



Wien, am 18.04.2008

## **Messung von Effizienz und Qualität im Spitalswesen. Internationale Aspekte**

Auf Grund fehlender Einsehbarkeit und Transparenz von Rechnungsabschlüssen ist es in Österreich nicht ohne weiteres möglich, Finanzierungskennzahlen auf Spitalsebene zu vergleichen. Trotz unterschiedlicher Darstellungsmethoden der Abschlüsse gestaltet sich ein derartiger Vergleich auf der Ebene der Landesgesundheitsfonds leichter: Diese werden primär aus den sogenannten Mindestmitteln (gemäß §15-Vereinbarung über die Finanzierung und Organisation des österreichischen Gesundheitswesens) gespeist, wobei in Oberösterreich, Kärnten und Wien die Sozialversicherung mit knapp drei Viertel Hauptfinanzier ist. Auf Seite der Mittelverwendung der Fonds stellen die Zahlungen für den stationären Bereich (LKF-Zahlungen) und jene für den spitals-ambulanten Bereich die Hauptausgabenpositionen dar. Es zeigt sich jedoch, dass in Oberösterreich 2006 nur knapp 48 Prozent der Endkosten über die stationären und ambulanten Zahlungen des Fonds abgedeckt werden, in Wien gar nur 41 Prozent. Die verbleibenden Kosten werden über private Mittel sowie durch die Betriebsabgangsdeckung der Träger (Land, Gemeinden, Ordensgemeinschaften) gedeckt.

Spitäler produzieren typischerweise mit mehreren Inputs, z.B. Betten, eingesetztes Personal, mehrere Outputs; diese werden durch Hilfsgrößen wie die Anzahl der stationären Patienten, das Belagstagevolumen oder als Kostengröße die Anzahl der LKF-Punkte abgebildet. Werden diese Outputgrößen auf die eingesetzten Inputmengen bezogen, können erste Rückschlüsse auf die Leistungs-(Produktivitäts-)entwicklung gezogen werden. Eine Schwierigkeit der Interpretation dieser Kennzahlen liegt allerdings darin, dass Informationen aus einer Reihe von Kennzahlen verknüpft werden, da mehrere Inputs und mehrere Outputs miteinander in Beziehung gesetzt werden müssen.

In Österreich gibt es bezüglich der Auslastung, der Belagsdauer sowie des Bettenumschlags erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Beispielsweise sind die Bundesländer Tirol und Burgenland von einem sehr hohen Bettenumschlag und niedriger Belagsdauer (im Vergleich zum Österreich-Durchschnitt) gekennzeichnet, während es sich insbesondere in der Steiermark, aber auch in Kärnten und Wien umgekehrt verhält. Auch die Produktivität gemessen an den stationären Patienten pro eingesetzten Personal (Vollzeitäquivalente) in den Spitälern variiert in den Bundesländern: Oberösterreich weist die höchste, Wien die niedrigste auf.

Internationale Vergleiche zeigen die Dominanz des stationären Sektors in Österreich. Mit 41 Prozent an den gesamten Gesundheitsausgaben (EU: 37 Prozent) fließt überdurchschnittlich viel Geld in Spitalsversorgung. Gründe dafür sind beispielsweise die immer noch sehr hohe Akutbettendichte (mit 6,1 Betten pro 1.000 Einwohner rangiert Österreich 2005 innerhalb der verfügbaren EU-Länder hinter Deutschland mit 6,4 Betten auf Platz 2), die höchste Aufnahme rate innerhalb der EU-Staaten (26 stationäre Aufnahmen pro 100 Einwohner) oder die vielleicht noch nicht „optimale Produktivität“ (gemessen am Verhältnis der stationären Patienten zum eingesetzten Personal). Daher gilt es insbesondere diese Effizienzpotentiale im Spitalsbereich ohne Qualitätsverlust auszuschöpfen und die Finanzierung des stationären und ambulanten Sektors aus einer Hand umzusetzen mit dem Ziel Transparenz in der Systemfinanzierung herzustellen und Leistungsverschiebungen zwischen den Sektoren zu erleichtern.

Neben der Restrukturierung der Finanzierung im Gesundheitswesen müssen auch direkt auf Spitalebene Ineffizienzen aufgedeckt und beseitigt werden.

Die Methode der Data Envelopment Analysis ist ein international anerkanntes und bewährtes Benchmarkinginstrument, welches wertvolle Hinweise auf Ineffizienz und deren Ursachen liefert. Auch im Gesundheitswesen hat es großen Anklang gefunden und wird weit verbreitet eingesetzt. Effizienzvergleiche und Effizienzmessungen von Krankenanstalten sind aktueller denn je, was eine Untersuchung des IHS zeigt. Ein Vergleich der durchschnittlichen jährlichen Publikationsraten 9,85 (Zeitraum von 2005-1/2008) vs. 3,76 (Zeitraum von 1984-2004) von Studien zur Krankenhauseffizienz belegt, dass dieses Benchmarkinginstrument in den letzten Jahren zu einem fixen Bestandteil der Performanceevaluation von Krankenanstalten geworden ist. Dabei ist zu bemerken, dass Performancemessung von den USA ausgehend in den letzten zehn Jahren auch vermehrt in Europa und nun langsam auch in Schwellenländern eingesetzt wird. Es scheint sich darin die allgemein verbreitete Notwendigkeit widerzuspiegeln, Effizienzpotentiale im Gesundheitswesen auszuschöpfen. Im österreichischen Gesundheitswesen ist dieses Benchmarkinginstrument jedoch noch viel zu wenig etabliert und sollte im Kontext der Finanzierungsdebatte des Gesundheitswesens und des Defizits der Krankenkassen kontinuierlich forciert werden und den Ausgangspunkt für Reformoptionen auf Spitalebene darstellen.

Die Performance im Spitalswesen misst sich jedoch nicht nur an Finanzierungs- und Leistungskennzahlen oder Effizienzbenchmarks. Die Qualität der erbrachten Leistung muss transparent gemacht werden. Dies kann mittels Qualitätsindikatoren geschehen, die für das interne Qualitätsmanagement wertvolle Informationen liefern. Um sich dabei als Spital auch mit anderen vergleichen zu können, sollten darüber hinaus Benchmarks solcher Qualitätsindikatoren verwendet werden. In mehreren europäischen Ländern sowie den USA existieren solche Benchmarks, die teilweise, aber idealerweise unter Beachtung der Patientenverständlichkeit und methodischer Besonderheiten, auch öffentlich gemacht werden. Eine unbedachte Veröffentlichungen kann nämlich mit der Bereitschaft zur Qualitätsarbeit in einen Zielkonflikt geraten.

Gerade für Österreich empfehlen sich Systeme wie das IQIP, welches derzeit nur in Oberösterreich flächendeckend zum Einsatz kommt, oder eine externe vergleichende Qualitätssicherung nach dem deutschen Vorbild der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung. Ist vermehrte Qualitätstransparenz für die Öffentlichkeit angestrebt, können einfache Ratings aus zusammengesetzten Indikatoren diese Information leichter transportieren. Beispiele sind hier z.B. die Akkreditierung der Joint Commission oder der Annual Health Check des Nationalen Gesundheitsdienstes im Vereinigten Königreich.

**Rückfragehinweis:**

IHS, Stumpergasse 56, 1060 Wien, Fax: 01/59991-162, <http://www.ihs.ac.at>

Univ.-Prof. Dr. Bernhard Felderer, [felderer@ihs.ac.at](mailto:felderer@ihs.ac.at), Tel.: 01/59991-125

Dr. Thomas Czypionka, [thomas.czypionka@ihs.ac.at](mailto:thomas.czypionka@ihs.ac.at), Tel.: 01/59991-127

Mag. Markus Kraus, [markus.kraus@ihs.ac.at](mailto:markus.kraus@ihs.ac.at), Tel.: 01/59991-141

Mag. Gerald Röhring, [gerald.roehrling@ihs.ac.at](mailto:gerald.roehrling@ihs.ac.at), Tel.: 01/59991-268

Tanja Gewis (Public Relations), [gewis@ihs.ac.at](mailto:gewis@ihs.ac.at), Tel.: 01/59991-122

Christiane Berghold, EWTS, [c.berghold@ewts.at](mailto:c.berghold@ewts.at), Tel.: 01/5993245