

Republik Österreich

Beantwortung des Fragebogens zur Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege älterer Menschen

(Dokument SPC/2002/APR/01 DE/Rev. 1)

Zugänglichkeit

1.1 Gesundheitsversorgung

1.1.1 Mechanismen für die Gewährleistung der Zugänglichkeit

Die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen und die Steuerung des Gesundheitswesens wird in Österreich als eine überwiegend öffentliche Aufgabe betrachtet. Ein öffentlich organisiertes Gesundheitswesen hat die Aufgabe, Gesundheitsdienste für die gesamte Bevölkerung verfügbar und regional ausgewogen bereitzustellen. Diese Leistungen werden in Österreich von staatlichen, privat-gemeinnützigen und privaten Organisationen bzw. Einzelpersonen erbracht.

Österreich verfügt über ein qualitativ und quantitativ gut ausgebautes und funktionierendes System der Gesundheitsversorgung. Ein wesentlicher Bestandteil, der die Qualität der Gesundheitsversorgung in Österreich charakterisiert, ist der gleiche Zugang aller krankenversicherten Personen zu den entsprechenden Gesundheitsleistungen.

In einer grundsatzpolitischen Position der Bundesregierung wurde der grundsätzlich gleiche Zugang zu allen medizinischen Versorgungsleistungen nach jeweils fachlich definierten Qualitätsstandards für alle Personen sowie der Grundsatz, dass keine Rationierungen der Leistungen nach den Kriterien von Alter, Geschlecht, Einkommen, sozialer Status, Religion, usw. erfolgen sollen, festgehalten.

Aufgrund dieses gesellschaftlichen Konsenses ist – neben der Sicherstellung der Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems – die Erhaltung des uneingeschränkten Zugangs zu jeder Art der notwendigen medizinischen Versorgung Ziel jeder Gesundheitsreform.

Mittelpunkt dieses Systems stellt die als **Pflichtversicherung** organisierte **Soziale Krankenversicherung** dar. 99 % der österreichischen Bevölkerung sind darin erfasst. Alle in Österreich beschäftigten Personen, sowie deren Angehörige, aber auch Arbeitslose und PensionistInnen sind in dieser Pflichtversicherung erfasst. Grundsätzlich trägt die mit dem solidarischen Riskenausgleich einhergehende Umverteilung (z.B. von reich zu arm) eine armutsverhindernde Komponente mit sich.

Die Leistungen der sozialen Krankenversicherung werden zum weitaus überwiegenden Teil durch Beiträge finanziert. BeitragszahlerInnen sind die pflichtversicherten ArbeitnehmerInnen und deren Dienstgeber, die die Beiträge je zur Hälfte tragen, sowie pflichtversicherte Selbständige (Bauern, Gewerbetreibende, freie Berufe). Die Zugehörigkeit zu einem sozialen Krankenversicherungsträger kann nicht frei gewählt werden (Pflichtversicherung), sondern erfolgt aufgrund der Berufszugehörigkeit. Die Beitragssätze liegen zwischen 3,55 % und 3,95 % des Bruttoentgeltes bis zur Höchstbeitragsgrundlage je Dienstnehmer und Dienstgeber.

Das soziale Krankenversicherungssystem deckt sämtliche Leistungen, die in Zusammenhang mit einer Krankenbehandlung stehen, ab; sie sind in keiner Weise beschränkt. Die soziale Krankenversicherung ist nach dem **Sachleistungsprinzip** organisiert (kennt aber auch Geldleistungen – z.B. Krankengeld). Die Krankenversicherten haben bei Inanspruchnahme von bestimmten Leistungen Zuzahlungen zu leisten: z.B. Krankenscheingebühr (€ 3,63 je Quartal), Rezeptgebühr (€ 4,14 pro Medikament), Spitalskostenbeitrag (€ 7,6 pro Tag bzw. Angehörige € 12,-) und Ambulanzgebühr (zwischen € 10,90 und € 18,17 bis maximal € 72,67 pro Jahr). Selbständige, BeamtInnen und Bauern haben außerdem für Sachleistungen 20 % Selbstbehalt zu tragen.

Generell gilt jedoch, um die Selbstbeteiligung sozial verträglich zu gestalten, dass einkommensschwache Personen (derzeitiger Grenzbetrag € 630,92 für alleinstehende Personen bzw. € 900,13 für Ehepaare/ Lebensgefährten) bzw. Personen, die infolge von Krankheit überdurchschnittliche Ausgaben nachweisen, von der Rezeptgebühr und daran gekoppelt von allen anderen Zuzahlungen befreit sind (Soziale Schutzbedürftigkeit).

1.1.2 Bewertung

Wie bereits im Punkt 1.1.1. erwähnt, erstrecken sich die Leistungen der Pflichtversicherung auf einen freien Zugang zu den Gesundheitsleistungen, sowohl im stationären, als auch im ambulanten Bereich. Für jene Personen, die keinen Krankenversicherungsschutz genießen, trägt die Sozialhilfe (Länder) die Kosten für die Gesundheitsleistungen. Asylwerber, die in die Bundesbetreuung aufgenommen sind, sind in den Krankenversicherungsschutz einbezogen. In Österreich gibt es bei medizinischen Leistungen keine umfangreichen Wartelisten, Probleme oder Ungleichbehandlungen von bestimmten Gruppen.

1.1.3 Herausforderungen

1.1.4 Geplante strategische Änderungen

Der Bund (inkl. Sozialer Krankenversicherung) und die Bundesländer – die hauptverantwortlichen Akteure im Gesundheitswesen – schließen in regelmäßigen Abständen sogenannte „Vereinbarungen“ gem. Art. 15a B-VG (Bundesverfassungsgesetz) (eine Art „Staatsvertrag“) ab. In der letzten diesbezüglichen Vereinbarung wurde festgehalten, auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sicherzustellen. Weiters gilt es, unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Gegebenheiten in den Bundesländern die einzelnen Bereiche und das gesamte Gesundheitssystem überregional entsprechend

den demografischen Entwicklungen und Bedürfnissen zu analysieren und weiterzuentwickeln (siehe Punkt 3.1.3.).

Die Zugänglichkeit zu allen Bereichen der stationären Akutversorgung in öffentlichen und in privaten gemeinnützigen Krankenanstalten wird seit 1997 insbesondere durch die verbindlichen Festlegungen im **Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP)** gesichert. Der Plan legt die Krankenanstaltenstandorte, die Fachrichtungsstruktur und Bettenanzahl pro Krankenanstalt, die Bettenanzahl je Fachrichtung und Bundesland, Anzahl und Art der medizinisch-technischen Großgeräte, sowie Standorte und Kapazitäten für ausgewählte medizinische Leistungsbereiche fest. Der Plan ist damit auch ein Instrument zur Sicherung der Strukturqualität, wird regelmäßig aktualisiert bzw. revidiert und sukzessive zu einem Leistungsangebotsplan weiter entwickelt (siehe dazu Punkt 2.1.1.). Im derzeit gültigen ÖKAP/GGP 2001 wurden Teilbereiche bereits mit den Instrumenten der Leistungsangebotsplanung geplant.

Der freie Zugang zum Gesundheitswesen bzw. die regionale Versorgung der Bevölkerung wird auch im „**Nationalen Aktionsplan gegen Armut und soziale Ausgrenzung 2001 – 2003**“ angesprochen. Im Punkt 1.2.3. „Gesundheitliche und pflegerische Versorgung“ wird eine gleichmäßigere regionale Verteilung der Zugangsmöglichkeiten – da die Versorgungsdichte mit ÄrztInnen über das gesamte Bundesgebiet (urban/ländlich) streut - angestrebt. Mit dieser Zielsetzung soll der freie Zugang zu den Gesundheitsleistungen weiter vertieft werden.

Seit 1. August 2001 besteht die grundsätzliche Möglichkeit der Leistungserbringung durch so genannte „Gruppenpraxen“ – in diesen sind mehrere Ärzte der gleichen oder unterschiedlicher Fachrichtungen an einem Standort vereint, was jedenfalls für die PatientInnen mit dem Vorteil von längeren Öffnungszeiten und/oder der Möglichkeit unterschiedlicher Behandlungen unter einem Dach verbunden ist. Damit sollte jedenfalls ein wesentlicher weiterer Schritt zur besseren Versorgung mit und vereinfachten Zugänglichkeit zu medizinischen Leistungen gegeben sein. Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang auch die Tatsache, dass bei solchen Gruppenpraxen schon von Gesetzes wegen die Sicherstellung eines behindertengerechten Zuganges nach den Bestimmungen der ÖNORM gewährleistet sein muss („Barrierefreiheit“).

Voraussichtlich im Jahr 2004 wird in Österreich flächendeckend die „e-card“ eingeführt sein. Diese Chipkarte bedeutet das Aus für rund 42 Millionen Krankenscheine jährlich, was nicht nur eine Verwaltungsvereinfachung (für Unternehmen, Sozialversicherung und Ärzte), sondern vor allem auch für Versicherte einen leichteren Zugang zum Arzt bedeutet.

1.2 Langzeitpflege

1.2.1 Zugänglichkeit der Langzeitpflege

Mit 1. Juli 1993 wurde in Österreich ein neues und umfassendes System der Pflegevorsorge wirksam und somit die letzte Lücke im System der sozialen Sicherheit geschlossen.

Bis zum Inkrafttreten des **Bundespflegegeldgesetzes (BPGG)** und der 9 korrespondierenden **Landespflegegeldgesetze** gab es für den Fall der Pflegebedürftigkeit eine große Zahl verschiedener Geldleistungen. Diese Geldleistungen waren sowohl von der Höhe als auch von den Anspruchsvoraussetzungen her höchst unterschiedlich. In den meisten Fällen war die Geldleistung nicht am konkreten Pflegebedarf orientiert, was zur Folge hatte, dass schwer pflegebedürftige und behinderte Menschen keine adäquate Versorgung hatten. Dies galt vor allem für den großen Bereich der Sozialversicherung, in welchem im Jahre 1993 immerhin rund 235.000 Personen einen Anspruch auf Hilflosenzuschuss hatten.

Zur Zeit der **Reform der Pflegevorsorge** wurden etwa 10 % der pflegebedürftigen Personen in Alten- und Pflegeheimen betreut. Zwischen 80 % - 85 % des Pflegebedarfes wurde in der Familie durch Angehörige oder andere private HelferInnen abgedeckt und nur ein geringer Teil durch soziale Dienste. Die Neuregelung der Pflegevorsorge enthielt daher neben der Einführung eines bundeseinheitlichen Pflegegeldes als zweiten Hauptpunkt den Ausbau der sozialen Dienste.

Mit dem Inkrafttreten des **Bundespflegegeldgesetzes** wurde ein siebenstufiges, bedarfsorientiertes Pflegegeld eingeführt, auf das unabhängig von Einkommen und Vermögen sowie der Ursache der Pflegebedürftigkeit ein Rechtsanspruch besteht. Das Pflegegeld ersetzt die vor dem 1. Juli 1993 bestehenden pflegebezogenen Geldleistungen. Die Landespflegegeldgesetze sichern jenen Personen, die nicht zum anspruchsberechtigten Personenkreis des BPGG gehören, Pflegegeld in gleicher Höhe und nach gleichen Grundsätzen wie nach dem BPGG zu.

Gemäß der **Pflegevereinbarung** haben sich die Länder verpflichtet, Regelungen mit gleichen Grundsätzen und Zielsetzungen zu erlassen. Von diesem Homogenitätsgebot sind insbesondere die Abstufung, Bedarfsorientierung und Höhe des Pflegegeldes, die Unabhängigkeit von Einkommen und Vermögen sowie die Einräumung eines Rechtsanspruches erfasst.

Im Pflegegeldrecht gelten folgende Grundsätze:

- Durch die Pflegegeldgesetze werden alle Gruppen von behinderten und pflegebedürftigen Menschen erfasst, also alte pflegebedürftige Menschen, aber auch geistig, körperlich oder psychisch Behinderte sowie auch behinderte Kinder.
- Die Leistungen sind nach finalen Grundsätzen ausgerichtet. Gleichem Pflegebedarf entsprechen gleiche Leistungen, unabhängig von der Ursache der Pflegebedürftigkeit.
- Das Pflegegeld orientiert sich am Bedarf. Maßgebend für die Höhe des Pflegegeldes ist ausschließlich der konkrete Betreuungs- und Hilfsbedarf.
- Das Pflegegeld hat den Zweck, pflegebedingte Mehraufwendungen pauschal abzudecken. Es stellt jedoch nur einen Beitrag dar.
- Das Pflegegeld soll die Möglichkeit des Betroffenen verbessern, sein Leben selbst zu gestalten, wie zB. in der gewohnten Umgebung zu verbleiben.
- Auf die Gewährung des Pflegegeldes besteht ein Rechtsanspruch.
- Rechtsstreitigkeiten fallen als Sozialrechtssachen in die Zuständigkeit der Arbeits- und Sozialgerichte.

- Das Pflegegeld wird unabhängig von Einkommen und Vermögen gewährt.
- Der Aufwand für das Pflegegeld ist vom Bund und den Ländern im Rahmen der ihnen verfassungsrechtlich zugeordneten Kompetenzbereiche zu tragen.
- Die Finanzierung erfolgt grundsätzlich aus allgemeinen Budgetmitteln.

Das Pflegegeld wird 12 mal jährlich geleistet; die folgende Tabelle zeigt die Höhe der Pflegegeldstufen sowie die Anzahl der Bezieher (siehe auch Anhang 1):

	Betrag in €	Betrag in S	Bezieher Bund	Anteil	Bezieher Länder	Anteil
Stufe 1	145,40	2.000,-	54.164	19,36 %	9.608	18,76 %
Stufe 2	268,00	3.688,-	104.398	37,31 %	15.602	30,47 %
Stufe 3	413,50	5.690,-	47.709	17,05 %	10.601	20,70 %
Stufe 4	620,30	8.535,-	41.512	14,84 %	6.516	12,72 %
Stufe 5	842,40	11.591,-	21.825	7,80 %	4.579	8,94 %
Stufe 6	1.148,70	15.806,-	6.204	2,22 %	2.866	5,60 %
Stufe 7	1.531,50	21.074,-	4.000	1,43 %	1.440	2,81 %
Gesamt			!Syntax Error,)	!Syntax Error,)	!Syntax Error,)	!Syntax Error,)

Stand: Bund April 2002, Länder Dezember 2000

Quelle: Hauptverband, Bericht des Arbeitskreises Pflegevorsorge 2000

Maßgebend für die Stufen 1 - 4 ist der zeitliche Pflegeaufwand, der auf der Grundlage eines ärztlichen Sachverständigengutachtens ermittelt wird. Ab der Stufe 5 ist neben dem zeitlichen Ausmaß ein zusätzliches Qualitätskriterium erforderlich. Da es sich beim Pflegegeld um einen pauschalierten Beitrag zu den pflegebedingten Mehraufwendungen handelt, werden die im Einzelfall tatsächlich anfallenden Kosten für die Pflege bei der Einstufung nicht berücksichtigt.

Die näheren Bestimmungen für die Beurteilung des Pflegebedarfes sind in der **Einstufungsverordnung zum BPGG (EinstV)** geregelt. Die EinstV enthält Definitionen der Betreuung und Hilfe und zeitliche Werte für die einzelnen Verrichtungen, zB. für An- und Auskleiden, Körperpflege, Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten sowie die Mobilitätshilfe.

In der EinstV wurde überdies normiert, dass die Grundlage für die Entscheidung über das Pflegegeld ein **ärztliches Sachverständigengutachten** bildet, wobei erforderlichenfalls zur ganzheitlichen Beurteilung der Pflegesituation Personen aus anderen Bereichen (zB. Krankenpflege) beizuziehen sind. Die ärztlichen Begutachtungen werden in der Regel in Form von Hausbesuchen durchgeführt.

Den **besonderen Bedürfnissen von Menschen mit geistiger und psychischer Behinderung** wird durch das Gleichsetzen der Anleitung und Beaufsichtigung mit der Betreuung und Hilfe sowie der Berücksichtigung eines Zeitwertes für die Führung eines Motivationsgesprächs in der EinstV Rechnung getragen.

Das österreichische Pflegegeldsystem erfasst alle Pflegebedürftigen, also alte pflegebedürftige Menschen - dies ist die größte Gruppe -, behinderte Kinder, physisch, psychisch und geistig behinderte Menschen. Die Einstufung erfolgt grundsätzlich funktionsbezogen, wobei durch die im Gesetz normierten Mindesteinstufungen für hochgradig sehbehinderte, blinde und taubblinde Personen sowie von Personen, die zur eigenständigen Lebensführung überwiegend auf den aktiven Gebrauch eines Rollstuhles angewiesen sind, den besonderen pflegerelevanten Bedürfnissen dieser behinderten Menschen Rechnung getragen werden soll.

Um die **Situation der betreuenden Angehörigen** zu verbessern, wurde mit Wirkung 1. Jänner 1998 eine begünstigte Weiterversicherung in der Pensionsversicherung für jene Personen, die einen nahen Angehörigen der Pflegegeldstufe 5, 6 oder 7 betreuen und aus diesem Grunde ihre Erwerbstätigkeit aufgeben mussten, geschaffen. Diese Pflegepersonen werden insofern begünstigt, als der Bund den fiktiven Dienstgeberbeitrag übernimmt. Die Pflegeperson hat daher nicht 22,8 %, sondern nur 10,25 % der Bemessungsgrundlage als Beitrag zu leisten. Mit Wirkung vom 1. Jänner 2001 wurde diese Begünstigung für pflegende Angehörige auf die Stufe 4 ausgedehnt, mit Wirkung vom 1. September 2002 folgt die Ausweitung auf Stufe 3.

Die Position pflegender Angehöriger wurde überdies gestärkt, als im Zuge der Änderung der **beitragsfreien Mitversicherung in der Krankenversicherung** mit Wirkung vom 1. Jänner 2001 Angehörige, die Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 4 beziehen, bzw. Angehörige, die den Versicherten mit Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 4 pflegen, nach wie vor beitragsfrei mitversichert sind.

Seit Jänner 1998 bietet das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen eine **Beratung für Pflegende** für alle privaten Pflegepersonen und alle, die von Problemen der Pflege betroffen sind, an. Dieses Beratungsangebot versteht sich als Informationsdrehscheibe und Beratungseinrichtung mit Orientierungshilfestellung für Ratsuchende. Dazu wird auch Informationsmaterial in Broschürenform und über das Internet angeboten. Die **Datenbank Handynet-Österreich** dient darüber hinaus als Informationspool über technische Hilfsmittel für behinderte Menschen und Organisationen für Menschen mit Behinderung via Internet.

Das System der Pflegevorsorge wird laufend an die gewonnenen Erfahrungen sowie die entstandene Judikatur legislativ angepasst.

Das System der Pflegevorsorge ist eine **Kombination von Geld- und Sachleistungen**. Daher enthält die Pflegevorsorge neben der Einführung eines bundeseinheitlichen Pflegegeldes als zweiten Hauptpunkt den **Ausbau der sozialen Dienste**, der in der Verantwortlichkeit der Länder liegt.

In der Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15 a Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) über Maßnahmen für pflegebedürftige Personen haben sich die Länder verpflichtet, für einen dezentralen und flächendeckenden Auf- und Ausbau der ambulanten, teilstationären und stationären Dienste zu sorgen. Zu diesem Zweck sind in der Vereinbarung ein **Leistungskatalog und Qualitätskriterien** für soziale Dienste enthalten. Außerdem sind die Länder dafür

verantwortlich, dass die angebotenen Dienste organisatorisch miteinander vernetzt sowie Information und Beratung sichergestellt werden.

Die Zielsetzungen dieses Systems sind:

- Pflegebedürftige Menschen sollen sich frei zwischen den angebotenen Diensten **entscheiden** können.
- Dem Ausbau der **ambulanten Versorgung** ist klare Priorität gegenüber stationären Einrichtungen zu geben.
- Die **Heime** sollen klein, dezentral und in die Wohngemeinden integriert sein.
- Der Aufbau neuer Pflegestrukturen muss zu einer **Entlastung der pflegenden Angehörigen** führen. Besonders wichtig ist dabei das Angebot entlastender Hilfen (z.B. Tages-, Kurzzeit- und Urlaubspflege).

Die einzelnen **Sozialhilfegesetze der Länder** beinhalten neben der Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfes und der Hilfe in besonderen Lebenslagen auch die **sozialen Dienste**. Soziale Dienste zielen auf eine Hilfestellung bei der Bewältigung von sozialen Problemlagen ab, die in der gesamten Bevölkerung in gewissen Situationen regelmäßig auftreten und mit materieller Hilfe (allein) nicht bewältigt werden können. Formen sozialer Dienste sind im Wesentlichen Heimhilfe, Hauskrankenpflege, Familienhilfe, Essenzustelldienst, Beratungsdienste, die Förderung geselliger Kontakte bzw. die Teilnahme am kulturellen Leben sowie Alters- und Pflegeheime. Die Erbringung derartiger Leistungen erfolgt in allen Ländern durch die jeweiligen Rechtsträger als Träger von Privatrechten, es besteht somit kein Rechtsanspruch auf derartige Maßnahmen.

In der oben genannten Vereinbarung wurde festgeschrieben, dass bei der Erbringung der Pflegeleistungen **Kostenbeiträge** von den pflegebedürftigen Personen eingehoben werden können, dass dabei allerdings soziale Gesichtspunkte zu berücksichtigen sind.

Die Sozialen Dienste werden die familiäre Pflege nie ganz ersetzen können, sie sind aber unerlässlich zur Entlastung und **Unterstützung der pflegenden Angehörigen**.

In ihrer Studie über die Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems sind Badelt et al. der Frage nachgegangen, wie viele Pflegegeldbezieher tatsächlich soziale Dienste in Anspruch nehmen (siehe Anhang 1: „Pflegegeldbezieher und die **Inanspruchnahme von sozialen Diensten**“).

Insgesamt beziehen 56% der befragten Personen eine oder mehrere Dienstleistungen (47% beziehen Dienste in der eigenen Wohnung bzw. im eigenen Haus und 22% Dienste außer Haus). Etwa ein Drittel aller Pflegegeldbezieher kann seit Einführung des Pflegegeldes mehr soziale Dienste beziehen als vorher. Die Inanspruchnahme von Diensten ist vor allem abhängig von der Pflegegeldstufe, vom Gesamteinkommen der pflegebedürftigen Person (Einkommen plus Pflegegeld) und vom bestehenden Angebot.

Aus dem Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2000 geht hervor, dass seit dem Jahre 1993 vermehrt **ambulante Dienste** in Anspruch genommen werden (siehe Anhang 1: „Ambulante Dienste von 1993 – 2000“).

1.2.2 Bewertung

Da die Dienstleistungen vor allem auf regionaler bzw. lokaler Ebene angeboten werden, sind große **Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern** zu beobachten. Während z.B. in Vorarlberg und Wien bereits eine lange Tradition in der Erbringung von Sozialen Diensten besteht, gibt es z.B. in Kärnten und im Burgenland regional noch einige Versorgungslücken zu schließen (siehe Anhang 1: „Inanspruchnahme von sozialen Diensten nach Bundesländern“).

Wartezeiten für Pflegeheimplätze am Beispiel des Landes Wien:

Bei der direkten Überstellung von Krankenanstalten in eine stationäre Pflegeeinrichtung beträgt die durchschnittliche Wartezeit 2 Monate. Bis zur Aufnahme in ein Pflegeheim wird der Patient als Pflegepatient in der Krankenanstalt versorgt.

Bei Aufnahmen vom ambulanten Bereich in eine stationäre Pflegeeinrichtung erfolgt die Aufnahme (Jahr 2001) bei 41% der Personen sofort bis zum 7. Tag nach der Meldung des Pflegebedarfs, bei 59% im Zeitraum von 8 bis zu 90 Tagen.

Bei der Aufnahme in private stationäre Einrichtungen kommt es laut Angaben der privaten Träger zu Wartezeiten von 14 Tagen bis zu 6 Monaten.

1.2.3 Herausforderungen

In der Studie von Badelt et.al. über die **Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems** wurde die Frage untersucht. „Brauchen Sie insgesamt mehr Hilfe, als Sie gegenwärtig erhalten?“. Ein Viertel der Personen antwortete mit Ja. Besonders häufig genannt wurde ein Bedarf an Begleitdiensten, die den Betroffenen soziale Aktivitäten ermöglichen würden, sowie an medizinisch-therapeutischen Diensten.

Auf die Frage, warum keine Sozialen Dienste in Anspruch genommen werden, antworteten 12 % der befragten Personen, dass in ihrer Umgebung keine Dienste angeboten werden. Für 16 % der Pflegegeldbezieher sind die Sozialen Dienste zu teuer. Weitere Probleme, die häufig kritisiert wurden, waren häufiger Personalwechsel, mangelnde Flexibilität und organisatorische Schwerfälligkeiten.

Durch die Studie von Badelt et.al. wurde bestätigt, dass die Lage der betreuungsbedürftigen Menschen und ihrer Betreuungspersonen aufgrund der Pflegegeldgesetze und ihrer Begleitmaßnahmen deutlich verbessert werden konnte. Dennoch bestehen im Gesamtsystem der Pflegevorsorge nach wie vor **Probleme**, die durch das Pflegegeld alleine nicht gelöst werden konnten. Notwendig ist insbesondere eine weiter gehende soziale Absicherung und Unterstützung von Pflegepersonen, die bessere Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und informeller Pflgetätigkeit und der weitere Ausbau und die bessere Integration der sozialen Dienste.

1.2.4 Geplante strategische Änderungen

Aufgrund der oben genannten Vereinbarung wird das **Angebot an Sozialen Diensten in allen Bundesländern ausgebaut**. Für den Ausbau ist eine längerfristige Planung erforderlich. Zu diesem Zweck haben die Länder zwischen 1996 und 1998 Bedarfs- und Entwicklungspläne erstellt, die schrittweise bis zum Jahr 2010 realisiert werden. Die Länder passen nun laufend ihre Planungen an die aktuellen Entwicklungen an.

Da die Halbzeit im Planungshorizont erreicht ist, ist beabsichtigt, in den Jahren 2002/2003 eine **Zwischenbilanz über den Ausbau der Sozialen Dienste** auf Basis der Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder zu ziehen. Ziel dieser Evaluierung wird sein, die in den Ländern bislang erfolgten Umsetzungsschritte und deren Ergebnisse zu erheben und systematisch aufzubereiten und damit Einblick in die Effekte der Vereinbarung zu gewinnen.

2 Qualität

2.1 Gesundheitsversorgung

2.1.1 Standards

In Bezug auf den stationären Akutbereich in den aus öffentlichen Mitteln über die neun Landesfonds finanzierten Krankenanstalten (das sind die öffentlichen allgemeinen und Sonderkrankenanstalten und die privaten gemeinnützigen allgemeinen Krankenanstalten, kurz Fonds-Krankenanstalten) sind in Zusammenhang mit den Festlegungen im **Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan** (siehe auch Punkt 1.1.3/1.1.4) bzw. seiner Weiterentwicklung zu einem Leistungsangebotsplan Strukturqualitätskriterien entwickelt worden. In der **Leistungsangebotsplanung** wird die Qualität der Leistungserbringung in Abhängigkeit von der Strukturqualität und der Leistungsmenge gesetzt. Die Leistungsangebotsplanung stellt damit eine Weiterentwicklung dar von der traditionellen Bettenplanung zu einer Kapazitätsplanung (Frequenzen, Belagsdauer) und stärker qualitätsorientierten Planungsempfehlungen. Die Qualitätskomponente wird mittels der Festlegung von Strukturqualitätskriterien und fachspezifisch abgestuften Leistungsspektren in die Planung integriert. Die Strukturqualitätskriterien umfassen im Wesentlichen Festlegungen zur Personalausstattung und –qualifikation sowie zu infrastrukturellen Anforderungen und legen teilweise die in Hinblick auf die Qualitätssicherung erforderlichen Mindestfrequenzen und/oder das erforderliche Leistungsangebot fest.

Bislang liegen **Strukturqualitätskriterien** für die Intensivbehandlungsbereiche, für ausgewählte aufwändige und ressourcenintensive Leistungsbereiche (z.B. Herzchirurgie, Transplantationschirurgie) und für sich noch im Aufbau befindliche Versorgungsbereiche (z.B. Palliativmedizin, Psychosomatik) vor. Darüber hinaus wurden neue intramurale Versorgungsebenen mittels Strukturqualitätskriterien definiert und im Plan standortmäßig festgelegt (z.B. Fachschwerpunkte, dislozierte Tageskliniken). Für ausgewählte Fachrichtungen wurden fachspezifische Leistungsspektren festgelegt, die je nach intramuraler Versorgungsebene bzw. in Abhängigkeit von der vorhandenen strukturellen Ausstattung in unterschiedlichem Umfang zur Anwendung kommen sollen.

Die genannten Strukturqualitätskriterien und fachspezifischen Leistungsspektren wurden 2001 von Bund und Ländern im Rahmen der Strukturkommission inhaltlich beschlossen. Teilweise sind sie bereits verbindlich anzuwenden, teilweise sind die Modalitäten ihrer Umsetzung noch im Jahr 2002 festzulegen. Der Österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) 2001, Stand 1.1.2002, inklusive Strukturqualitätskriterien und fachspezifischen Leistungsspektren ist auf der Homepage des Ministeriums für soziale Sicherheit und Generationen (www.bmsg.gv.at) verfügbar.

Im Hinblick auf **Prozessqualitätsstandards** legt der Bund im Rahmen seiner Qualitätsstrategie einen Schwerpunkt auf die Durchführung von Benchmarkingprojekten mit wissenschaftlicher Projektmanagementbegleitung unter Einbindung einer möglichst großen Anzahl von Professionisten aus der Praxis. Nur unter Einbeziehung der MitarbeiterInnen vor Ort ist es möglich, die Anerkennung und Akzeptanz vorgeschlagener Best Practice-Instrumente zu gewährleisten und deren nachhaltigen Einsatz in der Praxis zu sichern bzw. zu fördern. Die Benchmarking-Projekte zielen einerseits auf die Entwicklung von Best Practice-Instrumenten und andererseits auf deren flächendeckenden nachhaltigen Einsatz ab. Benchmarking-Projekte wurden unter anderem zu den Themen PatientInnenorientierung, Schnittstellenmanagement (Aufnahme und Entlassung im Krankenhaus), OP-Organisation, Zusammenarbeit zwischen internen Dienstleistern im Spital und bettenführenden Stationen, zur Optimierung des Antibiotika-Einsatzes und Vermeidung von nosokomialen Infektionen in Krankenanstalten durchgeführt. Zu vielen Projekten wurden Leitfäden und Qualitätsinstrumente erstellt, die in Form von Broschüren veröffentlicht und den Akteuren aus der Praxis zur Verfügung gestellt wurden (siehe Punkt 2.1.5.4.: Liste der Broschüren der Strukturkommission und des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen). Diese Aktivitäten leisten damit einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung von Standards und Leitlinien in definierten Bereichen.

Die Erfassung der **Ergebnisqualität** wird als der am schwierigsten zu bearbeitende Bereich erachtet. Das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen hat in diesem Zusammenhang Initialprojekte wie die Teilnahme österreichischer Krankenanstalten am internationalen "Quality Indicator Project" der Maryland Hospital Association/USA bzw. die Durchführung der Studie „Ergebnisqualität im Krankenhaus“ (siehe Punkt 2.1.5.4 : Liste der Broschüren der Strukturkommission und des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen) gefördert. Eine Weiterführung dieser Aktivitäten auf nationaler Ebene wie auch der gesteigerte Erfahrungsaustausch auf internationaler Ebene sind geplant.

Im **extramuralen Bereich** wurde die Standardentwicklung bislang vom in Selbstverwaltung agierenden Hauptverband der Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer sowie deren Fachgesellschaften wahr genommen. Diese Vorgaben betreffen einerseits klinische Standards, Vorschriften zur ökonomischen Verschreibweise von Arzneimitteln und Heilbehelfen sowie Strukturqualitätskriterien (Öffnungszeiten von Praxen etc.). Eine kürzlich in Kraft getretene Gesetzesänderung sieht vor, dass die Österreichische Ärztekammer Qualitätsstandards für den Bereich der niedergelassenen Ärzte zu erarbeiten hat.

Die Patientenrechte wurden im Rahmen des Krankenanstaltengesetzes definiert (siehe Anhang 2).

2.1.2 Bewertung

Die Qualität der Versorgung im niedergelassenen wie auch im stationären Bereich wird zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht im Rahmen eines Akkreditierungsverfahrens gemessen und bewertet. Zertifizierungen im Rahmen anerkannter Qualitätsmanagement-Modelle (ISO, EFQM etc.) erfolgen derzeit auf freiwilliger Basis. Der Bund ist bemüht, das Wissen um die unterschiedlichen

Qualitätsmanagementinstrumente zu verbreiten und zu fördern, schreibt jedoch kein Verfahren verpflichtend vor.

Den stationären Akutbereich der Fonds-Krankenanstalten betreffend haben sich der Bund und die Länder als Partner der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG verpflichtet, den Österreichischen **Krankenanstalten- und Großgeräteplan** zu einer Leistungsangebotsplanung weiter zu entwickeln und damit in Zusammenhang verbindliche Strukturqualitätskriterien und fachspezifische Leistungsspektren als Richtlinien der Strukturkommission zu erlassen (zum derzeitigen Stand siehe Punkt 2.1.1). Damit wird die Entwicklung und die regelmäßige Evaluierung und Aktualisierung der Strukturqualitätskriterien von den relevanten politischen Kräften **verbindlich unterstützt**.

Hinsichtlich der Prozessqualitätskriterien setzt der Bund derzeit auf die Freiwilligkeit der Teilnahme, um sicherzustellen, dass die angebotenen **Benchmarking-Projekte** zu größtmöglicher Akzeptanz und gesteigertem Qualitätsbewusstsein im praktischen Alltag führen.

Weiters werden im Rahmen der sanitären **Aufsicht die Amtsärzte** in den Gesundheitseinrichtungen kontrollierend tätig, wobei sie sich in zunehmendem Maße bundesweit einheitlicher Kontrollverfahren bedienen.

Im **niedergelassenen Bereich** wird die Qualität der Versorgung durch die fachliche Aufsicht der Ärztekammer (de facto klinische Standards im Rahmen der medizinisch-klinischen Vorgaben der Fachgesellschaften) und durch organisatorische Standards seitens des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger (Öffnungszeiten, ökonomische Verschreibeweise von Arzneimitteln und Heilbehelfen) sichergestellt.

2.1.3 Förderung der Qualitätsverbesserung

Eine wesentliche Grundvoraussetzung für die Förderung der Qualität von Leistungen im Gesundheitswesen besteht in der effizienten **Zusammenarbeit aller relevanten Akteure** (Leistungserbringer, Finanziere, Patienten, Verwaltung), die vom gemeinsamen Ziel einer verbesserten Qualität überzeugt werden müssen. Die generelle Förderung von Qualitätsbewusstsein in den Gesundheitsinstitutionen ist ein wichtiger Schritt in Richtung gemeinsamer Zusammenarbeit.

Hilfreich ist in diesem Zusammenhang **ein rechtlich-organisatorischer Rahmen**, der Zielvorgaben beinhaltet und Verbindlichkeiten schafft. Entsprechende Schritte wurden im Rahmen der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG gesetzt, indem von Bund und Ländern gemeinsam ein Qualitätsartikel verabschiedet wurde, der die Durchführung gemeinsam definierter Qualitätsinitiativen über die gesamte Laufzeit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG (Periode 2001 - 2004) vorsieht.

Eine wichtige Säule im Hinblick auf die Implementierung eines Qualitätssystems ist die Förderung und Unterstützung jener **Professionisten**, die letztendlich die Gesundheitsleistung vor Ort erbringen müssen. Aus diesem Grund ist anlässlich der Durchführung von Qualitätsprojekten auf die möglichst intensive Einbindung der MitarbeiterInnen Bedacht zu nehmen. Gegen den Willen der MitarbeiterInnen in Gesundheitseinrichtungen werden Strategien zur Qualitätsverbesserung kaum durchzuführen sein.

Eine zweite wichtige Säule der Durchsetzung einer Qualitätsstrategie setzt in der **Bewusstseinsbildung bei den PatientInnen** an, insofern als durch das verstärkte Empowerment der PatientInnen der Gesundungsprozess wesentlich mitgestaltet werden kann. Um diesen Gedanken zu fördern, hat der Bund ein Projekt mit dem Titel „Koproduktion durch Empowerment - Qualitätsverbesserung der PatientInnenbetreuung und des postoperativen Gesundungsprozesses in der Chirurgie“ in Auftrag gegeben (siehe Punkt 2.1.5.4 : Liste der Projekte).

Die **Einbindung der Finanziere** im Gesundheitswesen ist insofern von Bedeutung, als das langfristige Hauptaugenmerk nicht allein im Kürzen von Gesundheitsbudgets und exzessiven Einsparungen liegen kann, sondern Instrumente entwickelt werden müssen, die qualitätsbezogene Effektivitätsansprüche und ökonomiebezogene Effizienzansprüche sinnvoll verbinden.

Transparenz ist ein weiteres wesentliches Merkmal, welches die Etablierung eines Qualitätssystems fördert. Der Bund hat in diesem Sinn die Aufgabe übernommen, durch die Finanzierung eines eigenen Informationszentrums für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, das sog. 'forumQat' (www.forumQ.at), eine Informationsplattform zu schaffen, die es allen Akteuren ermöglichen soll, über Projekte und Aktivitäten, Fortbildungsmöglichkeiten und Veranstaltungen im Qualitätsbereich informiert zu sein. Transparenz wird darüber hinaus durch die Planungen zur Implementierung einer umfassenden Qualitätsberichterstattung gesichert. Mittelfristig soll allen relevanten Akteuren ein Bundesqualitätsbericht (basierend auf Qualitätsberichten der Länder) jährlich zur Verfügung gestellt werden. Weiters werden laufend Berichte der Landesregierungen im Rahmen der sanitären Aufsicht an den Bund übermittelt.

2.1.4 Herausforderungen

Die Herausforderung im Hinblick auf Qualität liegen unter anderem im Anspruch der sinnvollen Vereinbarkeit von Qualität und ökonomischer Effizienz. Sinnvoll gesetzte Aktivitäten im Qualitätsbereich mögen kurzfristig höhere Kosten verursachen, wirken sich aber mittel- und langfristig positiv auf das Budget der Finanziere der Gesundheitsversorgung aus. Überschneidungen zwischen Qualitätsmanagement und anderen Bereichen des Gesundheitswesens sind daher unvermeidbar. Die zwischen dem Bund und den Ländern verabschiedete **Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG** stellt sich dieser generellen Herausforderung, indem sie als wesentliche Aktionsfelder für die Laufzeit 2001-2004 folgende Bereiche definiert:

- Weiterentwicklung des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes zu einem Leistungsangebotsplan
- Verbesserung und Fortentwicklung des Systems der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (ähnlich einem DRG (Diagnosis Related Group)-System)
- Einführung eines flächendeckenden Qualitätssystems
- Verbesserung des Schnittstellenmanagements
- Verstärkter Einsatz von neuen Informationstechnologien und
- Verabschiedung eines Gesundheitstelematikgesetzes

Die Schaffung eines flächendeckenden Qualitätssystems stellt eine wichtige Säule der Gesamtstrategie im Rahmen der Art. 15a-Vereinbarung dar.

In Ergänzung zum qualitätsbezogenen Arbeitsauftrag aus der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG wird das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen zusätzliche qualitätsbezogene Akzente und Schwerpunkte im medizinisch-pflegerischen Bereich in Krankenanstalten setzen. Hier handelt es sich in erster Linie um die Entwicklung

- einer Antibiotika-Kultur (Optimierung des Antibiotika-Einsatzes)
- einer Fehler-Kultur („no blame culture“ bei unerwünschten Ereignissen)
- einer Strategie zur Vermeidung und Überwachung von nosokomialen Infektionen
- einer palliativen Kultur (durch Verankerung entsprechender Aus- und Weiterbildungsinhalte für Gesundheitsberufe in den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, sowie Umsetzung der im Krankenanstaltenplan definierten Strukturqualitätskriterien in der Palliativmedizin)
- eines modernen Inspektionssystems durch Amtsärzte

Ein weiteres Aufgabengebiet für die Zukunft stellt die Entwicklung der **PatientInnenmündigkeit** dar. Neben der gesetzlichen Verankerung von PatientInnenrechten im Krankenanstaltengesetz (siehe Anhang 2) sowie der PatientInnenanwaltschaft wurde auch eine PatientInnencharta definiert. Darüber hinaus haben sich in den letzten Jahren die Selbsthilfegruppen durch die Bildung eines Dachverbandes verstärkt organisiert, um ihre Interessen effizienter durchsetzen zu können. Der Bund hat überdies – basierend auf erfolgreich abgeschlossenen Vorgängerprojekten - ein mehrjähriges Qualitätsprojekt mit dem Titel „PatientInnenorientierung in Krankenanstalten“ ins Leben gerufen (siehe Punkt 2.1.5.4: Liste der Projekte).

2.1.5 Geplante strategische Änderungen – Qualitätsstrategie des österreichischen Bundes im Gesundheitswesen

2.1.5.1 Einleitung

In Österreich hat der Qualitätsgedanke im Rahmen des Gesundheitswesens wie in allen anderen west-europäischen Staaten in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen.

Wesentliche Grundsätze der Qualitätsstrategie des Bundes sind PatientInnenorientierung, Transparenz im Sinn systematischer Weiterentwicklung und ökonomische Effizienz.

Qualitätsarbeit wird in diesem Zusammenhang nicht als Widerspruch zur Ökonomie gesehen. Gute Qualität einer Leistung bringt mit sich, dass Ressourcen effektiv eingesetzt werden, das heißt, dass ein möglichst hoher Zielerreichungsgrad gesichert wird. Ökonomisches Handeln bringt mit sich, eine Leistung effizient durchzuführen, das heißt, das bestmögliche Verhältnis Mitteleinsatz/Output zu gewährleisten. Ziel jeglicher Strategie muss es sein, innovative Instrumente und gute Verfahren zu entwickeln, um die Verbindung der beiden Grundsätze zu gewährleisten.

2.1.5.2. Chronologie der Qualitätsstrategie im österreichischen Gesundheitswesen und institutionelle Verankerung

Wie in den meisten europäischen Ländern wurde in den 90er Jahren die Formulierung von Zielen und Umsetzungsstrategien zur Qualitätssicherung notwendig: ein verändertes Qualitätsbewusstsein der Bevölkerung, die Verknappung der Ressourcen, eine Verstärkung von Wettbewerb und Konkurrenzdruck erforderten diese Maßnahmen.

Den gestiegenen Anforderungen wurde im Jahr 1993 mit der **Novelle zum Bundes-Krankenanstaltengesetz** Rechnung getragen. Die Schwerpunkte der Novelle lagen bei der Festschreibung von Patientenrechten (siehe Anhang 2), bei der Ausweitung der Kompetenzen der Krankenhaushygieniker und in einem eigenen Paragraphen für die Regelung der Qualitätssicherung in Krankenanstalten. Diese Novelle hatte zum Ziel, Qualitätssicherung in den österreichischen Krankenanstalten institutionell zu verankern.

Der nächste Schritt zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems wurde seitens der Gesundheitspolitik durch die Verstärkung der Qualitätssäule im Rahmen der zwischen dem Bund und den Bundesländern getroffenen Vereinbarung gemäß **Artikel 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung (1997 - 2000)** gesetzt. Mit dieser Vereinbarung wurde in Österreich eine Strukturkommission auf Bundesebene eingerichtet, in der maßgebliche Partner des österreichischen Gesundheitswesens vertreten sind. Eine explizit genannte Aufgabe der Strukturkommission ist seither die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen.

Bestandteil dieser Vereinbarung war weiters der Österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP). Auf der Grundlage dieser Vereinbarung wurde auch das - dem DRG (Diagnosis Related Group)-System ähnliche - System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) mit 1. Jänner 1997 österreichweit eingeführt. Beide Instrumente leisten einen wesentlichen Beitrag zur bundesweiten Qualitätsarbeit: der ÖKAP/GGP soll die Strukturqualität der österreichischen Krankenhausversorgung sicherstellen bzw. verbessern, in dem insbesondere auf eine Weiterentwicklung in Richtung Leistungsangebotsplanung Wert gelegt wird. Das LKF-System wiederum trägt erheblich zur Verbesserung der Dokumentationsqualität und damit zur Transparenz des Leistungsgeschehens in den österreichischen Krankenhäusern bei.

Der bislang letzte und wesentlichste institutionelle Entwicklungsschritt war der Abschluss einer **weiteren vierjährigen Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung 2001 bis 2004** (siehe Homepage des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen: www.bmsg.gv.at). Neben einer Revision des ÖKAP/GGP als Bestandteil dieser Vereinbarung sowie der Festlegung, dass das LKF-System weiter zu führen und weiter zu entwickeln ist, stellt die neue Vereinbarung durch die Definition eines erweiterten Qualitätsartikels das Thema Qualität im Gesundheitswesen in den Vordergrund. Darüber hinaus wurde eine Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern bei grundlegenden Themen wie der Gesundheitstelematik und dem Schnittstellenmanagement vereinbart, wobei es

sich in beiden Fällen um Bereiche handelt, die unabdingbare Voraussetzungen für effektive Qualitätsarbeit darstellen.

Bisherige Erfahrungen haben gezeigt, dass es für die Qualitätsarbeit im engeren Sinn neben der notwendigen institutionellen Verankerung der Qualitätsarbeit wesentlich ist, Qualitätsziele auf Bundesebene, notwendige Aktivitäten und konkrete Projekte genauer zu definieren. Daher wurde im **Artikel 6 der laufenden Vereinbarung das Thema Qualität** inhaltlich umfassend beschrieben:

- (1) Zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen ist die systematische Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen zu intensivieren. Dazu ist ein **gesamtösterreichisches Qualitätssystem** einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien zu entwickeln, umzusetzen und regelmäßig zu evaluieren und weiterzuentwickeln. Dieses Qualitätssystem hat auf den Prinzipien der Patientenorientierung, der Transparenz, der Effizienz und der Kostendämpfung zu basieren.
- (2) Im Rahmen der Strukturkommission sind **bundeseinheitliche Grundsätze festzulegen und Vorgaben für die Vorgangsweise bei der Umsetzung** sowie ein Zeitplan für die Umsetzung zwischen den Vertragsparteien einvernehmlich und verbindlich zu vereinbaren. Die Strukturkommission hat insbesondere auch dafür zu sorgen, dass auf den Gebieten
 1. Information und Qualitätsberichterstattung
 2. Förderungsmaßnahmen und Anreizmechanismen
 3. Leitlinien, Richtlinien und Standards
 4. Qualitätsmessung und Qualitätsevaluierung (laufendes standardisiertes Qualitätsmonitoring)
 5. Qualitätsorientiertes Schnittstellenmanagementdie erforderlichen Aktivitäten unternommen werden.
- (3) In der Laufzeit der Vereinbarung sind insbesondere **Projekte aus folgenden Bereichen zu unterstützen** und durch eine ökonomische Evaluierung zu begleiten:
 1. Verbesserung der Zuweisungs-, Aufnahme- und Entlassungsqualität
 2. Entwicklung von Best-Practice-Modellen
 3. Qualitätsmaßnahmen im Blutbereich
 4. Sinnvoller und gesamtökonomischer Medikamenteneinsatz
 5. Krankenhausinfektionen/Krankenhaushygiene
 6. Erarbeitung von Behandlungspfaden und Mindeststandards
 7. Wissenschaftliche Evidenz von Gesundheitsleistungen
 8. Ergebnisqualität im intra- und extramuralen Bereich
 9. Schnittstellenmanagement
 10. Gesundheitstelematik
 11. Dokumentationsqualität
 12. Strukturqualitätskriterien zur Leistungsangebotsplanung.
- (4) Ein **Sanktionsmechanismus** ist einzurichten. Der Sanktionsmechanismus kommt dann zur Anwendung, wenn die einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien verbindlich vereinbarten strukturellen Vorgaben und Rahmenbedingungen zur Sicherstellung der systematischen Qualitätsarbeit nicht eingehalten werden.

Das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen setzt in Ergänzung zum Arbeitsauftrag aus der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zusätzliche qualitätsbezogene Akzente und Schwerpunkte im medizinisch-pflegerischen Bereich. Hier handelt es sich in erster Linie um die Entwicklung einer Antibiotika-Kultur (Optimierung des Antibiotika-Einsatzes), einer Fehler-Kultur („no blame culture“ bei unerwünschten Ereignissen), einer Strategie zur Vermeidung und Überwachung von nosokomialen Infektionen und der Entwicklung einer Palliativen Kultur.

Palliative Care ist ein relativ junger Wissenschaftszweig in der Medizin und erlangt in der Patientinnenversorgung zunehmend an Bedeutung. Ziel ist es, die Palliative Kultur zu einem wesentlichen Bestandteil der Qualitätsarbeit in der stationären und ambulanten PatientInnenversorgung auszubauen. Im Hinblick auf die Förderung der Palliativen Kultur setzt der Bund insbesondere auf die Verankerung der Aus- und Weiterbildungsinhalte für die Gesundheitsberufe in einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen und die Umsetzung der im Krankenanstaltenplan definierten Strukturqualitätskriterien in der Palliativmedizin.

Ein weiterer Schwerpunkt wird in der Aus- und Weiterbildung der Amtsärzte gesehen, um diesen die Befähigung und Qualifikation zur Durchführung der Krankenhauseinschauen, im Rahmen der sanitären Aufsicht, zu verleihen. In der Folge sollte dies zur Entwicklung eines modernen Inspektionssystems der Gesundheitseinrichtungen führen.

Im Rahmen der jährlich stattfindenden österreichischen Gesundheitskonferenz wurde unter Mitwirkung externer Experten eine eigene Arbeitsgruppe „Qualität im Gesundheitswesen“ eingerichtet.

Wie aus den bisherigen Beschreibungen ersichtlich, war der Ausgangspunkt vieler gesundheitsspezifischer Qualitätsinitiativen des Bundes anfänglich vorwiegend der stationäre Bereich (Krankenanstaltensektor). Die Qualitätssicherung des extramuralen Bereichs (niedergelassene Praxen) wurde - auch aufgrund der eigenständigen Finanzierung in diesem Sektor - als Angelegenheit der in Selbstverwaltung agierenden Sozialversicherungsinstitutionen und der Ärztekammer sowie deren Fachgesellschaften betrachtet. Gerade in den letzten Jahren wurden sich aber alle Akteure verstärkt der Notwendigkeit einer besseren Abstimmung zwischen intra- und extramuralen Bereich bewusst.

Im Zusammenhang mit der Verbesserung des Schnittstellenmanagements wird auch verstärkt daran gearbeitet, die Diagnosen- und Leistungskataloge des stationären Sektors in einem ersten Schritt auf den Spitalsambulanzbereich und in Zukunft in einer vergleichbaren Methodik auf den niedergelassenen Bereich zu übertragen.

Ein bedeutender Schritt in Richtung verstärkter Qualitätsstandards im niedergelassenen Bereich stellen kürzlich in Kraft getretene gesetzliche Bestimmungen dar, wonach die Österreichische Ärztekammer Qualitätsstandards für den niedergelassenen Bereich zu erarbeiten und – nach Ausübung des Anhörungsrechtes durch den Hauptverband der Sozialversicherungsträger – dem Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen zur Genehmigung vorzulegen hat.

2.1.5.3 Internationale Schwerpunkte

Auf internationaler Ebene hat Österreich bereits während seiner EU-Präsidentschaft 1998 einen Schwerpunkt im Qualitätsbereich gesetzt. Im Rahmen eines Expertentreffens und einer Konferenz auf Ebene der GesundheitsministerInnen wurden erstmals die durchaus unterschiedlichen Qualitätsstrategien im Gesundheitswesen der EU-Mitgliedstaaten und die Aktivitäten der Kommission diskutiert. Die Ergebnisse dieser Gespräche wurden in Form einer Publikation (siehe Punkt 2.1.5.4 Liste der Broschüren „Qualität im Gesundheitswesen“) der internationalen Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Um das Wissen über die Gesundheitssysteme der EU-Beitrittskandidaten zu vertiefen, wurde im Jahr 1999 eine weitere Studie in Auftrag gegeben, die in analoger Weise den Stellenwert der Qualitätspolitik im Gesundheitswesen der EU-Beitrittskandidaten analysierte und ebenfalls publiziert wurde (siehe Punkt 2.1.5.4 Liste der Broschüren).

Die internationalen Herausforderungen der Zukunft werden für Österreich darin bestehen, mit den verfügbaren Ressourcen an den Qualitätsinitiativen internationaler Organisationen mitzuwirken und die Ergebnisse dieser Arbeiten in sinnvoller Weise an nationale Aktivitäten zu koppeln. Diese Aufgaben bestehen auf der einen Seite in der Beantwortung und Weiterentwicklung des vorliegenden Fragebogens der Europäischen Kommission. Auf der anderen Seite wurde seitens der Bundesebene gegenüber der OECD zugesagt, sich im Rahmen des mehrjährigen „OECD Health Projects“ an Arbeitsgruppen zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren zu beteiligen. Weiters steht das Bundesministerium auch mit WHO-Dienststellen in Kontakt, die die Qualitätsstrategien der Mitgliedstaaten analysieren. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass eine Abstimmung der internationalen Akteure im Hinblick auf Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen dringend nötig erscheint und auch die Beteiligung der Mitgliedstaaten wesentlich erleichtern würde.

2.1.5.4 Qualitätsbezogene Aktivitäten und Projekte sowie Veröffentlichungen des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen

Bereits vor der jüngsten Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG hat das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen qualitätsbezogene Projektarbeit und Aktivitäten aktiv gefördert. Bei der Durchführung der Projekte wurde speziell darauf geachtet, wesentliche Akteure und Berufsgruppen aus der Praxis einzubinden, um eine größtmögliche Akzeptanz und Praxisrelevanz der Projektergebnisse sicherzustellen.

Um die verstärkten qualitätsbezogenen Anstrengungen des Ressorts auch der interessierten Öffentlichkeit entsprechend präsentieren zu können, wurde ein eigenes Qualitätslogo entwickelt, mit dem seit 2001 alle relevanten Ressortpublikationen versehen sind.

Abgeschlossene Projekte/Aktivitäten

- Antibiotika-Strategie (ABS)-Projekt in bettenführenden Krankenanstalten
- Antibiotika-Strategie (ABS)-Projekt: Umsetzungsberatungen in 5 Krankenanstalten
- Koproduktion durch Empowerment: Qualitätsverbesserung der PatientInnenbetreuung und des postoperativen Gesundungsprozesses in der Chirurgie

- Pilotprojekt: Messung der Ergebnisqualität im Krankenhaus
- Evaluierung qualitätssichernder Maßnahmen in Krankenanstalten
- Erstellung eines Leitfadens zur Qualitätssicherung
- Erstellung eines Leitfadens zur PatientInnenorientierung
- Qualität im Krankenhaus
- Nationale Qualitätssicherungsinstitutionen im Gesundheitswesen in ausgewählten Ländern, Konferenz der EU GesundheitsministerInnen: Qualität im Gesundheitswesen – Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit auf EU-Ebene zur Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus in den Mitgliedstaaten
- Qualitätspolitik im Gesundheitswesen der EU-Beitrittskandidatenländer
Erstellung einer Richtlinie zur Qualitätssicherung in der mikrobiologischen Diagnostik
- Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) als Instrument zur Sicherung der Strukturqualität
- Inhaltliche Festlegung von Strukturqualitätskriterien und fachspezifischen Leistungsspektren im Rahmen des ÖKAP/GGP

Laufende Projekte/Aktivitäten

- Checklisten für die behördliche Krankenhauseinschau
- DDD-Projekt zur Antibiotika-Erfassung in bettenführenden Krankenanstalten
- Evaluierung der Antibiotika (ABS)-Strategie in Krankenanstalten 2001/2002
- Vorstudie: Evaluierung qualitätssichernder Maßnahmen in selbständigen Ambulatorien
- ForumQ.at
- Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene – „Pro-Hyg“
- MRSA Fragebogenaktion in bettenführenden Krankenanstalten
- Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser
- PatientInnenorientierung in österreichischen Krankenanstalten
- Pilotprojekt zum Aufbau einer österreichweiten Qualitätsberichterstattung
- Quality Indikator Projekt
- Revision des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes (ÖKAP/GGP) als Instrument zur Sicherung der Strukturqualität per 1.1.2003
- Festlegung der Modalitäten der Umsetzung der bereits inhaltlich beschlossenen Strukturqualitätskriterien und fachspezifischen Leistungsspektren im Rahmen des ÖKAP/GGP

Geplante Projekte/Aktivitäten

- Maßnahmen zur Reduktion der Bluttransfusionsrate in österreichischen Krankenanstalten
- 2. Evaluierung qualitätssichernder Maßnahmen in Krankenanstalten 2002/2003
- Optimierung des Medikamenteneinsatzes in österreichischen Krankenanstalten
- Verbesserung des Schnittstellenmanagements zwischen ambulanter und stationärer Versorgung
- Umsetzungsberatung zur Antibiotika Strategie in 30 Krankenanstalten 2002 - 2004
- Überarbeitung und Neuauflage des Leitfadens Qualitätssicherung

- Weiterentwicklung des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes zu einem vollständigen Leistungsangebotsplan inklusive Evaluierung und Aktualisierung der Strukturqualitätskriterien und fachspezifischen Leistungsspektren bzw. deren Erweiterung auf alle im Plan erfassten Leistungs- und Versorgungsbereiche

Während der letzten Jahre sind folgende Broschüren der Strukturkommission bzw. des BMSG erschienen:

- Leitfaden Qualitätssicherung (1995) deutsch, englisch, französisch
- Leitfaden Patientenorientierung (1998) deutsch, englisch, französisch
- Leitlinien zur Weiterentwicklung der Antibiotika-Kultur in Krankenanstalten (1998) deutsch, englisch
- Qualität im Gesundheitswesen (1998) deutsch, englisch, französisch
- Schnittstellenmanagement – medizinische Dienstleistungen (2001)
- Aufnahme- und Entlassungsmanagement (2001)
- OP-Organisation (2001)
- PatientInnenorientierte Stationsorganisation (2001)
- Messung der Ergebnisqualität im Krankenhaus (2001)
- Qualitätspolitik in den EU-Beitrittskandidatenländern (2001) englisch, deutsch
- Richtlinien „Standardisierung und Qualitätssicherung in mikrobiologischer Labordiagnostik“ 2001 Mikrobiologie
- Checkliste „Überprüfung der Krankenhaushygiene“ 2000 für Amtsärzte (LINK: www.dgs.at/krankenhaus)
- Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) 2001, Stand 1.1.2002, inklusive Strukturqualitätskriterien und fachspezifischen Leistungsspektren (www.gesundheit.bmsg.gv.at)

2.2 Langzeitpflege

2.2.1 Standards

Die Länder haben die Verpflichtung übernommen, für eine entsprechende **Sicherung der fachlichen Qualität und eine Kontrolle der sozialen Dienste** zu sorgen. Erbringen die Länder die entsprechenden Leistungen nicht selbst, so haben sie dafür zu sorgen, dass sie von anderen Trägern qualitäts- und bedarfsgerecht nach den Grundsätzen der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit erbracht werden.

In der Anlage A zur Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15 B-VG ist ein **Mindeststandard** definiert, dem die sozialen Dienste jedenfalls entsprechen müssen. Insbesondere wird für den **ambulanten Bereich** betont:

- die freie Wahl zwischen den angebotenen Diensten
- das ganzheitliche Angebot und die Vernetzung der Dienste
- Angebot auch an Sonn- und Feiertagen
- Qualitätssicherung und Kontrolle durch die Länder.

Auch für den **stationären Bereich** werden in der Vereinbarung Mindeststandards festgelegt. Insbesondere wird folgendes gefordert:

- kleine, überschaubare Heime
- Integration der Heime in die Gemeinde
- Mindestausstattung der Zimmer
- Mindestangebot an Räumen und Dienstleistungen
- jederzeitiges Besuchsrecht
- freie Arztwahl
- rechtlicher Schutz der Heimbewohner
- Aufsichtsregelungen durch die Länder.

Inzwischen haben die meisten Länder Regelungen für die Aufsicht von Alten- und Pflegeheimen erlassen, die insbesondere auch den **rechtlichen Schutz der Heimbewohner** gewährleisten.

2.2.2 Qualitätsüberwachung und -förderung

Obwohl die Erfahrungen der letzten Jahre gezeigt haben, dass die Pflege, insbesondere auch in der Familie, in hoher Qualität erbracht wird und nur in wenigen Fällen eine drohende Unterversorgung festzustellen war, wurden im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Rahmen eines 6-monatigen **Pilotprojektes** Daten über die **Pflegesituation und -qualität** erhoben und ausgewertet.

Im Rahmen dieses Pilotprojektes wurden für den Zeitraum 1. September 1996 bis 28. Februar 1997 bei den Entscheidungsträgern des Bundes Daten der Pflegegeldbezieher in anonymisierter Form erhoben. Für diese Erhebung wurde ein Formblatt entwickelt, das bei jeder Begutachtung durch den Arzt auszufüllen war.

Mittels des Formblattes wurden Daten zu folgenden Bereichen erhoben:

- personenbezogene Daten
- vorgeschlagene Einstufung
- Wohnsituation
- Betreuungssituation
- Inanspruchnahme professioneller Dienste
- Qualität der häuslichen Pflege

Bei den **Auswertungen** über die Qualität der Pflege wurde nur der häusliche Bereich betrachtet, wobei 96,6 % der Fälle ausreichend betreut und 3,4 % nicht ausreichend betreut wurden.

Der **Qualitätssicherung** wurde im **Bundespflegegeldgesetz** mit Wirkung vom 1. Juli 2001 ein eigener Abschnitt gewidmet. Diesem Bereich soll durch seine gesetzliche Verankerung in Zukunft verstärkte Bedeutung zukommen. Zu diesem Zweck ist unter anderem die Möglichkeit für die Entscheidungsträger vorgesehen, Maßnahmen zur Intensivierung der Qualitätssicherung zu ergreifen, wobei insbesondere die Überprüfung der Pflege in Form von Hausbesuchen ein wichtiges Instrument darstellt. Im Mittelpunkt dieser Hausbesuche soll aber nicht alleine die Überprüfung der Pflege stehen. Ein gleich hoher Stellenwert ist dem an alle an der

konkreten Pflege beteiligten Personen gerichteten Angebot, sich bei dieser Gelegenheit zum Thema Pflege informieren und beraten zu können, einzuräumen. In diesem Sinne sind die geplanten Hausbesuche auch als Unterstützung der pflegenden Angehörigen gedacht.

Da die **sozialen Dienste** in die Verantwortung der einzelnen Bundesländer fallen, existiert kein einheitlicher und verbindlicher Begriff von Qualität und Qualitätssicherung bei sozialen Diensten.

Die Betreuung pflegebedürftiger Personen wird nur sichergestellt sein, wenn genügend **Pflegepersonal** vorhanden ist. Bund und Länder haben daher vereinbart, die Arbeits- und Ausbildungsbedingungen des Personals zu verbessern und auch die Vereinbarkeit von Pflegeberuf und Familie zu erleichtern.

Der Bund ist für die Regelung von Berufsbild und Ausbildung des diplomierten **Krankenpflegepersonals** und der **Pflegehelfer** zuständig. Die Regelung von Ausbildungseinrichtungen, die als „Schule“ im Sinne des Art. 14 Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) zu qualifizieren sind, fällt ebenfalls in die Bundeskompetenz (z.B. Fachschulen für Sozialberufe nach dem Schulorganisationsgesetz oder Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz). Die Regelung von Berufsbild und Ausbildung der **Altenbetreuer**, **Familienhelfer** und **Heimhilfen** fällt dagegen in die Zuständigkeit der Länder. Bisher haben vier Bundesländer entsprechende Gesetze erlassen.

2.2.3 Herausforderungen

Im Zusammenhang mit den **Pflegeberufen** gibt es derzeit eine Reihe von Problemen:

- Ausbildungen und Berufsbilder sind uneinheitlich, unübersichtlich und überschneidend – und in manchen Bundesländern gar nicht – geregelt.
- Die engen Definitionen der Tätigkeitsfelder und der Befugnisse sind in der täglichen Arbeit problematisch, vor allem zwischen medizinischen und nicht-medizinischen Berufen.
- Eine gegenseitige Anerkennung der Ausbildungen ist nur in jenen Ländern möglich, wo es Rechtsvorschriften gibt.

2.2.4 Geplante strategische Änderungen

Zu Beginn des Jahres 2002 führte das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen in Zusammenarbeit mit dem Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) sowie zwei Pensionsversicherungsanstalten als Entscheidungsträger ein **weiteres Pilotprojekt** durch, das die gesetzlichen Maßnahmen in die Praxis umsetzen soll.

Im Zuge dieses Projekts wurden rund 1.000 Pflegegeldbezieher der beiden Anstalten in Form von Hausbesuchen durch Pflegefachkräfte betreut. Ziel war auch in diesem Versuch die Erfassung der konkreten Pflegesituation sowie von pflegerischen Defiziten und die Information und Beratung zu Fragen, die im Zusammenhang mit der Pflege stehen.

Die Ergebnisse der Hausbesuche wurden in standardisierten Formularen festgehalten, in einem Bericht zusammen gefasst und durch das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen gemeinsam mit dem ÖBIG einer Evaluierung unterzogen. Sollte sich der Pilotversuch bewähren und einen gangbaren Weg für die Implementierung des gesetzlichen Auftrages zur Qualitätssicherung darstellen, so wird die Ausweitung dieses Projektes angestrebt.

Zum Thema „**Berufsbilder und Ausbildung im Pflege- und Behindertenbereich**“ wurde 2001 unter Federführung des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen eine Arbeitsgruppe eingerichtet. Ziel ist es, zu einer einheitlichen, stufenweise und modularen Regelung der Ausbildungen und Berufsbilder sowohl im Altenpflege- als auch im Behindertenbereich zu gelangen. Zielsetzung ist eine Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern, in der die Eckpunkte eines solchen Systems festgelegt werden. Die Umsetzung im Detail hätte dann durch Landesgesetze zu erfolgen.

3 Langfristige Finanzierbarkeit

3.1 Gesundheitsversorgung

3.1.1 Kosten und Finanzierung

Die Ausgestaltung des österreichischen Gesundheitswesens, insbesondere die soziale Absicherung und die Freiheit der Nachfrage, aus einem breiten Angebot von Gesundheitsleistungen wählen zu können, sowie die hohe Qualität der Gesundheitsleistungen schlägt sich in der Höhe der Ausgaben für den Gesundheitsbereich nieder.

In Österreich besteht der Grundkonsens der „gemischten Finanzierung“. Etwa die Hälfte der Gesundheitsausgaben in Österreich wird über Krankenversicherungsbeiträge finanziert, rund ein Fünftel wird durch Steuereinnahmen aufgebracht, rund ein Viertel finanzieren die privaten Haushalte (inkl. Private Krankenversicherung).

Im Jahr 2000 betragen die Gesundheitsausgaben € 16.487 Mio. Ein wichtiger Indikator für den Vergleich von Gesundheitsausgaben ist ihr Anteil am Bruttoinlandsprodukt. Im Jahr 2000 betrug der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP 8,0 %. Die öffentlichen Gesundheitsausgaben betragen rund 5,6 % des BIP.

Die Entwicklung der Gesundheitsausgaben der Jahre 1995 – 2000 ist im Anhang 3 ersichtlich.

3.1.2 Kostentrends

Wie aus der Tabelle „Entwicklung der Gesundheitsausgaben“ im Anhang 3 zu ersehen ist, fielen die **öffentlichen Gesundheitsausgaben** im Jahr 2000 unter die 70 % Marke der gesamten Gesundheitsausgaben. Die öffentlichen Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit stiegen (Basis 1995) um 1 % im Jahr 1999 und um 2,5 % im Jahr 2000 und damit merklich geringer als die Wirtschaftsleistung. Die realen Pro-

Kopf-Ausgaben wachsen im gleichen Zeitraum kontinuierlich und auch deutlich schneller als das BIP. Nachdem seit 1997 die Gesundheitsausgabenquote konstant bei etwa 8 % des BIP liegt, weist die Ausgabendynamik – wie bereits in den letzten Jahren ersichtlich – auf eine **Verschiebung der Finanzierungslasten** hin.

Die Gesundheitsausgaben der **öffentlichen und privaten Haushalte** sind in den letzten Jahrzehnten stark gestiegen und verbrauchen einen immer größeren Anteil des gesamtwirtschaftlichen Einkommens. Gründe für die Wachstumsdynamik des Gesundheitssektors liegen in der Entwicklung des medizinisch-technischen Fortschritts und in der demografischen Entwicklung.

Im Rahmen eines EU-Projektes „**Forecasting the effects of Ageing on Health Expenditure in Austria**“ wurden die öffentlichen Gesundheitsausgaben einer Schätzung unter folgenden Annahmen unterzogen:

Öffentliche Gesundheitsausgaben für Akutversorgung

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben setzen sich bei den in diesem Bericht verwendeten Berechnungen aus den Kosten der öffentlichen Krankenanstalten, den Ausgaben der Krankenversicherungen für ärztliche Hilfe und für Heilmittel zusammen. Diese drei Ausgabengruppen gemeinsam entsprechen im Jahr 2000 4,9 % des BIP. Wie im Punkt 3.1.1. erwähnt, betragen die öffentlichen Gesundheitsausgaben 5,6 % des BIP. Dieser Unterschied erklärt sich aus jenen öffentlichen Ausgabenkomponenten, über deren Altersverteilung keine Angaben vorliegen (siehe dazu Anhang 4: Öffentliche Gesundheitsausgaben).

Je nach unterstellter Bevölkerungsentwicklung werden die öffentlichen Gesundheitsausgaben bis zum Jahr 2050 auf 6,40 % / 5,97 % / 6,65 % des BIP anwachsen. Die Schere zwischen den drei berechneten Bevölkerungsvarianten wird sich erst in rund zwanzig Jahren weiter zu öffnen beginnen; bis dahin verläuft die Entwicklung in allen drei Varianten relativ ähnlich. Da die Variante *hohe Bevölkerung* von höherer Fertilität und höherer Zuwanderung ausgeht, gewinnt in diesem Szenario der Anteil älterer Menschen nicht so stark an Gewicht wie in den beiden anderen Szenarien. Daher verschlechtert sich der Alten-Belastungsquotient weniger und die Gesundheitsausgaben werden von einer größeren Anzahl erwerbstätiger Menschen erwirtschaftet: Bezogen auf das BIP erscheinen die Gesundheitsausgaben niedriger als in Szenarien, die von niedrigerer Zuwanderung oder Fertilität ausgehen.

Die Vorausschätzungen gehen davon aus, dass die öffentlichen Gesundheitsausgaben den gleichen Preissteigerungen unterliegen, wie es für die Gesamtwirtschaft unterstellt wird. In der oben beschriebenen Vorausschätzung entsprechen die Preissteigerungen im Gesundheitswesen den Steigerungen des BIP pro Kopf. Dies ist eine eher konservative Annahme, da in der Vergangenheit in den meisten Ländern im Gesundheitswesen ein stärkeres Preiswachstum beobachtet wurde als in der Gesamtwirtschaft. Allerdings gibt es Hinweise dafür, dass das statistisch ausgewiesene Preiswachstum im Gesundheitswesen systematisch überschätzt wird, da Qualitätssteigerungen in unzureichendem Maße berücksichtigt werden. Da sich die vorliegende Vorausschätzung jedoch auf die Frage der Ausgabenentwicklung konzentriert, ist es in diesem Zusammenhang nur von sekundärem Interesse, ob mit den Ausgabensteigerungen auch qualitative Leistungsverbesserungen einhergehen. A priori ist nicht klar, ob im

Gesundheitswesen in Zukunft mit einem ähnlich überproportionalen Preisauftrieb zu rechnen ist wie in der Vergangenheit. Die in fast allen Ländern zu beobachtenden Bemühungen, das Preiswachstum einzubremsen, sind Anlass, für die Zukunft von geringeren Preissteigerungen als in der Vergangenheit auszugehen.

Gesundheitsleistungen werden in stärkerem Ausmaß von älteren als von jüngeren Menschen in Anspruch genommen. Für die Altersgruppe 80+ wird derzeit ein zweieinhalb mal so großer Anteil der Gesundheitskosten ausgegeben, wie es ihrem Bevölkerungsanteil entspricht (vgl. folgende Tabelle). Die Altersgruppe unter 65 Jahren stellt 84 % der Bevölkerung und verbraucht 61 % der Gesundheitsressourcen.

Bevölkerungs- und Gesundheitsausgabenanteile, 2000

<u>Altersgruppe</u>	<u>Bevölkerungsanteil</u>	<u>Ausgabenanteil</u>
0 bis 64	84 %	61 %
65 bis 79	12 %	28 %
80+	4 %	11 %
Gesamt	100 %	100 %

Quelle: IHS HealthEcon 2002.

Anders dargestellt, entfallen derzeit 3 Prozentpunkte der 4,9 % Gesundheitsausgaben auf die Altersgruppe unter 65, und nur ungefähr ein halbes BIP-Prozent auf die Altersgruppe 80+. Entsprechend den Verschiebungen in der Bevölkerungsstruktur werden sich die relativen Gewichte der Ausgaben zwischen den Altersgruppen verlagern: Ausgehend von einem konstanten Alters-Ausgaben-Profil und von einer Bevölkerungsentwicklung gemäß Hauptvariante, werden im Jahr 2050 noch immer 2,7 % des BIP auf die Altersgruppe unter 65, aber bereits 1,6 % des BIP auf die Altersgruppe 80+ entfallen. Der ausgewiesene Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben von 4,9 % des BIP auf 6,4 % geht demnach nicht nur zur Gänze auf den Anstieg bei den beiden älteren Arbeitsgruppen zurück, sondern kompensiert auch den (geringen) Rückgang bei den Ausgaben für die Altersgruppe bis 64 Jahre (siehe dazu die Abbildung der Verteilung der öffentlichen Gesundheitsausgaben im Anhang 4).

3.1.3 Kostendämpfungsmechanismen

Gesundheitspolitische Herausforderungen in Verbindung mit nachhaltigen Konsolidierungsbemühungen machen das Gesundheits- und Sozialwesen zum laufenden Zielbereich für Reformen.

Österreich geht den Weg der „Verbesserung des Bestehenden“ und möchte das Gesundheitswesen durch Ausschöpfen von Effizienzpotentialen und Koordination der Versorgung stärken, ohne dabei die solidarische Grundlage anzutasten.

Anfang 1997 trat eine umfassende Gesundheitsreform in Kraft, die auf den politischen Grundsätzen des gleichen Zugangs zu Gesundheitsleistungen, einer solidarischen Krankenversicherung, einer Mischfinanzierung aus Beitragsleistungen und aus allgemeinen Steuermitteln und der öffentlichen Bereitstellung des Gesundheitswesens aufbaute.

Seit 1997 schließen der Bund und die Länder in regelmäßigen Abständen Vereinbarungen ab und verbinden damit die Absicht, auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sicherzustellen und die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und möglicher Kosteneinsparungen abzusichern. Weiters gilt es, unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Gegebenheiten in den Bundesländern die einzelnen Bereiche und das gesamte Gesundheitssystem überregional entsprechend den demografischen Entwicklungen und Bedürfnissen ständig zu analysieren und weiterzuentwickeln. Dazu kommen die Vertragsparteien überein, unter Einbeziehung der intra- und extramuralen Bereiche alle Möglichkeiten wahrzunehmen, um

- eine integrierte, aufeinander abgestimmte Planung aller Bereiche im Gesundheitswesen zu erreichen,
- ein verbindliches, der Effizienzsteigerung dienendes Qualitätssystem für das österreichische Gesundheitswesen einzuführen,
- die Voraussetzungen für einen effektiven und effizienten Einsatz der Informationstechnologie im Gesundheitswesen zu schaffen,
- das Schnittstellenmanagement durch verbindliche Kooperationsformen zwischen den Gesundheitsversorgungseinrichtungen zu verbessern und
- den österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan in Richtung eines Leistungsangebotsplanes weiterzuentwickeln.

Im Jahre 1997 wurde mit der Umstellung der Finanzierung der öffentlichen und der privaten gemeinnützigen Krankenanstalten auf das **System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)** mittels Fallpauschalen gleichzeitig Rahmenbedingungen geschaffen, um das größte Leistungssegment im Gesundheitswesen einer globalen Budgetkontrolle zu unterstellen und alle Financiers des Gesundheitswesens einzubinden. Mit der Gründung von sogenannten „Landesfonds“ (Finanzierungsfonds) geht die Neuordnung der Finanzierungsströme, der Entscheidungsflüsse und der Anreize für den größten Sektor des Gesundheitswesens (Krankenanstaltensektor) einher. Die Kombination aus Budgetierung und leistungsbezogener Abrechnung soll und hat die Leistungs- und Kostentransparenz im Krankenanstaltensektor gefördert. Da alle Gebietskörperschaften und die Krankenversicherungen durch die Möglichkeit des Wirksamwerdens von Konsultations- bzw. Sanktionsmechanismen in die Finanzierungsumstellung einbezogen sind, wird der Krankenanstaltensektor in jedem Bundesland einer globalen Budgetkontrolle unterworfen.

Mit der Etablierung eines Finanzierungsfonds für Privatkrankenanstalten im Jahre 2001 rechnen auch die Privatspitäler ihre Gesundheitsleistungen nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung ab.

Seit der Einführung des LKF hat sich die durchschnittliche Belagsdauer in den öffentlichen Krankenanstalten weiter verkürzt und der Trend zu mehr Effizienz bei der Leistungserbringung und zur weiteren Konsolidierung der Kostensteigerungsraten hat sich auch in den letzten Jahren fortgesetzt.

Ein weiterer Eckpunkt dieser Vereinbarungen ist der **Österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan**, in welchem mit Planungshorizont 2005

Umstrukturierungen in vielen Krankenanstalten vereinbart und zukunftsorientierte Versorgungsaufträge definiert werden. Um das Spitalsangebot besser an die wachsende Zahl älterer Menschen anzupassen, wurde der flächendeckende Ausbau von Einrichtungen der **Akutgeriatrie/Remobilisation** in Akutspitälern durch Umwidmung bestehender Bettenkapazitäten bis zum Jahre 2005 vereinbart. Das Versorgungsziel ist die Remobilisation älterer PatientInnen zur Vermeidung von dauernder Pflegebedürftigkeit. Weiters werden **palliativmedizinische Einrichtungen (Hospize)** zur Versorgung von unheilbar kranken und sterbenden Personen geschaffen und aufgrund der in Österreich beobachteten Inzidenz an akuten Schlaganfällen werden vermehrt **Stroke-Unit**-Standorte in den Krankenanstalten vorgesehen.

Im Frühjahr 2001 wurde eine weitere Maßnahme zu Entlastung des stationären Bereiches gesetzt. Mit der Einführung des „Behandlungsbeitrags-Ambulanz“ wird u.a. eine medizinisch und gesamtwirtschaftlich gerechtfertigte Verlagerung von Leistungen vom spitalsambulanten in den extramuralen Bereich angestrebt.

3.1.4 Herausforderungen

Eine große Herausforderung stellt die angespannte **finanzielle Situation der Sozialen Krankenversicherung**, die einerseits auf die degressive Steigerungsrate der Löhne (gekoppelt sind daran die Beitragseinnahmen) und andererseits auf den medizinischen Fortschritt aber auch auf die demografische Entwicklung zurückzuführen ist, dar.

Im Jahre 2001 standen in der Sozialen Krankenversicherung Einnahmen in der Höhe von € 10,3 Mrd., Ausgaben in der Höhe von € 10,4 Mrd. gegenüber. Dies ergibt einen Saldo von € - 148,6 Mio. Auch für das Jahr 2002 wird ein deutlich negatives Ergebnis prognostiziert.

Überlegungen zur Sanierung der Sozialen Krankenversicherung betreffen einerseits die Erhöhung der Einnahmen durch eine allgemeine Beitragserhöhung oder durch vermehrte Zuzahlungen der PatientInnen und andererseits auf der Ausgabenseite die Senkung der Ausgaben durch Dämpfung der Heilmittelkosten.

Der Beitragssatz zur Sozialen Krankenversicherung wurde nicht erhöht, es wurden aber als Maßnahme zur Kostendämpfung in den letzten Jahren vermehrt Zuzahlungen (bei Befreiung bei sozialer Schutzbedürftigkeit) eingeführt (Kur- und Rehabilitationsaufenthalte, Krankenscheinegebühr, Erhöhung der Rezeptgebühr, Ambulanzbeitrag) (siehe Punkt 1.1.1). Weiters wurden die Krankenversicherungsbeiträge der PensionistInnen leicht erhöht.

Mit Wirkung vom 1. Jänner 2003 wurde eine Neuordnung des Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger vorgenommen, um einen wirkungsvolleren Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen durchführen zu können.

Zur Dämpfung der Heilmittelkosten wurden Preise und Spannen (Großhandelsspanne und Apothekenspanne) gesenkt und Vereinbarungen mit der Ärzteschaft über Kostendämpfungsmechanismen bei Heilmitteln getroffen. Weiters wurde die österreichische Sozialversicherung per Gesetz verpflichtet, Kostendämpfungsmaßnahmen im Bereich der Verwaltungskosten zu setzen.

3.1.5 Geplante strategische Änderungen

Die seit Jahren eingeleiteten, strategischen Änderungen im österreichischen Gesundheitswesen zeigen ein wichtiges Motiv der Gesundheitsreformen, und zwar dem durch die Alterung der Menschen einhergehenden Ausgabendruck, rechtzeitig vorzubeugen, sodass die zusätzlichen, alterungsbedingten Belastungen teilweise auch mit Effizienzgewinnen abgefangen werden können.

Angesichts des stattfindenden demografischen Wandels unserer Gesellschaft, beschäftigt sich eine im Rahmen der Gesundheitskonferenz eingerichtete berufsgruppenübergreifend besetzte **Arbeitsgruppe „SeniorInnen in Österreich“** mit der Erarbeitung von konkret umsetzbaren Vorschlägen für Neuerungen, Änderungen und Reformen im Gesundheits- und Sozialsystem betreffend die Versorgung älterer Menschen. Ein konkreter Maßnahmenkatalog wurde bereits zum Thema „Schnittstellenmanagement zwischen ambulantem und stationärem Bereich für chronisch Kranke bzw. Hochbetagte“ erarbeitet.

Im Rahmen der jährlich stattfindenden Österreichischen Gesundheitskonferenz wurde weiters unter Mitwirkung externer Experten eine eigene Arbeitsgruppe **„Gesundheitsökonomie und Finanzierung“** eingerichtet.

Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass mit den unter Punkt 3.1.3. beschriebenen Maßnahmen die notwendigen Strukturbereinigungen bereits eingeleitet wurden. Mit diesen weitreichenden strukturellen Maßnahmen wird ein Schritthalten mit dem medizinischen Fortschritt bei gleichzeitig stärkerer PatientInnenorientierung sichergestellt und eine weitere Effizienzsteigerung im österreichischen Gesundheitsversorgungssystem auch in den nächsten Jahren erzielt werden können.

3.2 Langzeitpflege

3.2.1 Kosten und Finanzierung

Beim **Pflegegeld** handelt es sich um eine **eigenständige Sozialleistung**. Das Pflegegeld ist keine Leistung der gesetzlichen Sozialversicherung, zumal die Finanzierung grundsätzlich nicht aus Beiträgen der Versicherten sondern aus dem Budget des Bundes bzw. der Länder erfolgt.

Die nachstehende Tabelle zeigt den **Aufwand des Bundes** für Leistungen nach dem Bundespflegegeldgesetz im Jahr 2001:

Bereich	Aufwand 2001 (in Mio. €)	Aufwand 2001 (in Mio. S)
Sozialversicherung	1.289,9	17.750
Bundespensionsamt	40,6	559
Österr. Bundesbahnen	44,5	613
Post	26,4	363
Bundessozialämter	12,1	166

Opferfürsorge	0,8	11
Landeslehrer	12,6	173
Gesamt	1.426,9	19.635

Im Bereich der **Länder** hat der Aufwand für Leistungen nach den Landespflegegeldgesetzen im Jahr 2000 rund 269 Mio. € (rund 3,7 Mrd. S) betragen.

Die Kosten für die **sozialen Dienste** werden aus den Landesbudgets (Sozialhilfe) bestritten. Die Ausgaben für Sachleistungen im Bereich der sozialen Dienste lagen im Jahre 1999 bei ca. 3,7 Milliarden Schilling (270 Millionen Euro). Darüber hinaus haben die Länder Zuzahlungen für Unterbringungskosten in Alten- und Pflegeheimen in der Höhe von rund 11 Milliarden Schilling (800 Millionen Euro) geleistet.

3.2.2 Kostendämpfungsmechanismen

In Österreich gibt es derzeit ca. **500.000 Pflegebedürftige** bei 8 Mio. Einwohnern, von denen etwa 315.000 Personen ein Pflegegeld erhalten. Der Rest ist noch nicht so schwer pflegebedürftig, dass die Kriterien für die Gewährung eines Pflegegeldes erreicht werden.

Ca. 80 % - 85 % der Pflegegeldbezieher werden zu Hause von ihren Angehörigen oder im Rahmen der Nachbarschaftshilfe gepflegt, ca. 5 % - 10 % zu Hause von sozialen Diensten und ca. 15 % der Pflegebedürftigen leben in einem Heim.

Unter dem Aspekt, dass mit dem Pflegegeld nur rund 15 % - 20 % der von den Betroffenen tatsächlich benötigten Pflegeleistungen durch professionelle Dienste finanziert werden können, wäre eine gänzliche Ausfinanzierung der notwendigen Pflegeverrichtungen durch professionelle Kräfte mit einem enormen budgetären Mehraufwand verbunden.

Die Pflege, die im Bereich des österreichischen Pflegevorsorgesystems Berücksichtigung findet, ist sowohl durch das Gesetz selbst als auch in der dazu ergangenen Einstufungsverordnung genau definiert. Dementsprechend ist von dieser einerseits die Grundpflege wie etwa die tägliche Körperpflege und andererseits die hauswirtschaftliche Versorgung wie zB. die Reinigung oder Beheizung des Wohnraumes umfasst.

Zur Pflege im Sinne der Pflegevorsorge zählt keinesfalls eine ärztliche Betreuung, die unbestrittenermaßen eine Leistung der Krankenversicherung darstellt. So sind ärztliche Maßnahmen wie etwa Therapien oder diagnostische Leistungen grundsätzlich im Rahmen der Krankenversicherung zu erbringen.

Ein weiterer Mechanismus zur Dämpfung der Kosten der Länder für die Versorgung mit sozialen Diensten stellen **Kostenbeiträge** der betroffenen Personen für soziale Dienste dar.

Bei der Erbringung der Pflegeleistungen werden Kostenbeiträge von den pflegebedürftigen Personen eingehoben, wobei allerdings soziale Gesichtspunkte (Einkommen und Vermögen) berücksichtigt werden.

Eine vergleichende Bewertung verschiedener Ansätze existiert nicht.

3.2.3 Herausforderungen

Die wesentlichen Herausforderungen, die sich in bezug auf die langfristige Finanzierbarkeit der Langzeitpflege stellen, finden sich einerseits in der **demografischen Entwicklung und Alterung**, wobei zu betonen ist, dass Älterwerden im Hinblick auf den medizinischen Fortschritt nicht unbedingt mit vermehrter Pflege einhergehen muss.

Durch den medizinisch-technischen Fortschritt erreichen immer mehr Personen ein höheres Alter mit größerem Betreuungsbedarf. Die Zahl der über 65-jährigen wird in Österreich in den nächsten 25 Jahren um fast ein Drittel steigen, die der über 85-jährigen sich fast verdoppeln.

Jene sozialen Netze, die bisher den Hauptanteil der Pflegeleistungen übernommen haben, sind grundlegenden Veränderungen unterworfen.

Zwischen 1981 und 1999 stieg

- die Erwerbsquote der Frauen zwischen 15 und 60 Jahren von 57% auf 63%,
- die Gesamtscheidungsrate von 26,5% auf 40,5%,
- die Zahl der Einpersonenhaushalte von 782.000 auf 986.000 – sie wird in den nächsten 20 Jahren um etwa weitere 200.000 zunehmen.

Die sich daraus ergebende sinkende Betreuungskapazität innerhalb der Familie wird einen steigenden Bedarf nach professionellen Leistungserbringern zur Folge haben.

Andererseits sind diese Herausforderungen auch in den **budgetären Vorgaben** zu suchen, zumal es sich beim österreichischen Pflegevorsorgesystem um ein budgetfinanziertes System handelt.

3.2.4 Geplante strategische Änderungen

Eine Zielsetzung des österreichischen Pflegevorsorgesystems ist es, dass pflegebedürftige Menschen möglichst lange zu Hause – mit Unterstützung von ambulanten Diensten – gepflegt werden können, weil dies auch kostengünstiger als eine stationäre Pflege ist (siehe Pkt. 1.2.1).

Strategische Änderungen sind nicht geplant.