

Schriftenreihe des Oö. Landesrechnungshofes

Oberösterreichischer



Landesrechnungshof

BAND VI

NEW PUBLIC MANAGEMENT IM GESUNDHEITSWESEN
Ergebnisse einer innovativen Studie für Politik,
Verwaltung und Gesundheitseinrichtungen

Dr. Susanne Fink

BAND VI

NEW PUBLIC MANAGEMENT IM GESUNDHEITSWESEN
Ergebnisse einer innovativen Studie für Politik,
Verwaltung und Gesundheitseinrichtungen

IMPRESSUM

Herausgeber: Oö. Landesrechnungshof, Promenade 31, 4020 Linz/Österreich

Redaktion: Dr. Friederike Riekhof

Satz: Lunart Werbeagentur / Cornelia Wengler, Linz

Vervielfältigung: intakt.druckerei

INHALTSVERZEICHNIS

1	Vorwort	5
2	Ausgangssituation	6
3	Problemstellung und Zielsetzung	7
4	Methodische Vorgehensweise	9
5	Spezielle Fragestellungen	15
6	Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse	16
7	Literaturverzeichnis	21
8	Die Autorin	22
9	Anhang	23



Foto: Hermann Wakolbinger

1 VORWORT

Die Umsetzung der Postulate des New Public Managements in der Ausprägung der „Wirkungsorientierten Verwaltungsführung (WOV)“, so die Bezeichnung beim Land OÖ, ist dem LRH ein besonderes Anliegen. Dementsprechend ist es ein strategisches Ziel des LRH, im Zuge seiner Prüfungs- und Beratungstätigkeit die Politik und die Verwaltung bei der Implementierung der WOVI-Projekte bestmöglich zu unterstützen.

Auch der Gesundheitsbereich mit seinen bekannten Problemen (Finanzierbarkeit, Synergienutzung zwischen Krankenanstalten, effektive Vernetzung des intra- und extramuralen Sektors u.a.m.) steht beim LRH im Zentrum des Interesses. Er widmet sich diesen Themen in vertiefter Weise in einem eigens geschaffenen Kompetenzzentrum. Prüfung und Beratung im Gesundheitswesen sind ein strategischer Schwerpunkt des LRH.

Dementsprechend sind die Ergebnisse der Dissertation unserer Mitarbeiterin Frau Dr. Fink, welche in dieser Ausgabe der Schriftenreihe kurz vorgestellt werden, von großem Interesse. Sie hat in einer Feldstudie mit einer neu entwickelten Methode untersucht, in wie weit sich die Gesundheitspolitik, die Gesundheitsverwaltung und die angeschlossenen öffentlichen und privaten Institutionen „NPM-konform“ verhalten und auch herausgearbeitet, in welchen Bereichen und in Bezug auf welche NPM-relevanten Fragestellungen sie das nicht tun.

Damit wird es möglich, die Prüfungs- und Beratungstätigkeit der öffentlichen Finanzkontrolle im Gesundheitsbereich zu fokussieren und effizient zu gestalten. Diese Ausgabe der Schriftenreihe richtet sich aber auch an die Politik und die Praktikerinnen und Praktiker im Gesundheitswesen. Sie gibt Aufschluss über noch vorhandene Verbesserungsmöglichkeiten und bietet einen Ansatzpunkt für eigene, methodisch fundierte Überlegungen und zukünftige Maßnahmen.

Dr. Helmut Brückner, Direktor des Oö. Landesrechnungshofes

2 AUSGANGSSITUATION

Das Gesundheitswesen, als einer der sensibelsten Bereiche der sozialen Sicherung, steht aufgrund der demographischen Entwicklung, des medizinischen Fortschritts und der angebotsinduzierten Nachfrage vor großen Herausforderungen. Tiefgreifende Veränderungen sind erforderlich, um der österreichischen Bevölkerung auch weiterhin einen uneingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem zu ermöglichen. In diesem Politikfeld bekommt die Bürgerin bzw. der Bürger im Krankheitsfalle hautnah – mehr als in irgendeinem anderen Politikbereich – die Konsequenzen politischer Entscheidungen und Reformierungen zu spüren. Mit der Einführung von Gesundheitsreformen, insbesondere der österreichischen Gesundheitsreform 2005, sollen neue Organisations- und Finanzierungsformen gefunden, weitere Kostenexplosionen verhindert und die Qualität für sämtliche Akteure des Gesundheitswesens verbessert werden.

New Public Management (NPM), als ein Ansatz zur Reformierung und Modernisierung der öffentlichen Verwaltung, betrifft auch das öffentlich zugängliche österreichische Gesundheitssystem und bietet dort eine geeignete Grundlage zur Reformierung, indem es mit der Einführung betriebswirtschaftlicher Managementinstrumente das Gesundheitswesen nach unternehmerischen und sozialmarktwirtschaftlichen Prinzipien auszurichten versucht. Ziel ist es, auch im Gesundheitssystem den Wandel vom klassisch-bürokratischen Verwaltungsapparat hin zu einem qualitativ hochwertigen, kundinnen- und kundenorientierten, nicht nur effizienten, sondern auch effektiven Dienstleistungsunternehmen zu vollziehen, ohne dabei die bereits erreichte Qualität der Gesundheitsleistungen einzuschränken.

Die Autorin dieser Arbeit ist Mitglied des Oberösterreichischen Landesrechnungshofs. Als solche liegt das Bestreben bei Prüfungen und Beratungen jedenfalls auch darin, eine wirkungsorientierte Verwaltungsführung im Sinne des NPM voranzutreiben und zu helfen, unnötige Bürokratien abzubauen. Dabei darf man sich nicht nur auf die Prüfung der Ordnungsmäßigkeit beschränken, sondern muss auch laufend die Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit öffentlicher Einrichtungen evaluieren und eine gezielte Einflussnahme in Richtung Systemverbesserung bewirken. Mit der vorliegenden Arbeit soll eine Unterstützung und Entscheidungsgrundlage für Politik, Verwaltung sowie intra- und extramurale Institutionen geboten und daran mitgearbeitet werden, der ungebremsen Erhöhung des Gesundheitsbudgets entgegenzuwirken, ohne dabei den hohen Stand medizinischer Versorgung preiszugeben.

3 PROBLEMSTELLUNG UND ZIELSETZUNG

Die Entwicklungen im Bereich des Gesundheitswesens zeigen, dass deren Ausgaben ein dynamisches Wachstum und überdurchschnittlich hohe, in Belangen ihrer Finanzierung Sorgen bereitende Steigerungsraten verzeichnen.¹

Dazu kommt, dass das österreichische Gesundheitsversorgungssystem mit seiner dualen Finanzierung zwar aus zwei gut funktionierenden, jedoch weitgehend isolierten Teilbereichen (dem intramuralen und dem extramuralen Sektor) besteht, wobei aber die Ressourcen nicht optimal auf die beiden Bereiche verteilt sind. Sie sind mangelhaft koordiniert und müssten hinsichtlich Kooperationsbereitschaft und Kooperationsmöglichkeiten verbessert werden.² Sonst besteht die Gefahr, dass die eingesetzten öffentlichen Mittel nicht bestmöglich eingesetzt werden.

Die Entwicklungen in der österreichischen Gesundheitsversorgung und dabei vor allem auch deren langfristige Finanzierbarkeit stellen eine große Herausforderung für Politik und die Trägerinstitutionen dar. Alle entwickelten Gedanken, Ansätze und Versuche zu einer sinnvollen, qualitätserhaltenden Eindämmung von (unzweckmäßigen) Kosten gelten mittlerweile nicht nur mehr als legitim, sondern erscheinen aus dem Blickwinkel einer fortwährenden Gewährleistung der Gesundheitsversorgung als unabdingbar.

Auch wenn das österreichische Gesundheitssystem dem internationalen Vergleich, eine gute und flächendeckende Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger zu gewährleisten, durchaus gewachsen scheint und auf hervorragende medizinische und wissenschaftliche Erfahrungen zurückgreifen kann, zeigen aktuelle Berechnungen für Österreich einen deutlich höheren Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt als im internationalen Vergleich. Dies wird gerne zum Anlass genommen, das Gesundheitssystem nur ausgabenseitig reformieren zu wollen.

Künftige Reformschritte müssen jedoch darauf abzielen, alle Elemente und Sektoren der gesundheitlichen Versorgung zur Sicherstellung und Optimierung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung zusammenzufassen. Es gilt, Transparenz hinsichtlich der Leistungen und Kosten des Gesundheitssystems zu schaffen, um die Finanzierung des Gesundheitswesens zu sichern.

Der NPM-Ansatz kann dabei einen Beitrag leisten. Ihm kommt daher auch im Gesundheitswesen künftig große Bedeutung zu. Er soll die derzeit unbefriedigende Situation verbessern, indem betriebswirtschaftliche Managementtechniken in Form eines ganzheitlichen Ansatzes eingeführt werden.

¹ vgl. Hofmarcher, M./Rack, H. (2006), S. 105

² vgl. Moritz, M. in: Zapotoczky, K. (Hrsg.) (1999), S. 560

4 METHODISCHE VORGEHENSWEISE

Damit soll die stärkere Übernahme von Verantwortung für die Arbeitsergebnisse, sowie die Bedeutung und verstärkte Beachtung der erzielten Wirkungen auch in der österreichischen Gesundheitsversorgung Fuß fassen können. Außerdem bringt der Ansatz nicht nur im Bereich der Strategien, Strukturen und Prozesse, sondern vor allem auch bezüglich der Organisationskultur in den öffentlichen Institutionen des Gesundheitswesens eine grundlegende Neuorientierung.

Mit dem NPM erhält man also ein geeignetes Instrument, die langfristigen Ziele des österreichischen Gesundheitswesens zu erreichen und die laufende Finanzierung auf Dauer sicherzustellen, ohne Qualitätseinbußen befürchten zu müssen. Im besten Fall ermöglichen NPM-konforme Reformansätze sogar zusätzliche Qualitätssteigerungen und die Reduzierung unnötiger Doppelgleisigkeiten.

Ziel dieser Arbeit war es, ein geeignetes Modell zu entwickeln, das für die Evaluation der Reformansätze des österreichischen Gesundheitssystems im Lichte des NPM geeignet ist. Die im Rahmen der Recherche zu dieser Studie gefundenen Reformansätze wurden im Anschluss an Ihre Darstellung gleichwertig, objektiv und nachvollziehbar im Hinblick auf Ihre NPM-Kompatibilität analysiert. Diese Analyse erfolgte nicht in Form einer reinen Ordnungsmäßigkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfung, sondern ging insbesondere Fragen nach der Zweckmäßigkeit, Effizienz und der Effektivität auf den Grund. Ein Hauptziel dieser Arbeit war es auch festzustellen, wie ein methodisch abgesichertes Vorgehen für die Evaluation der gefundenen Reformansätze entwickelt werden kann und zu welchen Ergebnissen eine solche Evaluierung führt.

Ein besonderes Problem bei den empirischen Erhebungen zu dieser Arbeit stellten die Messprobleme dar, da es im Gesundheitswesen kein genau definiertes Outputmaß gibt, dem man die Kosten für den geleisteten Input einfach gegenüberstellen könnte.³ Daher musste bezüglich der Methodik ein anderer Weg beschritten werden.

Um die Zielsetzungen der Arbeit zu erreichen, war zunächst die Frage „Wie kann ein methodisch abgesichertes Vorgehen für die Evaluation der Reformansätze entwickelt werden und zu welchen Ergebnissen führt diese Evaluation?“ zu beantworten.

In diesem Sinne wurde das NPM – Basismodell nach K. Schedler⁴ in Form des Modells der Wirkungsorientierten Verwaltungsführung des Landes Oberösterreich 2015 (WOV 2015) allen weiteren Überlegungen zu Grunde gelegt. Das WOV-Modell stellt eine gängige, auf die Bedürfnisse des Landes Oberösterreich angepasste Version des Schedler-Basismodells dar und soll bis zum Jahr 2015 vollständig umgesetzt sein.



Abbildung 1: Das Modell der wirkungsorientierten Verwaltungsführung des Landes Oö. (WOV 2015)⁵

³ vgl. Luhan, W. J. (2004), S. 85

⁴ vgl. Schedler, K. (1996), S. 48

⁵ vgl. Gruber, P. (2005), Folie 5

Zur Generierung des theoretischen Bezugsrahmens dieser Arbeit wurde der WOV 2015-Kreislauf um den zu analysierenden Bereich öffentlicher und privater Institutionen (intra- und extramuraler Bereich) erweitert und dadurch an die Situation des österreichischen Gesundheitswesens adaptiert.

Das Ergebnis dieser Adaptierung zeigt folgendes Bild:

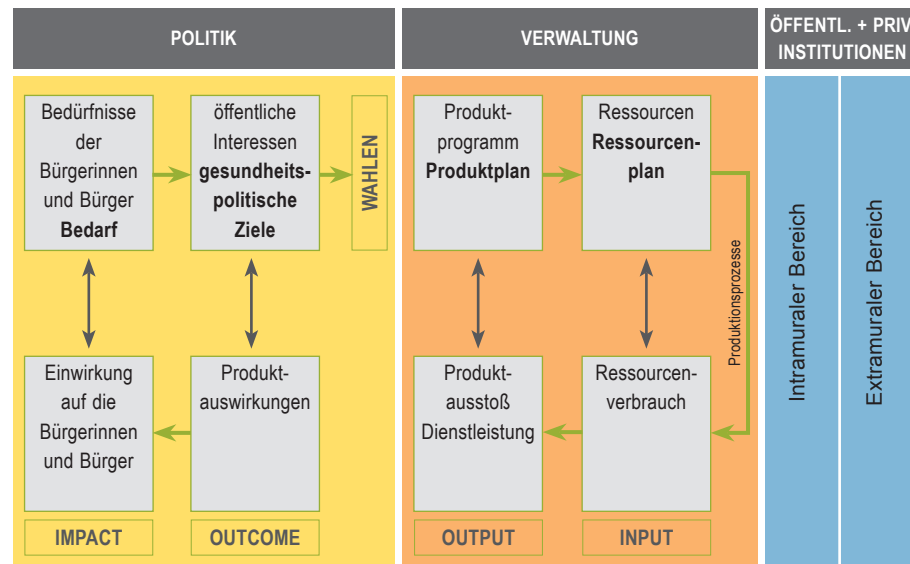


Abbildung 2: WOV Kreislauf im österreichischen Gesundheitswesen⁶

Die Abbildung macht deutlich, dass im WOV-Kreislauf drei Steuerungsebenen relevant sind:

1. Steuerungsebene: Gesundheitspolitik
2. Steuerungsebene: Gesundheitsverwaltung
3. Steuerungsebene: öffentliche und private Institutionen (intra- und extramuraler Bereich)

⁶ Quelle: eigene Abbildung, in Anlehnung an Gruber, P. (2005), Folie 5

⁷ Die Wahl der Bewertungsdimensionen: Strategie-, Struktur-, Prozess- und Kulturwandel erfolgt in Anlehnung an Thom, N./Ritz, A. (2004), S. 75 ff.

Diesen Steuerungsebenen wurden sodann die Veränderungsdimensionen „Strategiewandel“ (an der Schnittstelle zwischen Gesundheitspolitik und Gesundheitsverwaltung), „Strukturwandel“ („structure follows strategy“), „Prozesswandel“ und „Kulturwandel“ zugeordnet,⁷ bevor sie einer weiteren Analyse unterzogen wurden.

Das Ergebnis dieser Zuordnung war ein Analyseraster wie folgt:

Bewertungsdimension	Gesundheitspolitik	Gesundheitsverwaltung	öffentliche und private Institution	
			intramuraler Bereich	extramuraler Bereich
STRATEGIE-WANDEL				
STRUKTUR-WANDEL				
PROZESS-WANDEL				
KULTUR-WANDEL				

Abbildung 3: Analyseraster der vorliegenden Studie

Nach der Erstellung des Analyserasters erfolgte eine ausführliche und umfassende Recherche, um festzustellen, welche Reformansätze für das österreichische Gesundheitssystem geeignet sind. Unterstützt wurde dieser Arbeitsschritt durch das Studium von gesundheitsökonomischer Literatur, Fachjournalen und Fachartikeln. Maßgeblich waren auch die Fachmeinungen von Gesundheitsexperten. Als Ergebnis wurden die zwanzig (nicht nur in Österreich und im deutschsprachigen Raum, sondern auch in der EU, oder international, beispielsweise in den USA) gängigsten Reformansätze identifiziert und für eine weitere Untersuchung ausgewählt.

Es waren dies:

I. Reformansätze in der Gesundheitspolitik

- (1) Monistische Finanzierung (Finanzierung aus einer Hand statt duales Finanzierungssystem)
- (2) Fallpauschalen (Pauschale Vergütungssysteme zur Honorierung ärztlicher Leistungen)
- (3) Out of pocket Payments (Selbstbehalte)
- (4) Angebotsinduzierte Nachfrage (Nachfrage reguliert sich durch Angebot)
- (5) Wettbewerbliche Nachfrage (Nachfrage reguliert sich durch Wettbewerb)
- (6) Ambulanz- und Diagnostikstraße (optimale Prozessabläufe in Krankenanstalten hinsichtlich Leistung und zeitlicher Abfolge)
- (7) Transmuraler Bereich (Verzahnung der intra- und extramuralen Sektoren mittels Kooperationen)

II. Reformansätze in der Gesundheitsverwaltung

- (8) Kostenoptimierung zwischen Krankenhäusern (Kostensenkungen ohne Qualitätsverluste)
- (9) Kooperationen zwischen Krankenhäusern (überbetriebliche Zusammenarbeit auf freiwilliger vertraglicher Vereinbarung)
- (10) Gesundheitsagenturen (zur besseren Abstimmung des intra- und extramuralen Bereiches)
- (11) Qualitätssicherung und -überwachung (alle Maßnahmen und Kontrollen zur Erhaltung der Qualität)
- (12) Qualitätsverbesserung (Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität)
- (13) Evidence based Medicine-EbM (beweisgestützte Heilkunde, kritisches Hinterfragen von Behandlungsansätzen)
- (14) Transparenz der Kosten, Leistungen und Ergebnisse

III. Reformansätze im intra- und extramuralen Bereich

- (15) Integrierte Versorgung (Vernetzung von stationärer, ambulanter und rehabilitativer Versorgung)
- (16) Managed Care (Managementinstrumente und Organisationsformen zur Steuerung der Gesundheitsversorgung)
- (17) Schnittstellenmanagement (gezielte Koordination, Integration und Reduktion von Schnittstellen)
- (18) Disease Management (Krankheitsmanagement, sektorenübergreifender Ansatz zur koordinierten und konsistenten Behandlung eines bestimmten Krankheitsbildes)
- (19) Case Management (Krankheitsfall-Management)
- (20) Gruppenpraxen

Die anschließende Zuordnung dieser Reformansätze in den Analyseraster (siehe Abbildung 3) zeigte folgendes Ergebnis:

Bewertungsdimension	Gesundheitspolitik	Gesundheitsverwaltung	öffentliche und private Institutionen	
			intramural	extramural
STRATEGIE-WANDEL	<ul style="list-style-type: none"> • Monistische Finanzierung • Fallpauschalen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kostenoptimierungen zw. Krankenhäusern • Kooperation zw. Krankenhäusern 	<ul style="list-style-type: none"> • Integrierte Versorgung • Managed Care 	<ul style="list-style-type: none"> • Integrierte Versorgung • Managed Care
STRUKTUR-WANDEL	<ul style="list-style-type: none"> • Out of pocket payments • Fallpauschalen • Angebotsinduzierte/wettbewerbliche Nachfragesteuerung 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsagenturen zur Strukturoptimierung • Qualitätssicherung und -überwachung 	<ul style="list-style-type: none"> • Schnittstellenmanagement • Disease-Management • Care-Management 	<ul style="list-style-type: none"> • Disease-Management • Managed Care • Schnittstellenmanagement
PROZESS-WANDEL	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulanz- und Diagnostikstraße 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitätsverbesserung • Evidence based Medicine 	<ul style="list-style-type: none"> • Disease-Management • Managed Care • Case-Management 	<ul style="list-style-type: none"> • Disease-Management • Managed Care • Case-Management
KULTUR-WANDEL	<ul style="list-style-type: none"> • Monistische Finanzierung • Transmuraler Bereich 	<ul style="list-style-type: none"> • Transparenz der Kosten, Leistungen und Ergebnisse 	<ul style="list-style-type: none"> • Integrierte Versorgung • Care-Management 	<ul style="list-style-type: none"> • Integrierte Versorgung • Kooperation • Gruppenpraxen • Care-Management

Abbildung 4: Analyseraster mit zugeordneten Reformansätzen⁸

⁸ Quelle: eigene Abbildung, die Bewertungsdimensionen Strategie-, Struktur-, Prozess- und Kulturwandel erfolgen in Anlehnung an Thom, N./Ritz, A. (2004), S. 75 ff.

5 SPEZIELLE FRAGESTELLUNGEN

Hauptziel der Arbeit war, wie bereits erwähnt, die Erarbeitung einer nachvollziehbaren Methode zur laufenden Evaluierung der Reformansätze. Als Evaluationskriterien wurden die Effizienz und die Effektivität der Leistungserstellung im Gesundheitsbereich herangezogen. Als Instrument zur Effizienzmessung diente die Kosten-Nutzen-Rechnung.⁹ Da der Nutzen von „mehr Gesundheit“ jedoch nicht oder nur sehr schwer gemessen werden kann, wurde der Grad der Effektivität ergänzend mittels einer Kosten-Effektivitäts-Analyse festgestellt.¹⁰ Die Ausprägungen beider Parameter wurden in einem Effizienz- und Effektivitätskonzept dargestellt, das die unterschiedlichen Dimensionen erfasste und die Bildung geeigneter Indikatorwerte für die Evaluation ermöglichte.¹¹ Mittels der speziell für diese Arbeit entwickelten „dreidimensionale Evaluationswürfel“ konnte das österreichische Gesundheitswesen sowohl aus den Bewertungsdimensionen (Steuerungsebenen, Veränderungsdimensionen) als auch aus dem Blickwinkel der Effizienz und der Effektivität betrachtet und beurteilt werden:

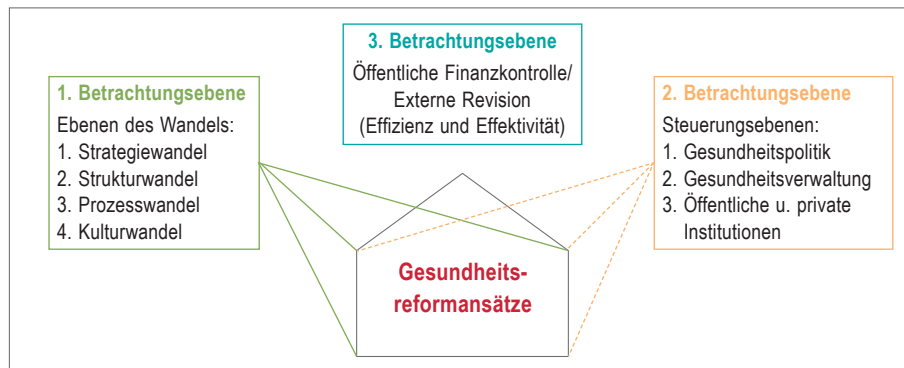


Abbildung 5: Betrachtungsebenen der Gesundheitsreformansätze¹²

Die Analyse der Reformen würde zu kurz greifen, wenn man sie nur auf eine ausführliche Darstellung der Reformansätze und auf die allgemeine Betrachtung der vier Veränderungsdimensionen fokussieren würde. Es mussten vielmehr geeignete Fragestellungen und Indikatoren einbezogen werden, damit eine vertiefte Analyse an Hand des NPM-Ansatzes sinnvoll wurde.

Anstelle von allgemein gültigen Standard-Fragestellungen, die über alle Reformansätze gleichermaßen gestüpft werden und daher keine allzu präzisen Erkenntnisse aus einer Evaluierung erwarten lassen, wurden im vorliegenden Fall individuell für jeden Reformansatz unter dem Blickwinkel des Strategie-, Struktur-, Prozess- und Kulturwandels zweckmäßige Fragestellungen entwickelt, die durch die Festsetzung geeigneter Indikatoren konkretisiert wurden. Dabei handelte es sich um folgende (Haupt-)Fragestellungen (komprimierte Darstellung):

Hauptfragestellungen	Analysefokus
(1) Versorgungssicherheit	Ist mit dem Reformansatz gewährleistet, dass jede Bürgerin bzw. jeder Bürger – unabhängig vom Einkommen – die jeweils notwendige medizinische Versorgung erhält?
(2) Effiziente Steuerungsfähigkeit	Sind im Hinblick auf die veränderten Rahmenbedingungen eine effiziente Steuerungsfähigkeit und die Schaffung von Anreizmechanismen für eine ökonomische Erstellung und Nutzung der Gesundheitsleistungen möglich?
(3) Transparenz	Erfolgt mit der Umsetzung des Reformansatzes eine verstärkte Offenlegung und Transparenz der Kosten und Leistungen zum Zwecke einer verbesserten Kunden- und Wettbewerbsorientierung sowie Kostenkontrolle?
(4) Versorgungsqualität	Kann mit dem Reformansatz neben der Versorgungssicherheit zudem eine – entsprechend den langfristigen Zielen im Gesundheitswesen – gewünschte Versorgungsqualität gewährleistet werden?
(5) Nachhaltigkeit	Ist mit der Reform eine flächendeckende Nachhaltigkeit verbunden, indem sich gesundheitspolitische Reformschwerpunkte von der reinen Krankheitsbehandlung entfernen und künftig einer verstärkten Gesundheitsprophylaxe bzw. Erhaltung und Förderung der bestehenden Gesundheit nähern?

Tabelle 1: Hauptfragestellungen der Reformansätze im österreichischen Gesundheitswesens¹³

⁹ vgl. Breyer, F./Zweifel, P./Kifmann, M. (2003), S. 20 ff.

¹⁰ vgl. Schedler, K./Pröllner, I. (2003), S. 197 f., Rossi, P./Freemann, H./Lipsey, M. (1999), S. 367 ff.

¹¹ vgl. Ritz, A. (2003), S. 229

¹² Quelle: eigene Darstellung

¹³ Quelle: eigene Darstellung

Bei der Entwicklung dieser Fragen war zu berücksichtigen, dass sich die Gesundheitssysteme nicht ausschließlich über Effizienz- und Effektivitätskriterien beschreiben lassen, sondern auch von gesellschaftlichen Vorstellungen und kollektiven Werthaltungen determiniert waren.¹⁴

Auf der Basis der Fragestellungen wurden 60 Indikatoren identifiziert, an Hand derer die Evaluation der Reformansätze vorgenommen wurde. Fragen samt deren Indikatoren sind im Detail dem Anhang zu entnehmen.

6 ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

Ziel der Arbeit war es, mögliche Reformansätze für das österreichische Gesundheitswesen aus dem Blickwinkel des NPM-Ansatzes zu betrachten und auf deren NPM-Kompatibilität zu überprüfen. Im Rahmen der Arbeit wurde ein geeignetes Modell für die Evaluation der Reformansätze des österreichischen Gesundheitswesens aus NPM-Sicht entwickelt.

Im Mittelpunkt standen drei Fragestellungen:

Frage 1: Welche Reformen sind für das österreichische Gesundheitswesen geeignet?

Frage 2: Wie kann ein methodisch abgesichertes Vorgehen für die Evaluation der identifizierten Reformansätze im österreichischen Gesundheitswesen gewährleistet werden?

Frage 3: Zu welchen Ergebnissen führt diese Evaluation?

Um Antworten auf diese Fragestellungen zu erhalten, wurde ein geeigneter Bezugsrahmen definiert und im Anschluss eine ausführliche, umfassende Analyse und Evaluation der identifizierten Reformmaßnahmen durchgeführt.

¹⁴ Meggeneder, O. (2002), S. 53 f.

Im Zuge der Beantwortung der ersten Fragestellung (Welche Reformen sind für das österreichische Gesundheitswesen geeignet?) kristallisierten sich zwanzig Reformansätze als maßgeblich für das österreichische Gesundheitswesen heraus:

I. Reformansätze in der Gesundheitspolitik

- (1) Monistische Finanzierung (Finanzierung aus einer Hand statt duales Finanzierungssystem)
- (2) Fallpauschalen (Pauschale Vergütungssysteme zur Honorierung ärztlicher Leistungen)
- (3) Out of pocket Payments (Selbstbehalte)
- (4) Angebotsinduzierte Nachfrage (Nachfrage reguliert sich durch Angebot)
- (5) Wettbewerbliche Nachfrage (Nachfrage reguliert sich durch Wettbewerb)
- (6) Ambulanz- und Diagnostikstrasse (optimale Prozessabläufe in Krankenanstalten hinsichtlich Leistung und zeitlicher Abfolge)
- (7) Transmuraler Bereich (Verzahnung der intra- und extramuralen Sektoren mittels Kooperationen)

II. Reformansätze in der Gesundheitsverwaltung

- (8) Kostenoptimierung zwischen Krankenhäusern (Kostensenkungen ohne Qualitätsverluste)
- (9) Kooperationen zwischen Krankenhäusern (überbetriebliche Zusammenarbeit auf freiwilliger vertraglicher Vereinbarung)
- (10) Gesundheitsagenturen (zur besseren Abstimmung des intra- und extramuralen Bereiches)
- (11) Qualitätssicherung und -überwachung (alle Maßnahmen zur Erhaltung und Kontrolle der Qualität)
- (12) Qualitätsverbesserung (alle Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität)
- (13) Evidence based Medicine-EbM (beweismäßig gestützte Heilkunde, kritisches Hinterfragen von Behandlungsansätzen)
- (14) Transparenz der Kosten, Leistungen und Ergebnisse

III. Reformansätze im intra- und extramuralen Bereich

- (15) Integrierte Versorgung (Vernetzung von stationärer, ambulanter und rehabilitativer Versorgung)
- (16) Managed Care (Managementinstrumente und Organisationsformen zur Steuerung der Gesundheitsversorgung)
- (17) Schnittstellenmanagement (gezielte Koordination, Integration und Reduktion von Schnittstellen)
- (18) Disease Management (Krankheitsmanagement, sektorenübergreifender Ansatz zur koordinierten und konsistenten Behandlung eines bestimmten Krankheitsbildes)
- (19) Case Management (Krankheitsfall-Management)
- (20) Gruppenpraxen

Zur Beantwortung der zweiten Frage (Welche Methodik scheint geeignet?) bildete der NPM-Kreislauf von Schedler¹⁵ in der Ausprägung des Modells der „Wirkungsorientierten Verwaltungsführung“ (WVOV 2015)¹⁶ des Landes Oberösterreich die Basis und den Ausgangspunkt sämtlicher Überlegungen. Die Grundlage für die eigentliche Evaluation bildeten 25 Fragestellungen und 60 Indikatoren (Detail siehe Anhang), die individuell für alle zu beleuchtenden Reformansätze entwickelt wurden und geeignet waren, der Analyse im Lichte des NPM gerecht zu werden. Eigens für diese Arbeit entwickelte „dreidimensionale Evaluationswürfel“ (z. B. gemessen nach Nutzen, Eignung, ...) ermöglichten es, die Reformansätze unter dem Blickwinkel

- der Veränderungsdimensionen (Strategie-, Struktur-, Prozess-, Kulturwandel),
- der Parameter für die Effizienz (Nutzen/Wirkung, Leistung/Kosten), bzw. der Parameter für die Effektivität (Adäquanz/Eignung, Konsistenz/Kohärenz) und
- der Operationalisierung von Indikatoren

einer Gesamtbetrachtung bezüglich Wirkung von NPM-Ansätzen im österreichischen Gesundheitssystem zu unterziehen.

Im Zuge der Beantwortung der dritten Frage (zu welchen Ergebnissen führt diese Evaluation?) ergab sich, dass folgende Reformansätze mit den NPM-Zielen im Einklang standen:

Ansatz	hinsichtlich des Indikators / der Indikatoren
Monistische Finanzierung	Spezialisierung, Kostendämmung und Kostentransparenz
Fallpauschalen	Bettenabbau, Steigerung von Wirtschaftlichkeit und Transparenz
Ambulanz- und Diagnostikstraße	Senkung von Verweildauer, Wartezeit und Dokumentation
Transmuraler Bereich	Kundenzufriedenheit
Kostenoptimierung zwischen Krankenhäusern	Einsparungspotenziale, Kostensenkungen
Kooperationen zwischen Krankenhäusern	Einsparungspotenziale, Kostensenkungen
Gesundheitsagenturen	Ziele und Ergebnisse des Reformpools
Qualitätssicherung	gesetzliche Qualitätssicherung

¹⁵ vgl. Schedler, K. (1996), S. 48

¹⁶ Dabei handelt es sich um eine, auf die Bedürfnisse des Landes OÖ angepasste Version des Schedler Modells, die bis zum Jahr 2015 vollständig umgesetzt sein soll.

Ansatz	hinsichtlich des Indikators / der Indikatoren
Qualitätsüberwachung	gesetzliche Qualitätssicherung
Qualitätsverbesserung	Partizipation von Patienten, Befragung
Evidenz based Medicine (EbM)	Patientenzufriedenheit, Qualitätsverbesserung
Transparenz der Kosten, Leistungen und Ergebnisse	Wirtschaftlichkeits-, Qualitätssteigerungen
Integrierte Versorgung	ärztliche Kooperationen, Qualitätssteigerungen, Patientenorientierung, Qualität der Versorgung
Managed Care	Kostensenkung, Qualitätssteigerungen, Behandlungskontinuität, Behandlungsprozess, Patientenzufriedenheit, Behandlungsqualität
Disease Management	Behandlungsspielraum, Patientenzufriedenheit, Effizienzsteigerungen im Behandlungsablauf)
Case Management	Einhaltung des Finanzrahmens, Serviceverbesserung
Gruppenpraxen	Serviceverbesserung

Hingegen entsprachen folgende Reformansätze nicht den Zielen des NPM-Ansatzes:

Ansatz	hinsichtlich des Indikators / der Indikatoren
Monistische Finanzierung	wirtschaftliches Handeln
Fallpauschalen	Kostendämmung
Out of Pocket Payments – Selbstbehalte	Kostenbewusstsein
Angebotsinduzierte / wettbewerbliche Nachfrage	Kostensenkung
Qualitätssicherung	Definieren von Standards

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass

der Großteil der untersuchten Reformansätze im Hinblick auf die analysierten Fragestellungen und gewählten Indikatoren durchaus dem NPM-Ansatz entsprechen. Dies gilt auch für den Großteil jener Rahmenbedingungen und Maßnahmen, die durch die Gesundheitsreform 2005 im österreichischen Gesundheitssystem gesetzt wurden.

Bei den nicht NPM-konformen Reformansätzen muss für die Gesundheitspolitik konstatiert werden, dass der NPM-Ansatz noch keinen breiten Einsatz gefunden hat, während sich die Gesundheitsverwaltung bereits auf einem NPM-kompatiblen Kurs bewegt,¹⁷ und die Institutionen des Gesundheitswesens selbst bereits vorwiegend unternehmerisch agieren. Wenngleich die Politik davon spricht, NPM-konform zu agieren, zeigen sich nach der vorliegenden Analyse Verbesserungspotenziale fast ausschließlich in den politischen Vorgaben und Rahmenbedingungen. Defizite ergeben sich dabei nicht so sehr in den Bereichen einer gesteigerten Versorgungssicherheit, einer verbesserten Transparenz von Kosten und Leistungen, der Versorgungsqualität und Nachhaltigkeit, da hier insbesondere durch die österreichische Gesundheitsreform 2005 bereits konzentrierte Anstrengungen unternommen wurden, Verbesserungen einzuleiten. Vielmehr muss die Gesundheitspolitik auf sinnvolle Rahmenbedingungen und Vorgaben für eine zukünftig effiziente Steuerungsfähigkeit des Gesundheitssystems als Ganzes Sorge tragen.

NPM kann dabei helfen, die künftigen Herausforderungen im österreichischen Gesundheitswesen zu bewältigen und zukunftsorientiert einen geeigneten Strategie-, Struktur-, Prozess- und Kulturwandel zu initiieren. Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass es mit Hilfe des NPM durchaus möglich ist, auch polarisierende Ziele, Forderungen und Bestrebungen im österreichischen Gesundheitswesen wie z. B. Qualitätssteigerung und Qualitätssicherung neben einer Kostenreduzierung zu erreichen, wenn die dafür erforderlichen Rahmenbedingungen richtig gesetzt werden.

In einer Zeit einschneidender Reformen des Gesundheitswesens erlangt daher der NPM-Ansatz zunehmend an Bedeutung. NPM ist mit seinen Schwerpunkten in effizientem und effektivem Handeln zwar kein Allheilmittel, jedoch dennoch viel mehr als nur die Summe seiner Teile. NPM versucht unterschiedliche Reformansätze durch einen umfassenden Ansatz zu kombinieren und in dieser Gesamtheit zu einer verstärkten Wirkung zu verhelfen. Es vereint schließlich auch erfolgreich Strategie-, Struktur-, Prozess- und Kulturwandel und bildet so eine gute Grundlage für erforderliche Veränderungen in Verhaltens- und Denkstrukturen, und damit auch in der Landschaft des österreichischen Gesundheitswesens.

¹⁷Die Analyse ergab nur bei einem Indikator („Definieren von geeigneten Standards“) ein Abweichen von NPM-Kriterien

7 LITERATURVERZEICHNIS

Breyer, F./Zweifel, P./Kifmann, M. (2003): Gesundheitsökonomie, 4. Auflage, Berlin et al., 2003

Gruber, P. (2005): Ganzheitliche, wirkungsorientierte Steuerung im Land Oberösterreich – Präsentation anlässlich der Tagung Reformperspektiven in den Bezirksverwaltungsbehörden, in: <http://www.kdz.or.at/kdz/bhtagung2005/presentationen/GruberPaul.pdf>, 14.04.2005

Hofmarcher, M./Rack, H. (2006): Gesundheitssysteme im Wandel – Health Care Systems in Transition, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme, Wien, 2006. In: www.hpm/Downloads/HiT_Oesterreich_2006.pdf, 05.05.2007

Luhan, W.J. (2004): Effizienz des Österreichischen Gesundheitssystems – Ein internationaler Vergleich der Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssektors in Österreich, für die zweite Hälfte der Neunziger Jahre, Band 27 der Schriftenreihe „Gesundheitswissenschaften“ hrsg. v. Univ. Prof. Dr. Weidenholzer, Linz, 2004

Meggeneder, O. (2002): Reformen der Gesundheitssysteme – der Europäische Weg von Versuch und Irrtum, ISW – Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften, Linz, 2002. http://www.iswlinz.at/media/files/3_2002/LF_meggeneder_3_02.pdf, 20.05.2007

Moritz, M. (1999): Gesundheitsplanung – Krankenanstalten im Systemzusammenhang. In: Zapotoczky, K./Grausgruber, A./Mechtler, R. (Hrsg.): Gesundheit im Brennpunkt. Zwischen Wirtschaftlichkeit und ethischer Verantwortung. Band 6/2, S. 560-567, Veritas Verlag, Linz, 1999

Ritz, A. (2003): Evaluation von New Public Management, Bern/Stuttgart/Wien, Haupt Verlag, 2003

Rossi, P./Freemann, H./Lipsey, M. (1999): Programm-Evaluation: Einführung in die Methoden angewandter Sozialforschung, Stuttgart, 1988

Schedler, K. (1996): Ansätze einer wirkungsorientierten Verwaltungsführung, 2. Auflage, Bern/Stuttgart/Wien, 1996

Schedler, K./Pröller, I. (2003): New Public Management, 3. vollständig überarbeitete Auflage, UTB – Verlag, Stuttgart 2006

Thom, N./Ritz, A. (2004): Public Management – Innovative Konzepte zur Führung im öffentlichen Sektor, 3. Auflage, Gabler Verlag, 2006

8 DIE AUTORIN



Foto: Fotohaus Scharinger

Die promovierte Betriebswirtin ist seit 01/2004 Mitglied des Oö. Landesrechnungshofes. Sie absolvierte die Ausbildung zur „Akademischen Rechnungshofprüferin“ mit Auszeichnung und beschäftigt sich seit vielen Jahren mit Effizienz- und Effektivitätssteigerungen in öffentlichen Einrichtungen.

Dabei liegt ihr persönliches Bestreben nicht nur im Aufzeigen von Verbesserungspotenzialen, sondern vielmehr darin, Politik und Verwaltung bei ihren Zielen im Sinne einer gesteigerten Wirkungsorientierung (New Public Management) zu unterstützen.

Dr. Fink absolvierte das Studium der Betriebswirtschaftslehre an der Johannes Kepler Universität Linz mit den Studienschwerpunkten Rechnungswesen, Steuerlehre, Prüfungswesen sowie Betriebswirtschaftslehre der gemeinwirtschaftlichen Unternehmen. Nach Abschluss Ihres Studiums arbeitete sie in einem renommierten Steuerberatungs- und Wirtschaftsprüfungsunternehmen, wechselte dann als Führungskraft in den öffentlichen Bereich. Dort leitete sie viele Jahre sehr erfolgreich eine große NPO als alleinige Geschäftsführerin, bevor sie dann in den Oö. Landesrechnungshof wechselte.

Ihre Dissertation stellte sie ganz in die Betrachtung und Weiterentwicklung von New Public Management innerhalb des österreichischen Gesundheitswesens, deren Ergebnisse dann auch als Buch veröffentlicht wurden.

Darin entwickelte sie ein methodisch abgesichertes Modell zur Evaluation des New Public Management im Gesundheitswesen. Als Zielgruppe gelten daher alle NPM -Interessierten und sämtliche Akteure des Gesundheitswesens, insbesondere Politik, Verwaltung, sowie intra- und extramurale Institutionen (ISBN13: 978-3639115628).



Dr. Susanne Fink

9 ANHANG

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie basieren insbesondere auf folgenden detaillierten Fragestellungen zum Strategie-, Struktur-, Prozess- und Kulturwandel:

Fragestellungen zum Strategiewandel

Reformansatz	Fragestellungen zum Strategiewandel	Indikator(en)
Monistische Finanzierung (Gesundheitspolitik)	(1) Können die mit der Reform gewünschten Wirkungen erzielt werden? (2) Erhöht die Reform die Transparenz und wird dadurch der Wettbewerb gesteigert? (3) Kann das Gesundheitswesen dadurch wettbewerbsorientierter ausgestaltet werden?	Spezialisierung der Krankenhäuser, Kostendämpfung, Kostentransparenz, Verbesserung der Ressourcenallokation
Angebotsinduzierte bzw. wettbewerbliche Nachfrage (Gesundheitspolitik)	(4) Ist eine angebotsinduzierte bzw. wettbewerbliche Nachfragesteuerung geeignet, um Anreizmechanismen (und damit eine langfristige Sicherung der Gesundheitsfinanzierung) für eine ökonomische Erstellung von Gesundheitsleistungen zu ermöglichen?	Kostensenkung
Fallpauschalen (Gesundheitspolitik)	(5) Kann das Ziel der Kostenoptimierung erreicht werden?	Kostenoptimierung, Transparenzsteigerung, Wettbewerbssteigerung, Steigerung der Wirtschaftlichkeit
Kooperationen zwischen Krankenhäusern (Gesundheitsverwaltung)	(6) Können Kooperationen zu Kostenoptimierungen im österreichischen Gesundheitswesen beitragen?	Kostensenkung, Einsparungspotenziale
Kostenoptimierungen zwischen Krankenhäusern (Gesundheitsverwaltung)	(7) Gelten Kostenoptimierungen als geeignete Maßnahme zur Sicherung der Versorgung?	Kostensenkung, Einsparungspotenziale
Integrierte Versorgung (öffentliche und private Institutionen)	(8) Welche Einflussmöglichkeiten hat man, um die mit der Reform erwünschten Wirkungen zu erreichen?	Ärztliche Kooperationen
Managed Care (öffentliche und private Institutionen)	(9) Wo liegt der sich mit dem Reformansatz ergebende Wirkungsbereich, um Gesundheitskosten zu senken und Behandlungsqualität zu steigern?	Qualitätssteigerungen, Kostensenkungen

Tabelle 2: Darstellung der Fragestellungen zum Strategiewandel¹⁸

¹⁸ Quelle: eigene Zusammenstellung

Fragestellungen zum Strukturwandel

Reformansatz	Fragestellungen zum Strukturwandel	Indikator(en)
Out of pocket payments (Gesundheitspolitik)	(10) Kann die Sicherung der flächen-deckenden Versorgung gewährleistet werden? (11) Kommt es zu den gewünschten Lenkungseffekten, bzw. können damit die gewünschten Ziele auch tatsächlich realisiert werden?	Ökonomische Effizienz, Kostendämmung, Kostenbewusstsein,
Fallpauschalen (Gesundheitspolitik)	(12) Wird damit eine eigene Struktur geboten, um künftig eine effizientere Steuerungsfähigkeit bei gleich bleibender Qualität zu gewährleisten?	Qualitätsbeibehaltung, Kostendämmung
Strukturoptimierungen durch Gesundheitsagenturen (Gesundheitsverwaltung)	(13) Kann der Reformpool (der Gesundheitsagenturen) als Kooperationsbereich zu Strukturveränderungen beitragen?	Ziele und Ergebnisse des Reformpools
Qualitätssicherung und -überwachung (Gesundheitsverwaltung)	(14) Kann mit einem geeigneten Qualitätssicherungsprogramm bei gleichzeitiger Qualitätssicherung/-erhaltung eine Kostensenkung verbunden werden?	Definieren von Standards, Qualitätssicherung per Gesetz
Managed Care Modell (öffentliche und private Institutionen)	(15) Ermöglicht die Reform eine Veränderung der Organisationsstruktur zum Zwecke einer verbesserten Behandlung?	Behandlungskontinuität
Schnittstellenmanagement zw. ambulanter und stationärer Versorgung (öffentliche und private Institutionen)	(16) Konnten durch die strukturellen Veränderungen schnellere Entscheidungsprozesse und weniger Koordinationsaufwand erreicht werden, ohne die Qualität der Behandlung zu verschlechtern?	Verbesserung der Kommunikation, Senkung der Verweildauer
Disease Management (öffentliche und private Institutionen)	(17) Können durch die Änderung von Strukturen die Ziele der Effizienzsteigerung und Kostensenkung erreicht werden?	Patientenzufriedenheit, Behandlungseinfluss, organisatorischer Behandlungsspielraum

Tabelle 3: Darstellung der Fragestellungen zum Strukturwandel¹⁹

¹⁹ Quelle: eigene Zusammenstellung

Fragestellungen zum Prozesswandel

Reformansatz	Fragestellungen zum Prozesswandel	Indikator(en)
Ambulanz- und Diagnostikstraße (Gesundheitspolitik)	(18) Erreichen die Maßnahmen eine höhere Serviceorientierung? (19) Hat die Darstellung des Prozessablaufes Einflüsse auf die Ziele des österreichischen Gesundheitswesens?	Verweildauersenkung, Serviceorientierung, Qualitätsverbesserung, Abbau von Wartezeiten, Reduzierung von Dokumentationsaufwand
Evidence Based Medicine (Gesundheitsverwaltung)	(20) Kann eine Behandlung verkürzt oder eingeschränkt werden, ohne die Qualität der Behandlung zu verschlechtern?	Qualitätsverbesserung, Patientenzufriedenheit
Qualitätsverbesserung (Gesundheitsverwaltung)	(21) Können gezielte Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung den Behandlungsprozess beschleunigen (verbessern) und zu den gewünschten Ergebnissen im Gesundheitswesen beitragen? Sind Maßnahmen planbar?	Partizipation von Patienten, Befragung, Definieren von Standards
Managed Care Modell (öffentliche und private Institutionen)	(22) Kommt es im Sinne einer gesteigerten Versorgungssicherheit durch Veränderung von Behandlungsprozessen zur verstärkten Zielerreichung des Reformansatzes?	Behandlungsprozess
Case Management (öffentliche und private Institutionen)	(23) Steht der Prozesswandel im Einklang mit den Zielen der Verbesserung der Versorgungsqualität?	Einhalten des definierten Finanzrahmens, Verbesserung des Patientenservices
Disease Management (öffentliche und private Institutionen)	(24) Kann der Ablauf der Behandlung verbessert bzw. effektiver gestaltet werden?	Effizienzsteigerungen im Behandlungsablauf

Tabelle 4: Darstellung der Fragestellungen zum Prozesswandel²⁰

²⁰ Quelle: eigene Zusammenstellung

Fragestellungen zum Kulturwandel

Reformansatz	Fragestellungen zum Kulturwandel	Indikator(en)
Monistische Finanzierung (Gesundheitspolitik)	(25) Führt ein Wechsel hin zu einer monistischen Finanzierung per se zu Verhaltensänderungen? (Verstärktes Kostenbewusstsein seitens der Leistungserbringer?)	Qualitätsbeibehaltung, Kostenbewusstsein, wirtschaftliches Handeln
Transmuraler Bereich (Gesundheitspolitik)	(26) Führt eine Integrationsorientierung (verstärkte Zusammenarbeit) im Sinne der Versorgungssicherheit zu einer Steigerung der Kundenzufriedenheit?	Kundenzufriedenheit
Transparenz der Kosten (Gesundheitsverwaltung)	(27) Trägt die Transparenz im Gesundheitswesen zur Steigerung der Qualität, Informationsgewinnung und Patientenzufriedenheit bei?	Qualitätssteigerung, Verbesserung der Informationsmöglichkeiten, Verbesserung der Wirtschaftlichkeit
Integrierte Versorgung (öffentliche und private Institutionen)	(28) Hat sich die Kunden- bzw. Patientenorientierung im Sinne des NPM entwickelt?	Patientenorientierung, Qualitätssteigerung, Qualität der Versorgung
Managed Care Modell (öffentliche und private Institutionen)	(29) Kann mit der Reform eine nachhaltige Steigerung der Patientenzufriedenheit und der Behandlungsqualität erreicht werden?	Behandlungsqualität, Patientenzufriedenheit
Kooperationen durch Gruppenpraxen (öffentliche und private Institutionen)	(30) Ist das Informationsmanagement durch mehr Information und Transparenz geeignet, die Qualität der Patientenbehandlung zu steigern?	verbesserte Serviceleistung

Tabelle 5: Darstellung der Fragestellungen zum Kulturwandel²¹

²¹ Quelle: eigene Zusammenstellung