im Artikel der Kleinen Zeitung vom 20.05.2010 „*Chirurgiereform: Es bleibt beim Polit-Patt*“
- Oswald G. (2010), „Große Unterschiede bei Krankenhaus-Kosten“, in: DER STANDARD, Printausgabe vom 18.3.2010:
- Rechnungshof (2002): „Tätigkeitsbericht des Rechnungshofes Verwaltungsjahr 2001“, Kapitel: System des österreichischen Gesundheitswesens SS. 13 - 30.
- Schelling, H.J. (2009): „*Finanzierung aus einem Topf*“, in: Die Krankenversicherung 11/09, Erich Schmidt Verlag GmbH und Co KG.
- STATISTIK AUSTRIA (2009): „Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008“

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis:

Abb. 1: Durchschnittliche Belagsdauer 2008 nach BundesländernS.6

Abb. 2: Endkosten je tatsächlich aufgestelltem Bett.....S.6

Abb. 3: Endkosten je stationärem Patient.....S.7

Abb. 4: Endkosten und Personalkosten je Erwerbsperson.....S.7

Abb. 5: Bruttoausgaben Krankenanstalten bis 2016.....S.9

Abb. 6: Nettoausgaben nach ausgewählten Teilbereichen.....S.11

Tab. 1: Personaldichte der Fondskrankenanstalten.....S.8

Tab. 2: Ärztedichte der Fondskrankenanstalten.....S.8

Tab. 3: Personal je tatsächlich aufgestellten Betten.....S.8

Tab. 4: KAGes Finanzierungsbedarf.....S.10

Tab. 5: Nettoausgaben "Krankenanstalten anderer Rechtsträger VA 2009/2010"S.13