

## OECD-Gesundheitsbericht 2011

### **Reform eines hochgeschätzten aber kostspieligen Gesundheitssystems**

Österreich wendet umfangreiche öffentliche und andere Ressourcen für das Gesundheitssystem auf (Abbildung 9). Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP ist mit 11% so hoch wie in kaum einem anderen OECD-Land, insbesondere aufgrund der hohen öffentlichen

Ausgaben (8,5%). Gesundheitsbezogene Ausgaben machen 16% der gesamten öffentlichen Ausgaben aus. Die Zahl der Allgemein- und Fachärzte/Innen und auch der Akutbetten und hochtechnologischen medizinischen Geräte je EinwohnerIn wird innerhalb der OECD kaum übertroffen. Die gute Leistungsfähigkeit des Systems spiegelt sich in einigen wichtigen Indikatoren wider, wie der Lebenserwartung, bei anderen aber nicht, zum Beispiel bei der Quote der vermeidbaren Krankenhauseinweisungen. Die Lebenserwartung liegt bei über 80 Jahren und ist deutlich gestiegen. Die BürgerInnen hängen mittlerweile sehr am etablierten Gesundheitssystem, insbesondere schätzen sie die örtliche Verfügbarkeit. Doch in der Zukunft wird die Aufrechterhaltung dieser hohen Versorgungsdichte und Qualität im Gesundheitssektor eine große Herausforderung sein, wenn die wachsende Anzahl älterer Menschen den Bedarf an medizinischer Versorgung erhöht, während sich die Beitragszahlungen verringern. Vor diesem Hintergrund und im Lichte aktueller Konsolidierungsbemühungen muss hinterfragt werden, ob die umfangreichen öffentlichen Ressourcen im Gesundheitssystem angemessen eingesetzt sind und ob es möglich ist, das Ansteigen der öffentlichen Gesundheitsausgaben dauerhaft zu verringern, ohne die Qualität und Wirksamkeit der Leistungen einzuschränken?

### **Abbildung 9. Die Nutzung umfangreicher Ressourcen bringt positive Ergebnisse**

1. Arithmetischer Durchschnitt der anderen kleinen europäischen Länder mit hohem Einkommen: Dänemark, Niederlande, Schweden und Schweiz (in Grafik B wurden die Niederlande nicht berücksichtigt).
2. Arithmetischer Durchschnitt der OECD-Länder mit Ausnahme von: Chile, Irland, Niederlande, Portugal und Slowakischer Republik; Grafik C: Österreich, Dänemark, Deutschland, Griechenland, Luxemburg, Mexiko, Norwegen, Neuseeland, Portugal, Schweiz, Türkei und Großbritannien;

*Quelle:* OECD-Datenbank zur Gesundheit 2010 und OECD-Berechnungen. 23

### ***Die Organisation des Gesundheitssystems ist am bestehenden Angebot orientiert***

Das österreichische Gesundheitssystem ist so organisiert, dass Dienste in hoher Qualität leicht verfügbar sind. Es gibt allerdings keine klaren Mechanismen zur Optimierung der Ausgaben und Leistungserbringung auf Kosten-Nutzen-Basis, um für die Bevölkerung die besten Leistungen zu erreichen. Dies mag im Wesentlichen daran liegen, dass das System Institutionen-getrieben ist. Die Sozialpartner sind für die Krankenkassen zuständig, und die Ärztekammern regeln durch verpflichtende Mitgliedschaft den Zugang zum System der ambulanten Versorgung und der Arzneimittelerstattung. Die Länder sind für die Krankenhäuser zuständig, tragen aber nicht alle Kosten. Im Gegensatz dazu wird auf Bundesebene inklusive Sozialversicherung ein großer Anteil der Kosten bezahlt, ohne dass der Bund die Nutzung der Mittel beeinflusst. Diese segmentierte Finanzierungsstruktur senkt

den Anreiz für Optimierungen und hält die Dominanz der etablierten Dienstleister im derzeitigen System aufrecht.

Marktzugang und Wettbewerb sind in den Märkten für öffentlich finanzierte Gesundheitsleistungen und -produkte de facto eingeschränkt. Die meisten Krankenhäuser, insbesondere in Gebieten mit geringer Bevölkerungsdichte, stellen lokale Monopole dar. Ambulante Leistungen durch unabhängige Ärzte/Ärztinnen werden von „Vertragsnetzwerken“ aus Allgemein- und FachmedizinerInnen angeboten, die von den jeweiligen Berufsverbänden mitverwaltet werden, die wiederum Monopolmacht ausüben. Die Hersteller von Arzneimitteln und anderen Medizinprodukten agieren innerhalb strenger regulatorischer Rahmenbedingungen, wodurch der Wettbewerb eingeschränkt ist. Dies kann ein Grund für den vergleichsweise geringen, wenn auch mittlerweile steigenden Anteil von Generika sein.

Infolgedessen leidet das auf Institutionen fokussierte österreichische Gesundheitssystem an folgenden Problemen: i) ausgeprägte Fragmentierung; ii) kostspielige Kombination verschiedener Dienstleistungserbringer mit zu starker Fokussierung auf Leistungen im Krankenhaus; iii) übermäßig starke Unterschiede bei den Ergebnissen der Gesundheitsversorgung und iv) uneinheitliche Qualitätskontrolle.

*Der institutionelle Aufbau des Systems ist zu fragmentiert*

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben werden zu 42% von der allgemeinen öffentlichen Hand und zu 58% von der Sozialversicherung getragen (Abbildung 10). An den allgemeinen öffentlichen Ausgaben sind Bund, Länder und Gemeinden gleichermaßen beteiligt, insbesondere im Rahmen der Finanzierung von Krankenhäusern. Die Sozialversicherung übernimmt andere Ausgabenkomponenten: Kosten der ambulanten Versorgung durch unabhängige Ärzte/Ärztinnen, Arzneimittelkosten und einen Teil der Krankenhauskosten. Jede/r EinwohnerIn ist bei einer der 19 Krankenkassen versichert, je nach Wohnort oder Berufszweig. Die Kassen bieten leicht unterschiedliche Basispakete an. Es gibt lediglich ein rudimentäres System zum Risikoausgleich zwischen den Kassen (auf Grundlage der Altersstruktur der Mitglieder), jedoch keinen Beurteilungsmaßstab oder direkten Wettbewerb. Die Kassen sind angehalten, den Budgetrahmen einzuhalten, der sich aus den Beitragseinnahmen und den Zuschüssen des Bundes ergibt. 24

### **Abbildung 10. Die fragmentierte Finanzierungs- und Verwaltungsstruktur**

*Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2010.*

Den Behörden sind diese Mängel, die die Beeinflussbarkeit des Gesundheitssystems durch die Politik beeinträchtigen, bekannt. Das letztendliche Ziel einer Reihe von Reformen seit 1997 und insbesondere seit 2005 und 2008 war die Behebung einiger der schwerwiegendsten institutionellen Schwächen und eine bessere Fähigkeit des Gesundheitssystems, auf Anforderungen der Politik und des Marktes reagieren zu können. Finanzierungsquellen wurden zusammengefasst, um den Dienstleistungseinkauf zu verbessern. Neue Zahlungsmechanismen wurden eingeführt, die bis zu einem gewissen Grad wie Marktsignale wirken, insbesondere im Krankenhausbereich (dort wurden Gelder für verschiedene Dienste gemäß der Nachfrage gezielt vergeben). Eine wichtige Initiative ist der Versuch, einen detaillierten nationalen Kapazitätsplan zu erarbeiten, der unabhängig von bestehenden Versorgungsstrukturen sein und den zukünftigen Bedarf an bestimmten Dienstleistungen prognostizieren soll. Diese Maßnahmen waren alle hilfreich, haben aber die grundlegenden institutionellen Mängel des Systems offensichtlich nicht behoben. Um dies zu erreichen, empfiehlt dieser Wirtschaftsbericht, dass *die öffentlichen Mittel zur Finanzierung des Gesundheitssystems weiter konsolidiert werden und eindeutigen Zielsetzungen unterworfen werden sollen, zum Beispiel sollten die Verantwortlichkeiten für Ergebnis, Finanzierung und Ausgaben im nationalen Gesundheitssystem viel klarer zugewiesen werden. Der nationale Kapazitätsplan für öffentlich finanzierte ambulante und stationäre Behandlung sollte*

*optimiert werden und von der Bundesregierung mit Unterstützung der Länder und Krankenkassen durchgesetzt werden. Diese Empfehlung steht möglicherweise der Verfassung im Wege. In solchen Fällen könnten sich gemeinsame Finanzierungstöpfe für Mittel aus verschiedenen staatlichen Einheiten als sinnvoll erweisen. Um die Einflussmöglichkeiten der Politik zu verstärken sollte auch die ausgeprägte Fragmentierung im Sozialversicherungssektor überwunden werden. Ein möglicher Schritt ist die Verringerung der Anzahl an Krankenkassen durch Fusionen.*

*Das System ist weiterhin zu sehr auf Leistungserbringung im Krankenhaus ausgerichtet*

Das Gesundheitssystem ist zu stark auf stationäre, meist im Krankenhaus erbrachte Dienstleistungen ausgerichtet, die teuer sind. Da die die Kosten der von Krankenhäusern durchgeführten stationären und ambulanten Behandlungen zu einem großen Teil vom Staat übernommen werden, stehen sich die Krankenkassen, die eine Reihe von alternativen Leistungen bezahlen, einem verzerrten Bild der Krankenhauskosten gegenüber, und sie haben keinen Anreiz, diese vollständig ins Kalkül zu ziehen. Gleichzeitig haben die Regierungen der Länder ein Interesse 25

daran, dass die Krankenhauskapazitäten hoch bleiben. Die EinwohnerInnen schätzen die Rund-um-die-Uhr-Versorgung in der Nähe ihres Wohnortes, und sie nutzen sie intensiv.

Das Gesundheitssystem könnte hochwertige Behandlungen zu geringeren Kosten bieten, wenn eine bessere Balance zwischen dem vermehrten Einsatz von HausärztInnen von ambulanten und stationären Behandlungen, von Rehabilitationsmaßnahmen und von Pflege gefunden werden kann. Die bestehende Fragmentierung und die Barrieren sowohl im Finanzierungs- als auch im Leistungsbereich haben Änderungen bisher behindert. Es gab wichtige ad hoc-Initiativen zur Entwicklung integrierter Dienstleistungen und einer ausgewogeneren Mischung aus stationären und ambulanten Behandlungen, und einige haben zu sehr guten Resultaten geführt, etwa das Disease-Management-Programm (DMP) für Diabetes, doch die Fokussierung des Systems auf die stationäre Behandlung wurde nicht behoben. Ein System für elektronische Gesundheitsakten (das sogenannte ELGA-System) wird derzeit aufgebaut und soll in Zukunft die Behandlung auf der PatientInnenebene optimieren. Erfahrungen aus anderen Ländern deuten darauf hin, dass noch mehr unterstützende Mechanismen für die Finanzierung, Vergabe und Bezahlung von integrierten Dienstleistungen für eine selbständige und schnellere Entwicklung integrierter Behandlungen wichtig sind. *Dieser Bericht empfiehlt, dass die EntscheidungsträgerInnen i) weiterhin Disease-Management-Programme unterstützen und bewährte Behandlungen in allen Bereichen chronischer Krankheiten verbreiten sollten; ii) gesetzliche Beschränkungen für Gruppenpraxen und Krankenhausambulanzen, die autonome Einheiten werden könnten, abschaffen sollten und iii) es den Krankenkassen erlauben sollten, mit Gruppenpraxen und ambulanten Kliniken Vereinbarungen über „geregelt Behandlungen“ zu schließen. Die Politik sollte zudem weiterhin der Entwicklung der elektronischen Gesundheitsakte ELGA eine hohe Priorität beimessen.*

*Der Versorgungszugang für alle ist sichergestellt, aber Outcomes sind nicht gleich verteilt*

Alle Indikatoren bestätigen, dass das Maß an Gerechtigkeit beim Zugang zu Dienstleistungen zu den höchsten innerhalb der OECD zählt. Trotzdem gibt es Belege dafür, dass gewählter Lebensstil und mangelnde Vorbeugung dazu führen, dass sich der allgemeine Gesundheitszustand nach verschiedenen sozialen Gruppen und Regionen deutlich unterscheiden kann. Insbesondere bei ImmigrantInnengruppen mit geringer Bildung sind nennenswerte Mängel zu erkennen. Auch gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Diese Differenzen sind besonders in Hinblick auf Übergewicht und Fettleibigkeit, vor allem in jüngeren Altersklassen, besorgniserregend, denn hier drohen langfristige Gesundheitsschäden und somit Kosten. Wenn sich diese Faktoren außerhalb des Gesundheitssystems sich nicht verbessern, besteht die Gefahr, dass die Gesundheitsergebnisse

in Zukunft stärker divergieren werden als in der Vergangenheit und das Potential des Systems insgesamt nicht ausgeschöpft werden kann. *Österreich sollte Folgendes tun: i) nationale Gesundheitsziele definieren und zum Erreichen dieser Ziele einen wirksameren Ausgleich zwischen Verbesserung des Lebensstils, Prävention und Therapie finden; ii) wirksamere Programme für die Gesundheit der Bevölkerung in Hinblick auf Ernährung, Rauchen und Alkoholkonsum einführen; iii) weiterhin Programme zur Kindergesundheit erarbeiten, die lebenslang positive Effekte zeigen; und iv) spezielle Programme für gefährdete Gruppen, die bei der Wahl einer positiven Lebensführung benachteiligt sind und Mängel bei der Prävention aufweisen, erarbeiten, insbesondere für ImmigrantInnen und Einheimische mit geringer Bildung.*

*Die Qualität der Leistungen sollte transparenter sein*

Die Qualität der Gesundheitsdienstleistungen gilt im gesamten Bundesgebiet als sehr hoch. GesundheitsexpertInnen und MitarbeiterInnen von Regierungsbehörden haben allerdings festgestellt, dass diese Einschätzung nicht unbedingt von objektiven Kriterien gestützt wird. Einige internationale Indikatoren zeigen, dass es in Österreich gelungen ist, die Sterberate bei bestimmten verbreiteten 26

Krankheiten weit unter den jeweiligen OECD-Durchschnitt zu senken, auch unter den Durchschnitt in anderen Ländern mit hohem Einkommen wie Schweden, Dänemark und den Niederlanden. In anderen Bereichen sind die Resultate durchschnittlich. In einigen Bereichen bestehen in Österreich sogar Mängel, etwa bei den Standardimpfungen und den damit zusammenhängenden Folgen einschließlich der Häufigkeit von Hepatitis. Den politischen EntscheidungsträgerInnen ist bewusst, dass die Überwachung der Leistungsqualität deutlich ausgeweitet werden muss, daher wurde als Teil eines Reformpakets 2005 eine österreichische Qualitätsstrategie eingeführt. Es wurde ein Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen geschaffen, für das das in Deutschland erfolgreiche System der Qualitätsindikatoren als Vorbild diente. Über alle Sektoren und Berufsgruppen müssen nationale Qualitätsberichte anhand einheitlicher Methoden erarbeitet werden. Diese Arbeit sollte auch die Qualität der Leistungen einzelner Dienstleister verbessern. Jedoch konnte dieses Projekt nicht umgesetzt werden und die gesetzlich vorgesehene Qualitätsberichterstattung hat bisher nicht stattgefunden. *Die Behörden sollten die nationale Qualitätsstrategie vollständig umsetzen, gegebenenfalls auf Grundlage eines wirkungsvolleren gesetzlichen und regulatorischen Rahmens.*

***Es besteht großes Potential für Effizienzsteigerungen***

Ein zentrales Ziel der Politik ist die Steigerung der wirtschaftlichen Effizienz des Systems. Durch neue Studien konnten umfangreiche wirtschaftliche Ineffizienzen eindeutiger dokumentiert werden, zum Beispiel dass Leistungen nicht zu den geringstmöglichen Aufwandsvolumen und Kosten erbracht werden. Internationale Vergleiche der Effizienz von Gesundheitssystemen, Effizienzanalysen im Krankenhaussektor und überregionale Vergleiche der Ressourcennutzung in einzelnen Bundesländern untermauern diesen Befund (Abbildung 11). Die Behörden stimmen diesen Analysen im Prinzip zu und haben Initiativen eingeleitet, um die Effizienz zu steigern. Zusätzliche Planungsziele wurden definiert, um die Ressourcen besser dem Leistungsbedarf anzupassen; Zahlungen an Krankenhäuser zielen darauf ab, Richtmarken bei Produktivität und Kosten zu verfolgen, und ein neues System zur Bewertung von Gesundheitstechnologie zielt auf ein besseres Verhältnis von Kosten und Nutzen bei der Verwendung von Arzneimitteln ab. Der Wirtschaftsbericht schlägt vor, dass sich politische EntscheidungsträgerInnen zur Steigerung der Produktivität auf drei wichtige Punkte konzentrieren sollen: Leistungen sollen anhand von strengen Qualitäts- und Kostenkriterien finanziert werden; der Wettbewerb soll eine wichtigere Rolle spielen und wenn Leistungen, die von nationalen oder lokalen Monopolisten erbracht werden - insbesondere bei

Verhandlungen mit den Ärztekammern - müssen strenge allgemeine Vorgaben für Referenzkosten („benchmarks“) und Wettbewerbsmaßstäbe herangezogen werden. *Politische EntscheidungsträgerInnen sollten i) die Barriere zwischen ÄrztInnen und Krankenhausambulanzen überwinden und die ambulante Behandlung durch beide Gruppen ermöglichen (sodass der/die PatientIn eine Auswahlmöglichkeit hat und Wettbewerb entsteht); ii) die Honorarverhandlungen mit allen Anbietern von ambulanten Behandlungen auf Grundlage innovativerer und kostensparender Verfahren führen (damit die Honorare sich dem Kostenniveau etablierter Benchmarks angleichen); iii) die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) vollständig umsetzen und in einem nächsten Schritt - nach einer grundlegenden Veränderung der Finanzierungsstrukturen - die Krankenkassen verpflichten, alle Kosten der stationären Therapie zu übernehmen; iv) alle Schlupflöcher schließen, die es ermöglichen, bei der LKF-Bezahlung regional von den nationalen Kostenvorgaben abzuweichen und v) den Wettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt stärken, indem nicht nur neue Arzneimittel, sondern auch der bisher genutzte Bestand an Arzneimitteln einer gesundheitstechnologischen Beurteilung unterzogen werden, und indem bei Möglichkeit zusätzliche generische Produkte zugelassen werden.* 27

## **Abbildung 11. Es besteht großes Potential für Effizienzsteigerungen**

1. Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit und eine Variable, die ein zusammenfassender Indikator für die sozioökonomische Umgebung (Pro-Kopf-BIP, Bildungsstand) und bestimmte Faktoren der Lebensführung (Stickstoffoxid-Emissionen, Verzehr von Obst und Gemüse, geringerer Verbrauch von Alkohol und Tabak – Daten von 1990) ist.

*Quelle: OECD.*

*Kurzfristige Effizienzgewinne sind erfreulich, aber Einsparungen sollten strukturell erzielt werden*

*Alle politischen Anstrengungen im Bereich der Gesundheit sollten mit der allgemeinen Wirtschafts- und Finanzpolitik vereinbar sein. Wie bereits erörtert steht Österreich vor einer umfangreichen Herausforderung, um eine kurzfristige Haushaltskonsolidierung zu erreichen. Politische EntscheidungsträgerInnen für Gesundheit und Wirtschaft haben zugestimmt, im Gesundheitssystem sofortige Einsparungen durchzuführen. 2009 wurde ein beträchtliches Sparpaket mit den Krankenkassen vereinbart, das Beschränkungen bei den verschreibungspflichtigen Medikamenten (mit den Pharmafirmen abgeschlossen) und bei der ambulanten Versorgung (mit den Ärztekammern abgeschlossen) vorsieht. Allerdings wurde der Krankenhausbereich, der die größten Kosten verursacht und bei dem die Steuerung und die Zuständigkeit für Ausgaben überwiegend bei den Regierungen der Länder angesiedelt sind, nicht berücksichtigt. Erste Zahlen legen nahe, dass mit diesem Sparpaket die unmittelbaren Ziele erreicht und übertroffen werden, doch gibt es ebenfalls Hinweise, die Erfahrungen aus der Vergangenheit entsprechen, wonach die Einsparungen nur zyklisch sein könnten und dass die Ausgaben infolge des Wirtschaftsaufschwungs tendenziell wieder steigen könnten. Die politischen EntscheidungsträgerInnen sollten sich weniger auf kurzfristige Einsparungen, sondern eher auf strukturelle Einsparungen konzentrieren, insbesondere im Bereich der Krankenhäuser.*

*Der mittelfristige finanzielle Ausblick des Gesundheitssystems muss eine wichtigere Rolle spielen*

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben unterliegen großem langfristigem Kostendruck. Wie in anderen OECD-Ländern auch sind die Ursachen die alternde Gesellschaft, der technologische

Fortschritt und die damit zusammenhängenden Behandlungsmöglichkeiten sowie Steigerungen der relativen Preise von medizinischen Produkten und Dienstleistungen. In Österreich sind diese Ursachen allerdings mit drei Eigenheiten des nationalen Gesundheitssystems verwoben: i) dem größeren Umfang des gesetzlich garantierten Pakets an Gesundheitsleistungen und dem Zugang zu modernsten Produkten und Dienstleistungen; ii) der Verpflichtung des Systems, die Verantwortung für die Pflege abhängiger Personen zu übernehmen, unabhängig von deren finanziellen Mitteln, und iii) Steigerungen der Kosten für Gesundheitsleistungen, die derzeit stärker sind als in anderen Ländern. Aus diesem Grund unterscheiden sich die Vorhersagen für die öffentlichen Gesundheitsausgaben signifikant: zusätzliche öffentliche Gesundheitsausgaben von bis zu 2 Prozentpunkten des BIP bis 2020, und zusätzliche Ausgaben von 5 Prozentpunkten bis 2030. In diesem Zusammenhang wäre ein gemeinsamer Rahmen für mittelfristige Finanzszenarien und -ausblicke von politischen EntscheidungsträgerInnen für Gesundheit und Wirtschaft sehr hilfreich.

Dieser *Wirtschaftsbericht* empfiehlt: i) *bessere nationale Sichtbarmachung der offiziellen Ausgabenprognosen für den Gesundheitsbereich (diese werden derzeit unter Federführung der Europäischen Kommission erstellt); ii) bessere Integration der Komponenten „Gesundheitsversorgung“ und „Pflege“; iii) Erarbeitung von nationalen Ausgabenszenarien mit umfassenden Hypothesen über die Auswirkungen technologischer Veränderungen und der zukünftigen Nachfrage nach neuen Dienstleistungen; iv) Festlegung einer mittelfristigen (10–15 Jahre) Richtungsvorgabe für die öffentlichen Gesundheitsausgaben auf Ebene der Bundesregierung; und v) Überlegungen, ob die öffentlichen Gesundheitsausgaben auf Ebene der Bundesregierung zu einer politischen Zielsetzung im Zusammenhang mit dem mehrjährigen Haushaltsrahmen, der das jährliche Haushaltsgesetz begleitet, werden sollen.* Diese Initiativen würden eine Implementierung der gesundheitspolitischen Maßnahmen in vollständiger Übereinstimmung mit den wirtschaftspolitischen Zielen der österreichischen Regierung, einschließlich der finanziellen Nachhaltigkeit und des Wachstums, erleichtern.

## **Kasten 2. Zusammenfassung der gesundheitspolitischen Empfehlungen Straffung der institutionellen Struktur des Gesundheitssystems**

- Die Verantwortlichkeiten für Ergebnis, Finanzierung und Ausgaben sollten viel klarer definiert sein.
- Der nationale Kapazitätsplan für öffentlich finanzierte ambulante und stationäre Behandlung sollte optimiert werden und von der Bundesregierung mit Unterstützung der Länder und Krankenkassen durchgesetzt werden.
- Diese Empfehlung steht möglicherweise der Verfassung im Wege. In solchen Fällen könnten sich gemeinsame Finanzierungstöpfle als sinnvoll erweisen um die Mittel verschiedener staatlicher Einheiten zu bündeln.
- Die Fragmentierung des Sozialversicherungssektors sollte verringert werden.
- Der Hauptverband sollte weiterhin Funktionen zentralisieren, wenn sich größenbezogene Kostenvorteile realisieren lassen.

### ***Einführung von leistungsbezogenen Vergütungsmechanismen zur Steigerung der Produktivität***

- Überwindung der Barriere zwischen ÄrztInnen und Krankenhausambulanzen, und Abschluss von Kassenverträgen für die ambulante Behandlung mit beiden Gruppen. Honorarverhandlungen sollten mit allen Anbietern von ambulanten Behandlungen auf der Grundlage innovativerer Zahlungsmechanismen geführt werden. Das kostenbasierte LKF-System für die Vergütung von Krankenhausleistungen sollte schrittweise auf den ambulanten Bereich ausgeweitet werden.
- Vollständige Implementierung des LKF-Systems für alle stationären Leistungen und Behebung der Abweichungen bei den LKF-Zahlungen von den nationalen Kostenvorgaben.