

Mag. Katharina Riedler

*Gesundheitsökonomie, Linzer Institut
für Gesundheitssystem-Forschung*

Finanzierungssystem und ambulanter Sektor

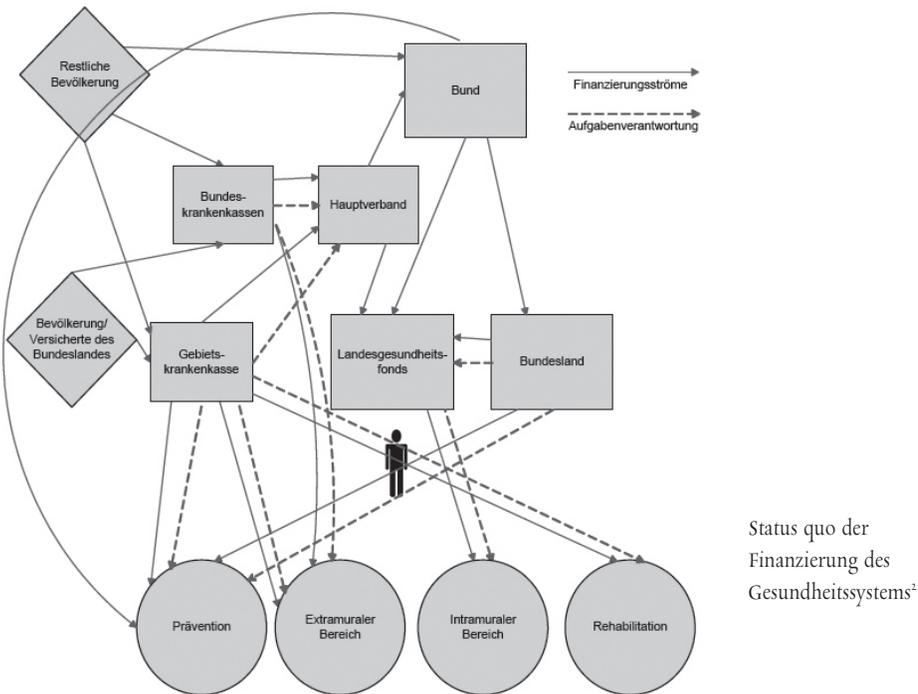
Das Modell einer homogenen Finanzierung von
spitalsambulantem und niedergelassenem Bereich

- | | |
|-----------------------------------------------------|-----|
| 1. Finanzierungssystem und Allokationsineffizienzen | 158 |
| 2. Abgeltung ambulanter Leistungen aus einem Topf | 165 |

1. Finanzierungssystem und Allokationsineffizienzen

Das derzeitige System der Finanzierung des Gesundheitssystems behindert eine effiziente Allokation von Behandlungsfällen. Durch die unterschiedlichen Finanziers und Entscheidungsträger des stationären Bereichs (Land) und der extramuralen Versorgung (Kassen) kommen Einzelinteressen zum Tragen, die weder die Bedürfnisse der PatientInnen widerspiegeln, noch eine bereichsübergreifende Kosteneffizienz zum Ziel haben. Das erschwert die Entwicklung neuer, integrierter Versorgungsformen erheblich, denn es mangelt an der Abstimmung durch einen gemeinsamen Organisator. Laimböck meint, dass unter anderem auch die Versorgungsqualität darunter leide.¹

Die unten stehende Grafik zeigt, wie komplex die Finanzierungsströme heute sind und welche Bereiche der Gesundheitsversorgung durch wen finanziert werden.



1 Laimböck: *Die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems*. 2009. S.139.
 2 IHS: *Finanzierung aus einer Hand – Reformoption für Österreich*. 2009. S.304.

1.1. Finanzierung der Landesfondskrankenanstalten und sich daraus ergebende Interessen

Seit 1978 bildet die Art.-15a-B-VG-Vereinbarung zwischen Bund und Ländern die Grundlage für die Finanzierung der Landesfondskrankenanstalten. Seit 1997 werden die Krankenanstalten aus den sogenannten Landesgesundheitsfonds abgegolten. Dieser wird aus Mitteln des Bundes, der Länder, der Gemeinden und der Krankenkasse gespeist.³ Die Mittel der Landesgesundheitsfonds sind in ihrer Höhe prinzipiell gesetzlich geregelt und spiegeln nicht den Bedarf im Gesundheitswesen wider. Die Haupteiträge gem. §15a-Vereinbarung des Gesundheitsfonds setzen sich in Oberösterreich wie folgt zusammen:

Haupteiträge gem. 15a-Vereinbarung*	in Euro	in % Ausgaben**
Umsatzsteueranteile Land (0,949% d. Landes-USt)	27.956.859	1,58%
Umsatzsteueranteile Gemeinden (0,642% d. Gem.-USt)	18.912.859	1,07%
Beiträge d. Bundes gem. §57 KAKuG	93.918.388	5,29%
Beiträge d. Bundes n.d. Beihilfengesetz (GSBG)	109.854.294	6,19%
Beiträge der Sozialversicherung gem. §447 ASVG	759.521.452	42,80%
Sonstige Beiträge z.B. ausländische Gastpatienten	23.724.014	1,34%

* OÖ. Gesundheitsfonds, Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben: Geschäftsbericht 2011. S. 32.

** Anteil an den Gesamtkosten der Landesfondskrankenanstalten in OÖ. 2011, eigene Berechnungen.

Haupteiträge der oö. Landesgesundheitsfonds-Krankenanstalten 2011

Darüber hinaus gehende Kosten der Landesfondskrankenanstalten werden über die sogenannte Abgangsdeckung finanziert, die im Wesentlichen von den Ländern und Gemeinden getragen wird. Diese betrug im Jahr 2011 rund 720 Mio. Euro⁴, was 40,58% der Gesamtkosten der Landesfondskrankenanstalten in Oberösterreich ausmacht. Diese Verpflichtung, Mehrkosten im Zuge der Abgangsdeckung auszugleichen, bedeutet eine maximale Kostenabhängigkeit der Länder. Daraus ergibt sich ein natürliches Interesse, Leistungen aus dem intramuralen in den extramuralen Bereich auszulagern.

Die Kasse hingegen leistet zwar einen großen Anteil an der Finanzierung des intramuralen Bereichs, zahlt jedoch einen Pauschalbetrag, der jährlich lediglich

3 Flemmich, Ivansits: *Einführung in das Gesundheitsrecht und die Gesundheitsökonomie*. 2000. S.307ff.

4 OÖ. Gesundheitsfonds, Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben: *Geschäftsbericht 2011*. S.32.

nach deren Beitragseinnahmenentwicklungen valorisiert wird. Der Betrag, den die Kassen im intramuralen Bereich beisteuern, kann sich also auch rückläufig entwickeln⁵, steht aber jedenfalls in keinem Zusammenhang mit den dort entstehenden Kosten. Die soziale Krankenversicherung hat daher kein monetäres Eigeninteresse an Kostendämpfungen im intramuralen Bereich.⁶

1.2. Finanzierungsdualismus in den Spitälern und sich daraus ergebende Handlungseffizienzen

Der stationäre Bereich wird über das sogenannte LKF-System abgegolten. Grob gesagt dokumentiert hier jede Krankenanstalt Diagnosen und Einzelleistungen und bekommt dann festgelegte Punktwerte für diese Fälle. Für jeden Punkt bekommt die Krankenanstalt einen bestimmten Eurowert aus dem Landesgesundheitsfonds. Dieser Punktwert ergibt sich aus den Mitteln des Landesgesundheitsfonds, dividiert durch die dokumentierten LKF-Punkte der Landesfondsspitäler. Der Punktwert divergiert also von Bundesland zu Bundesland. Jedenfalls stehen in diesem System einer erbrachten Leistung aber Einnahmen gegenüber, wenn diese auch nicht die tatsächlichen Kosten widerspiegeln.

Die Spitalsambulanzen hingegen werden nicht nach der erbrachten Leistung, sondern pauschal abgegolten. Das bedeutet, dass hier einer Leistung keine direkten Einnahmen gegenüberstehen und eine Mehrleistung daher lediglich Mehrkosten produziert. Die Kosten der Spitalsambulanzen sind mit der Pauschalabgeltung in den meisten Fällen nicht abgedeckt. Dieser Bereich der Spitäler ist daher schlechter finanziert als der stationäre und erwirtschaftet oft erhebliche negative Deckungsbeiträge. In Oberösterreich wurden 2008 laut Rechnungshofbericht lediglich durchschnittlich 32% der Kosten der Spitalsambulanzen abgedeckt. In Niederösterreich waren es durchschnittlich 44%, in Vorarlberg immerhin 85%.⁷

Die Spitäler sind allerdings eine wirtschaftliche Einheit aus stationärem und spitalsambulanten Bereich. Das duale Finanzierungssystem der Krankenanstalten erzeugt daher monetäre Anreize für betriebswirtschaftlich gesehen „effizientes“ Handeln, das jedoch das Gesundheitssystem belastet. So ist es aus Sicht der Krankenhäuser sinnvoll, ambulante Patienten, etwa nach einer teuren Untersuchung (z.B. MRT, CT), kurzfristig stationär (als 1-Tages-, oder 0-Tages-Patienten) aufzunehmen, da so zusätzliche LKF-Punkte und damit zusätzliche Einnahmen

5 Flemmich, Ivansits: *Einführung in das Gesundheitsrecht und die Gesundheitsökonomie*. 2000. S.309.

6 Laimböck: *Die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems*. 2009. S. 143.

7 Der Rechnungshof: *Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen*. 2011. S. 95ff.

generiert werden.⁸ Auch der Landesrechnungshof stellte 2011 fest, dass solche Praktiken üblich sind, und errechnete, dass alleine das LKH Krems daraus etwa 211.000 Euro an Mehreinnahmen erzielte. Der Rechnungshof kritisiert in seinem Bericht vor allem die Mehrkosten für die PatientInnen (täglicher Kostenbeitrag von 10,48 Euro).⁹ Durch diese Handlungsweise maximiert die Krankenanstalt als Gesamtes zwar ihre Einnahmen, produziert jedoch unnötig höhere Kosten durch zusätzliche stationäre Aufnahmen, die hauptsächlich die Länder – und im Endeffekt der Steuerzahler – trägt. Darüber hinaus belastet diese Vorgehensweise Patienten mit zusätzlichen Unannehmlichkeiten und Aufregungen. Laimböck schätzt, dass etwa 15% der bisher stationären Aufenthalte in den Spitalsambulanten Bereich verschoben werden würden, wenn es eine kostendeckende Abgeltung der Spitalambulanzen gebe.¹⁰ Da der stationäre Betrieb an sich teurer ist als der ambulante, würde dies zu erheblichen Einsparungen führen.

1.3. Finanzierung des extramuralen Bereichs und sich daraus ergebende Interessen

Für die Finanzierung der im niedergelassenen Bereich erbrachten Leistungen sind die Kassen verantwortlich. Auch hier gibt es ein Mischsystem aus Pauschalen und Einzelleistungsabgeltungen¹¹, die zur Folge haben, dass eine erhöhte Nachfrage auch zu erhöhten Kosten bei den Kassen führt. Das wiederum bedeutet, dass die Verschiebung einzelner Leistungen aus den Spitalsambulanzen in den niedergelassenen Bereich bei den Kassen zu Kostensteigerungen führt. Die Kasse hat also kein monetäres Interesse an der Umsetzung solcher Leistungsverlagerungen, auch wenn diese einen gesamtwirtschaftlichen Kostendämpfungseffekt im Gesundheitssystem zur Folge haben und aus Patientensicht angezeigt sind.

Aber auch die Finanzierung der Kassen selbst macht eine dynamische, bedarfsorientierte Leistungsentwicklung im vertragsärztlichen Bereich unmöglich. Denn die Einnahmen der sozialen Krankenkasse hängen von den Versicherungsbeiträgen ab, deren Höhe vom Versicherteneinkommen und der Zahl der Versicherten abhängt, jedoch in keinem Zusammenhang mit dem Bedarf an Gesundheitsleistungen steht. In Zukunft wird die Nachfrage nach ambulanten Leistungen auf Grund der demographischen Zusammensetzung und den neuen ambulanten Möglichkeiten jedoch stärker ansteigen als die Krankenversicherungsbeiträge. Diese prekäre

8 Laimböck: *Die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems*. 2009. S.150f.

9 Der Rechnungshof: *Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen*. 2011. S. 111.

10 Laimböck: *Die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems*. 2009. S.154.

11 Hofmarcher, Rack: *Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich*. 2006. S.203

Finanzierungssituation führt dazu, dass weniger Leistungen aus dem spitalsambulanten Bereich ausgelagert werden können, als medizinisch sinnvoll und gesundheitsökonomisch angezeigt wäre. Denn im spitalsambulanten Bereich ist eine ungedeckelte Finanzierung im Rahmen der Abgangsdeckung quasi gewährleistet.¹²

1.4. Der Reformpool

Im Spitalssektor tragen die Länder einerseits eine große Finanzierungslast, übernehmen andererseits aber auch alle Aufgaben des Leistungseinkäufers, des Leistungserbringers und der Stewardship-Funktion¹³. Dasselbe gilt im extramuralen Bereich für die soziale Krankenversicherung. Das bedeutet, dass sich hier zwei Player gegenüberstehen, die einerseits in ihrem Bereich alle Entscheidungsmacht haben und andererseits unterschiedliche Interessen verfolgen.

Um diese Schranke im Gesundheitswesen zu überwinden, welche die Beseitigung von Ineffizienzen behindert, wurde der Reformpool geschaffen, der ein Teil der Landesgesundheitsfonds ist.

„Der Bund und die Länder kommen überein, Projekte der Integrierten Versorgung und Projekte, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich auf Landesebene zur Folge haben, sowie die sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs über einen gemeinsamen Reformpool zu finanzieren. Voraussetzung für die Förderung eben dieser Projekte ist, dass sich das jeweilige Land und die Sozialversicherung im Voraus auf diese Maßnahmen inhaltlich einigen.“¹⁴

Der Reformpool soll die Kooperation zwischen den Ländern und der Sozialversicherung vereinfachen und damit die Effizienz und Effektivität des Gesundheitswesens erhöhen.¹⁵ Eingereichte Gesundheitsprojekte, bei denen ein beiderseitiger Nutzen von Land und Sozialversicherung erwartet wird, sollen durch den Reformpool finanziert werden. Nach Abschluss der Projekte müssen diese kritisch evaluiert werden. Lässt sich ein positives Kosten/Nutzenverhältnis tatsächlich nachweisen, so soll eine Übernahme in die Regelversorgung erfolgen.¹⁶

12 Dörner (Hrsg.): *Gesundheitspolitische Perspektiven*. 2009. S.174.

13 Verantwortung für die Umsetzung der Gesundheitsziele

14 Artikel 31(1) der 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens im B-VG

15 Reformpool des OÖ Landesgesundheitsfonds <http://www.oogesundheitsfonds.at/index.php/wirueberuns/reformpool>

16 OÖ Landrechnungshof: *Aspekte der Entwicklung einer integrierten Gesundheitsversorgung*. 2005. S.30.

Grundsätzlich ist die Idee der Reformpools zu begrüßen, jedoch gibt es viele Kritikpunkte, die die Wirksamkeit der Reformpools in Frage stellen. Etwa ist das zur Verfügung stehende Budget sehr gering. So wurde bei der Gründung der Reformpools angestrebt, 10% der Gesamtmittel des intra- und extramuralen Bereichs zur Verfügung zu haben. Geworden sind daraus lediglich 2% – auf freiwilliger Basis.¹⁷ Dazu gibt es zahlreiche Möglichkeiten, Projekte einfach nicht aufzunehmen. Ein weiteres Manko ist, dass es noch keine Lösungen zur Abgeltung von Leistungsverchiebungen bei Übernahme in den Regelbetrieb gibt.

1.5. Warum keine Finanzierung aus einer Hand?

Darüber, dass das derzeitige Finanzierungssystem immense Ineffizienzen birgt, ist man sich einig. Der diesbezügliche O-Ton lautet, das ganze Gesundheitswesen solle einem Finanzier überlassen werden. Slogans wie „Finanzierung aus einer Hand“ oder „Finanzierung aus einem Topf“ sind bekannte Forderungen. Warum die Umsetzung allerdings aus heutiger Sicht völlig unrealistisch ist und neue Ineffizienzen mit sich bringen würde, wird in diesem Kapitel erläutert.

Wollte man die Finanzierung aus einer Hand realisieren, müssten alle Mittel und Verantwortlichkeiten an eine zentrale Stelle übertragen werden. Diese Stelle(n) könnten die Länder, die Landesgesundheitsfonds, überregionale Gesundheitsagenturen (z.B. vier, gemäß den Versorgungszonen im ÖSG), die bestehenden Kassen oder ein zentrales Kassensystem (z.B. vier, gemäß den Versorgungszonen im ÖSG) sein.¹⁸ Will man aber entweder dem Land oder den Kassen oder diesen nahe stehenden Institutionen die alleinige Finanzierungs- und Einkaufsverantwortung für das gesamte Gesundheitssystem übertragen, so wird dies politisch schwer bis nicht durchsetzbar sein. Denn kein Akteur verzichtet gerne auf historisch gewachsene Kompetenzen und lässt sich auf die Funktion des Zahlers reduzieren.

Hinzu kommt, dass weder die Länder noch die Kassen über das notwendige Know-how und die physischen Ressourcen verfügen, um sowohl intra- als auch extramurale Leistungen einzukaufen. Es müssten erst viel Zeit und Geld investiert werden, um diese Kompetenzen zu erlangen.¹⁹ Einerseits ist also weder der politische Wille, um bisherige Aufgaben abzugeben, vorhanden, noch das Rüstzeug, um Fremde zu übernehmen. Überträgt man die Funktion der „einen Hand“ an

17 Dr. Clemens Auer, Sektionsleiter im Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend IN *Leistungsverchiebungen im Gesundheitswesen – Reformpool mit Hindernissen*. Medical Tribune 41. Jahrgang Nr. 8/2009.

18 IHS: *Finanzierung aus einer Hand – Reformoption für Österreich*. 2009. S.304ff.

19 IHS: *Finanzierung aus einer Hand – Reformoption für Österreich*. 2009. S.307.

überregionale Player, wie einem Dachverband der Kassen oder überregionalen Gesundheitsagenturen, so müssten zusätzlich noch neue Strukturen (Organisationen) geschaffen werden, was mit großem Zeit- und Geldaufwand verbunden ist.

Will man den Ländern die Funktion der „einen Hand“ übertragen, so besteht darüber hinaus auch die Gefahr, dass Mittel, die bisher für den ambulanten Sektor eingesetzt wurden, zukünftig verstärkt dem stationären Bereich zugeteilt werden. Denn die Länder können so die notwendigen Mittel zur Finanzierung der Spitäler über die Abgangsdeckung verringern und somit das eigene Budget schonen. Dies würde den niedergelassenen Sektor schwächen, die wohnortnahe Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gefährden und zu einer noch stärkeren Krankenhaus-zentriertheit führen.

Darüber hinaus ist zu erwarten, dass bei einer gemeinsamen Finanzierung von intra- und extramuralem Bereich, unabhängig davon, welcher Player diese übernimmt, der ambulante Sektor starke Benachteiligungen in Kauf nehmen muss. Denn wegen der stärkeren Kostenentwicklung des stationären Bereichs würde dieser Sektor immer mehr Mittel des gemeinsamen Budgets für sich beanspruchen und dadurch die für den ambulanten Sektor verfügbaren Mittel schmälern. Der finanzielle Spielraum für den extramuralen Bereich würde quasi erdrückt. Diese restriktive Finanzentwicklung würde der Leistungsfähigkeit des primären Versorgungssystems schaden. Ein vergleichbares Beispiel aus der Praxis sind die starken Kostensteigerungen bei Arzneimitteln, die das Budget zur Finanzierung ärztlicher Leistungen im extramuralen Bereich verkleinerten.²⁰

20 Dorner (Hrsg.): *Gesundheitspolitische Perspektiven*. 2009. S.173.

2. Abgeltung ambulanter Leistungen aus einem Topf

Das derzeitige Finanzierungssystem ist zu komplex und von Einzelinteressen geprägt, die verhindern, dass die Qualitäts- und Einsparungspotentiale einer abgestuften Versorgung genutzt werden können. Eine Studie des IHS aus dem Jahr 2012²¹ attestiert dem österreichischen Gesundheitssystem ein im internationalen Vergleich besonders starres, duales System im Bereich zwischen Spitälern und extramuraler Versorgung. Spitalsambulanzen und Ambulatorien würden als Konkurrenz zu niedergelassenen Arztpraxen gesehen. Es muss also eine Reform der derzeitigen Finanzierungs- und Zuständigkeitsmodelle erfolgen, um den Menschen in Österreich auch in Zukunft ein möglichst effektives und effizientes Gesundheitssystem zur Verfügung stellen zu können. Ziel ist eine Struktur, bei der Einzelinteressen von potenten Akteuren des Gesundheitssystems in den Hintergrund treten und Behandlungsentscheidungen nur noch in Hinblick auf die bestmögliche Gesundheitsversorgung für die Patienten getroffen werden. Warum eine Finanzierung aus einer Hand nicht der ideale Weg ist, wurde weiter oben bereits erläutert. In diesem Kapitel wird eine alternative Finanzierungsform vorgestellt, die alle ambulanten Leistungen aus einem Topf begleicht, die Finanzierung der stationären Versorgungsleistungen jedoch beim Gesundheitsfonds belässt.

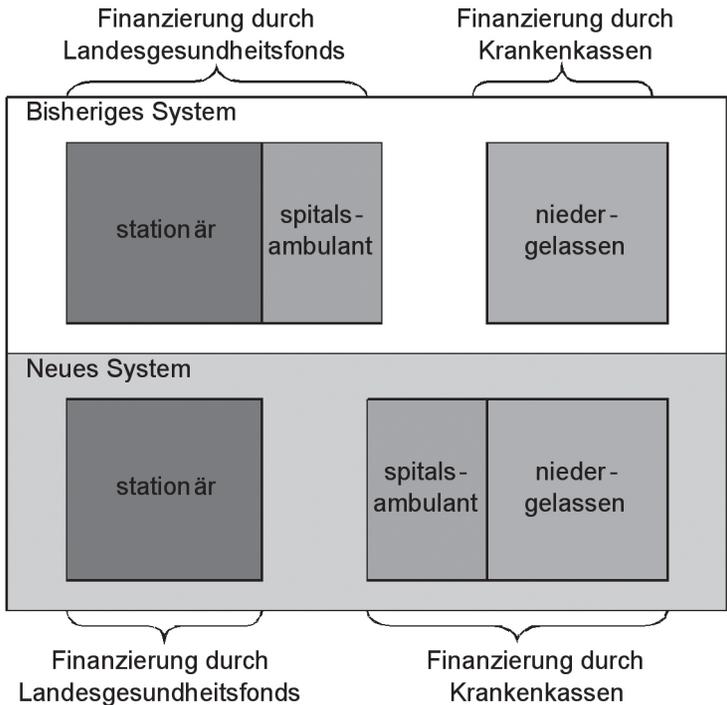
2.1. Spitalsambulanzen durch die Kassen finanzieren

Die Spitalsambulanzen werden heute durch die Landesgesundheitsfonds finanziert. Allerdings bei weitem nicht kostendeckend, denn die pauschale Finanzierung basiert auf dem Leistungsangebot von 1996. Daher sind die Deckungsgrade der einzelnen Spitalsambulanzen auch sehr unterschiedlich hoch²², denn Ambulanzen, die ihr Leistungsspektrum seither ausgeweitet haben (z.B. Dialyseeinheiten, medizinische Großgeräte), bekommen dafür keine finanzielle Abgeltung. Das bedeutet, dass die Spitalsambulanzen Mitteldefizite erwirtschaften, die von den Ländern – im Zuge der Abgangsdeckung für die Krankenanstalten – abgedeckt werden müssen.

21 IHS: *Health Cooperation: Kostendämpfung durch Kooperation im Gesundheitswesen*. April 2012. S. 75.

22 vgl. Daten des Rechnungshofes in Kapitel

Die Leistungen, die in Spitalsambulanzen erbracht werden, ähneln zudem stark den Leistungen des niedergelassenen Bereichs, was die Frage aufwirft, warum diese nicht ebenfalls über die Kassen abgegolten werden. In diesem Modell wird daher der spitalsambulante Bereich dem Finanzierungssystem des niedergelassenen Sektors angegliedert. Das ermöglicht eine kostendeckende Finanzierung des spitalsambulanten Sektors. Unten stehende Grafik stellt diese Finanzierungsverschiebung dar.



Finanzierungsmodell stationär / ambulant – alt und neu²³

Das IHS ist der Meinung, dass die sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs und eine kostengetreue Abdeckung des Ambulanzbetriebes ohne hohe Up-front-Kosten umgesetzt werden könnten und einen wesentlichen Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen leisten würden. Vor allem würden sich daraus erhebliche Einsparungen im stationären Bereich ergeben.²⁴

23 Eigene Grafik nach: Ärztekammer für Oberösterreich: *Verschränkung der ambulanten ärztlichen Leistungen*. IN Dörner (Hrsg.): *Gesundheitspolitische Perspektiven*. 2009. S.171.

24 IHS: *Health Cooperation*. 2012. S. 91.

2.2. Klare Kompetenzverteilung und Stärkung der primären Versorgung

Wie bereits erwähnt, werden die Spitalsambulanzen von Patienten heute als ein gleichwertiges System zu den niedergelassenen Ärzten gesehen – mit dem Unterschied, dass diese rund um die Uhr verfügbar sind. Daher kommen Patienten auch wegen Bagatellen in die Spitalsambulanzen. In der Folge sind diese stark überlastet und belasten damit das österreichische Gesundheitsbudget unnötig.

Bei Übernahme der Finanzierung der Spitalsambulanzen durch die Krankenkassen soll es zu einer klaren Kompetenzverteilung zwischen spitalsambulatem und niedergelassenem Bereich kommen, durch die unnötige Doppelgleisigkeiten in der Versorgung vermieden werden. Im Wesentlichen sollen die Spitalsambulanzen wieder auf ihre Kernaufgabe – die Notfallversorgung – konzentriert werden. Zusätzlich können Spezialleistungen übernommen werden, wenn diese aus medizinischen oder ökonomischen Gründen effizienter erbracht werden können oder eine Leistung vom niedergelassenen Bereich im Versorgungsgebiet nicht abgedeckt werden kann. Auch die Vor- und Nachsorge soll nur noch bei fachlich notwendigen Fällen in der Spitalsambulanz erbracht werden. Mit Ausnahme der Notfallversorgung sollen also nur noch Patienten mit Überweisungsschein vom Fach- oder Hausarzt bzw. dem Spital übernommen werden. Der Zugang zu den Spitalsambulanzen wird dadurch reguliert und diese dadurch entlastet. Es kann überlegt werden, ob bei Inanspruchnahme ohne Überweisungsschein und ohne das Vorliegen eines Notfalls eine Ambulanzgebühr fällig werden soll, die den Kassen zu Gute kommt.

Durch die klare Aufteilung von Behandlungszuständigkeiten kann die doppelte Vorhaltung von z.B. medizinischen Geräten und Personal reduziert werden. Dies führt zu Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen – ohne jedoch eine qualitativ hochwertige und flächendeckende Versorgung für die Bevölkerung zu gefährden. Im Gegenteil – durch die Fokussierung der Spitalsambulanzen auf ihre Kernaufgaben wird auch der niedergelassene Bereich gestärkt und es werden vermehrt Leistungen in dezentralen Strukturen angeboten. Das Gesundheitssystem rückt also wieder näher an den Patienten und garantiert durch den niederschweligen Zugang eine sozial gerechte Verteilung von Gesundheit und eine Hebung des allgemeinen Gesundheitszustandes durch die stärkere Betonung des Hausarztssystems. Der Hausarzt kann seiner Funktion als Navigator durch das Gesundheitswesen wieder nachkommen, wodurch Kosten, die durch falsche Selbstzuweisungen der Patienten entstehen, vermieden werden.

Um die neue Kompetenzverteilung zwischen spitalsambulantem und niedergelassenem Bereich realisieren zu können, muss allerdings der extramurale Sektor gestärkt werden, damit er dieser Aufgabe auch gerecht werden kann. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es unbedingt notwendig, den Beruf des Hausarztes wieder attraktiver zu machen, neue Zusammenarbeitsformen zu ermöglichen und in der Ausbildungszeit mehr Jungärzte für diesen Beruf zu wappnen und zu interessieren. Auch eine Flexibilisierung im Bereich der Gruppenpraxen ist unumgänglich.

Hier soll ein interessantes Reformpoolprojekt aus Salzburg Erwähnung finden, in dessen Zuge die präoperative Befundung bei planbaren Operationen in den extramuralen Bereich ausgelagert wurde. Unterstützung finden die niedergelassenen Ärzte dabei in Form einer EDV-Software namens PROP, die einen einheitlichen Abklärungslogarithmus für alle Patienten zur Verfügung stellt. So wird die präoperative Befundung, je nach Patientencharakteristika und Art der Operation, standardisiert und damit qualitätsgesichert. Grundlage für das Reformpoolprojekt war eine Analyse von 205 Patienten, die in Spitälern der SALK operiert wurden. Hier zeigte sich, dass nach der neuen Systematik der präoperativen Diagnostik 72% der Laboruntersuchungen, 47% der EKGs und 84% der Thoraxröntgen potentiell eingespart werden können, was sich im Laufe des Projektes tatsächlich realisieren ließ. 44% der Patienten benötigen außer dem Anamnesegespräch und der klinischen Untersuchung keine weiteren präoperativen Untersuchungen. Für das Land Salzburg ließ sich allein aus der verringerten Anzahl von Laboruntersuchungen eine Kostenersparnis von 1,4 Mio. Euro errechnen. Für den Fall einer österreichweiten Umsetzung errechnete das IHS eine Gesamtersparnis von 18,88 Mio. Euro.²⁵

An diesem Projekt zeigt sich, dass eine gemeinsame Finanzierung des gesamten ambulanten Bereichs hohe kostendämpfende Potentiale birgt und diese daher rasch verwirklicht werden sollte, da so Leistungen dort angesiedelt werden, wo sie qualitativ hochwertig und kosteneffizient erbracht werden können.

25 IHS: *Health Cooperation*. 2012. S. 88f.

2.3. Personelle Organisation in den Spitalsambulanzen

Im System der homogenen Finanzierung ambulanter Leistungen sollen auch die in den Spitalsambulanzen tätigen Ärzte nicht mehr als Angestellte fungieren, sondern selbstständig, mit Kassenvertrag, tätig sein. Analog zum niedergelassenen Bereich werden die in den Spitalsambulanzen erbrachten Leistungen dann mit den Kassen verrechnet. Zu diesem Zweck muss ein Gesamtvertrag für die Verrechnung spitalsambulanter Leistungen zwischen der sozialen Krankenversicherung und den Landes-Ärzttekammern verhandelt und abgeschlossen werden, wie das für Einzel- und Gruppenpraxen bereits der Fall ist. Auf Basis dieses Gesamtvertrages werden dann Einzelverträge mit den Ärzten in den Spitalsambulanzen abgeschlossen.

Die Kassenverträge für die Tätigkeit in der Ambulanz sollen vorrangig an Spitalsärzte vergeben werden, da dies einen zusätzlichen Anreiz schafft, im Spital zu arbeiten. Vor allem für Häuser in der Peripherie ist dieser Punkt von großer Wichtigkeit, um auch in Zukunft genügend ärztliches Personal gewinnen zu können. Denn bereits heute ist es schwierig, in dezentralen Spitälern Arztstellen nachzubesetzen und damit die Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

Die als Kassenärzte in den Spitalsambulanzen tätigen Ärzte werden verpflichtet, für die Nutzung der Infrastruktur der Krankenanstalten einen Hausrücklass²⁶ an die Spitalsträger zu bezahlen. Es muss jedoch darauf geachtet werden, dass der Betrag eine angemessene Höhe nicht überschreitet. Ansonsten käme es zu einer ungerechtfertigten Kostenverschiebung zwischen ambulantem und stationärem Bereich. Jedenfalls dann, wenn diese Kostenverschiebung durch eine höhere Leistungsvergütung durch die Kassen ausgeglichen wird. Anderenfalls tragen die Ärzte die überzogenen „Mieten“ und die Übernahme eines Kassenvertrages in einer Spitalsambulanz würde somit unattraktiv – was zu Personalmangel und damit zur Gefährdung der Versorgungsaufgabe in diesem Bereich führen würde. Es ist also besonders wichtig, bei der Festschreibung des Hausrücklasses auf wirtschaftliche Fairness zu achten.

²⁶ ausgehandelter, prozentueller Anteil des Honorars

2.4. Budgetneutrale Finanzierungsanpassung

Um alle ambulanten Leistungen durch die Kasse organisieren und finanzieren zu können, bedarf es selbstverständlich einer Anpassung der derzeitigen Budgetverteilung, da ansonsten die Kasse nicht in der Lage wäre, diesen zu übernehmen. Das Besondere bei dieser Budgetanpassung ist jedoch, dass sie vorgenommen werden kann, ohne einem Player Budgetkürzungen oder zusätzliche Kostenübernahmen zuzumuten. Es kommt hier lediglich zu einer budgetneutralen Verschiebung, die weder den stationären noch den ambulanten Sektor benachteiligt.

2011 überwies die Krankenversicherungsträger gemäß § 447f ASVG einen Betrag von 4,34 Mrd. Euro an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung.²⁷ Die stationäre Versorgung in den landesfondsfinanzierten Krankenanstalten kostete 2011 rd. 8,81 Mrd. Euro, die spitalsambulante Versorgung rd. 1,65 Mrd. Euro.²⁸ Es bedarf also lediglich einer gesetzlichen Anpassung, die bewirkt, dass sich der Überweisungsbetrag der Krankenversicherungsträger an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung um den Betrag verringert, den die Spitalsambulanzen kosten.

Das Budget des Gesundheitsfonds wird daher um genau den Betrag vermindert, der durch die Finanzierungsübernahme der Spitalsambulanzen durch die Kassen eingespart wird – es steht also für die stationäre Versorgung derselbe Betrag zur Verfügung wie bisher. Die Kassen hingegen dürfen genau jenen Teil des bisher an den Gesundheitsfonds überwiesenen Budgets einbehalten, den sie für die Finanzierung der Spitalsambulanzen (bei unveränderter Kostensituation) benötigen. Die Budgetveränderungen decken sich daher in beiden Bereichen mit den Mehr- bzw. Wenigerkosten.

27 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: *Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2012*. S.78.

28 Bundesministerium für Gesundheit: *Kosten in Landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten nach Kostenstellenbereichen 2002-2011*.

2.5. Politische Verwirklichbarkeit und Reformaufwand

Eine Homogenisierung der Finanzierung von ambulanten Leistungen in der hier vorgeschlagenen Form ist bei weitem realistischer als die immer wieder zitierte „Finanzierung aus einer Hand“, da weder das Land noch die Krankenkassen in einem Bereich Kompetenzen aufgeben müssen, um dann nur noch die Rolle des Zahlers zu übernehmen. Die Länder geben den defizitären Bereich der Spitäler auf, der nach wie vor nicht in die Landeskrankenanstaltenfinanzierung LKF mit eingegliedert wurde. Bei der Übernahme durch die Kassen entsteht die Chance, die Spitalsambulanzen endlich leistungsgerecht, und damit kostendeckend, zu finanzieren. Die Kassen hingegen bekommen das Werkzeug in die Hand, um ambulante Leistungen, nach Qualitäts- und Kostenkriterien, möglichst effizient bereitzustellen und damit einerseits die ambulante Versorgung für die Bevölkerung zu verbessern und andererseits Kosten einzusparen.

Im Vergleich zur Umstellung des Systems auf einen einzigen Finanzier ist dieses Modell auch bei weitem unaufwendiger umzusetzen. Denn einerseits sind die Kompetenzen für die Übernahme der Finanzierung der Spitalsambulanzen bei den Kassen bereits weitestgehend vorhanden und müssen nicht erst erworben werden. Andererseits muss das bestehende Finanzierungssystem nicht völlig neu strukturiert werden, sondern lediglich eine budgetneutrale Verschiebung vorgenommen werden.

2.6. Nutzung von Potentialen aus Leistungsverlagerungen

Durch den gemeinsamen Organisator und Zahler aller ambulanten Leistungen kommt es zu effizienten Leistungsallokationen. Das heißt, dass die Entscheidung, ob eine Leistung beim niedergelassenen Arzt oder in der Spitalsambulanz erbracht werden soll, nur noch nach den Kriterien der Behandlungseffektivität, -qualität und der Ökonomie getroffen wird. Denn von eventuellen Kosteneinsparungen profitiert dann immer auch der Entscheidungsträger. Die sich daraus ergebenden Einsparungen können den zu erwartenden Mehrbedarf an ambulanten Leistungen abfedern und damit die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen dämpfen.

2.7. Vermeidung unnötiger stationärer Aufnahmen durch leistungsgerechte Finanzierung

Die Übernahme der Spitalsambulanzen in das Finanzierungssystem der Kassen bietet die Chance, diesen Bereich leistungsgerecht und kostendeckend entgelten zu können. Es wurde hier bereits erläutert, warum die heutige Unterfinanzierung der Spitalsambulanzen dazu motiviert, teure Fälle unnötig stationär aufzunehmen, um den hohen Kosten, Einnahmen gegenüberzustellen. Diese betriebswirtschaftlich gesehen effiziente Handlungsweise verursacht jedoch höhere Kosten für das Gesundheitssystem und schadet obendrein den Patienten (Tagespauschale, unnötiger Stress). Kommt es durch die vorgeschlagene Finanzierungsreform zu einer leistungsgerechten Finanzierung der Spitalsambulanzen, so fällt dieses Verhalten weg. Voraussetzung ist allerdings, dass alle (Einzel)Leistungen der Spitalsambulanzen kostendeckend entgolten werden, denn ansonsten würde es hier zum Streben nach Gewinnmaximierung kommen. Das bedeutet, dass gut bezahlte Fälle übernommen, defizitäre Fälle jedoch möglichst an den stationären Bereich weiterüberwiesen werden. Dies gilt nicht nur zwischen spitalsambulantom und stationärem Bereich, sondern auch zwischen niedergelassenem und spitalsambulantomem Bereich. Eine adäquate Entgeltung ist also für alle Versorgungsebenen und Teilleistungen unbedingt notwendig.

2.8. Leistungsverlagerungen stationär/ambulant mit Hilfe einer Schiedsstelle vereinfachen

Die Übernahme der Finanzierung der Spitalsambulanzen durch die Kassen bedingt jedoch auch eine erschwerte Leistungsverlagerung zwischen stationärem und spitalsambulantomem Bereich. Der medizinische Fortschritt macht es immer wieder möglich, bislang stationäre Fälle ambulant zu behandeln, ohne dabei gesundheitliche Nachteile für die PatientInnen befürchten zu müssen. Ist eine solche Leistungsverlagerung auch ökonomisch angezeigt, so sollte sie auch umgesetzt werden.

Bislang ist die Realisierung einer solchen Leistungsverlagerung dann schwierig, wenn sie zu einer Verschiebung in den niedergelassenen Bereich führt, da es dann für die Kassen zu Mehrkosten kommt. Im vorgeschlagenen Modell gibt es diese Barriere auch dann, wenn eine stationäre Leistung in die Spitalsambulanz verlagert werden soll. Leistungsverlagerungen zwischen den Bereichen stationär/ambulant könnten also etwas schwerer als bisher zu realisieren sein. Um diesem Problem entgegenzuwirken soll eine Schiedsstelle eingerichtet werden, die dafür

sorgt, dass Leistungsverchiebungen auch die dafür notwendigen Mittel folgen (Prinzip „Geld folgt Leistung“). Es sollten auch die Reformpools der Länder verstärkt genutzt werden, um eine potentielle Optimierung der Versorgungsqualität und/oder der Kosten durch eine Leistungsverchiebung im Rahmen eines Projektes zu evaluieren. Ob und zu welchen Bedingungen das Projekt dann in den Regelbetrieb übernommen wird, soll mit Hilfe der Schiedskommission entschieden werden.