

**Mag. Katharina Wieser**

**Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Linzer Institut  
für Gesundheitssystem-Forschung LIG**

# Finanzierungssystem und ambulanter Sektor

Das Modell einer homogenen Finanzierung von  
spitalsambulantem und niedergelassenem Bereich  
(aktualisierte Version)

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text immer nur die männliche Form verwendet,  
auch wenn beide Geschlechter gemeint sind.*

<b>1. Finanzierungssystem und Allokationsineffizienzen</b>	<b>78</b>
<b>2. Abgeltung ambulanter Leistungen aus einem Topf</b>	<b>85</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>94</b>

*Das zersplitterte Finanzierungssystem im Gesundheitswesen bietet zahlreiche Anreize für ineffiziente Leistungsallokationen. Eine gemeinsame Planung und Abgeltung des ambulanten Sektors – also der Spitalsambulanzen und des niedergelassenen Bereichs – würde Doppelvorhaltungen gleicher Leistungen reduzieren und eine Behandlung des Patienten am „Best Point of Service“ fördern. Die für eine entsprechende Änderung notwendige Finanzierungsanpassung wäre einfach umzusetzen und das notwendige Know-how ist bereits vorhanden. Die Umstellungskosten wären daher gering.*

# 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 Patienten 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 leidet.<sup>1</sup>

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

---

<sup>1</sup> Laimböck (2009), S. 139

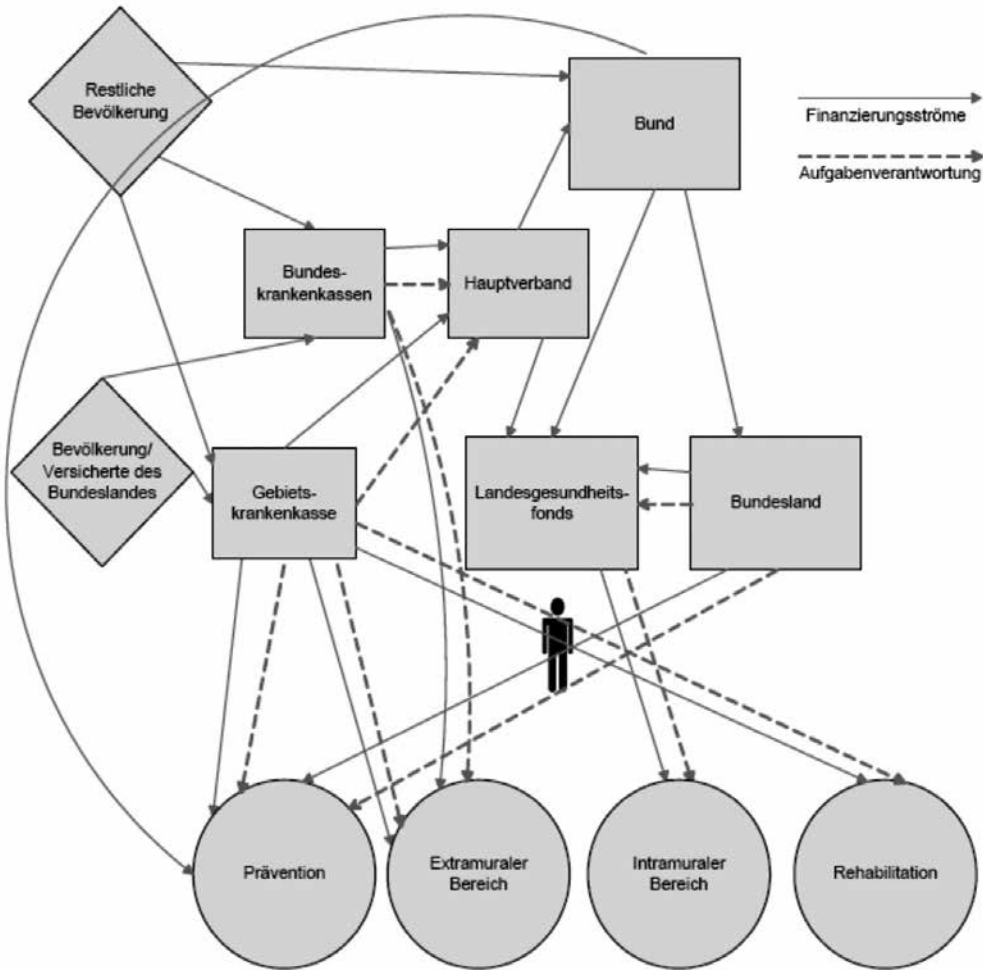


Abbildung 1: Status quo der Finanzierung des Gesundheitssystems<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Czipionka et al (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. Diese werden aus Mitteln des Bundes, der Länder, der Gemeinden und der Sozialversicherung gespeist.<sup>3</sup> Die Mittel der Landesgesundheitsfonds sind in ihrer Höhe prinzipiell gesetzlich geregelt und spiegeln nicht den Bedarf im Gesundheitswesen wider. Die Haupterträge gem. §15a-Vereinbarung des Gesundheitsfonds setzen sich in Oberösterreich wie folgt zusammen:

Haupterträge gem. 15a-Vereinbarung	in Euro	in % Aufwendungen
Umsatzsteueranteile Land (0,949 % d. Landes-USt)	34.006.538	1,61 %
Umsatzsteueranteile Gemeinden (0,64 2% d. Gem.-USt)	23.005.477	1,09 %
Beiträge d. Bundes gem. §57 KAKuG	109.287.660	5,18 %
Beiträge d. Bundes n.d. Beihilfengesetz (GSBG)	110.663.343	5,25 %
Beiträge der Sozialversicherung gem. §447 ASVG	943.279.127	44,75 %
Beiträge der Sozialversicherung – Beitrag Gesundheitsförderungsfonds	2.141.941	0,10 %
Sonstige Beiträge z.B. ausländische Gastpatienten	21.459.077	1,02 %

Tabelle 1: Haupterträge der öö. Landesgesundheitsfonds-Krankenanstalten 2017<sup>4</sup>

Darüber hinausgehende Kosten der Landesfondskrankenanstalten werden über die sogenannte Abgangsdeckung finanziert, die im Wesentlichen von den Ländern und Gemeinden getragen wird. Diese betrug im Jahr 2017 rund 832 Mio. Euro<sup>5</sup>, was 39,5 % der Gesamtkosten der Landesfondskrankenanstalten in Oberösterreich ausmachte. Diese Verpflichtung, Mehrkosten im Zuge der Abgangsdeckung auszugleichen, bedeutet eine maximale Kostenabgängigkeit der Länder. Daraus ergibt sich ein natürliches Interesse, Leistungen aus dem intramuralen in den extramuralen Bereich auszulagern.

3 Cypionka et al (2015), S. 43ff

4 OÖ. Gesundheitsfonds (2018), S. 38; eigene Berechnungen

5 OÖ. Gesundheitsfonds (2018), S. 38

Die Kasse hingegen leistet zwar einen großen Anteil an der Finanzierung des intramuralen Bereichs, zahlt jedoch einen Pauschalbetrag, der jährlich lediglich nach deren Beitragseinnahmenentwicklungen valorisiert wird. Der Betrag, den die Kassen im intramuralen Bereich beisteuern, kann sich also auch rückläufig entwickeln, steht aber jedenfalls in keinem Zusammenhang mit den dort entstehenden Kosten. Die soziale Krankenversicherung hat daher kein monetäres Eigeninteresse an Kostendämpfungen im intramuralen Bereich.<sup>6</sup>

## 1.2. Finanzierungsdualismus in den Spitälern und sich daraus ergebende Handlungsineffizienzen

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 wurden bisher nicht nach der erbrachten Leistung, sondern pauschal abgegolten. Das bedeutet, dass hier einer Leistung keine direkten Einnahmen gegenüber standen und eine Mehrleistung daher lediglich Mehrkosten produzierte. Die Kosten der Spitalsambulanzen waren mit der Pauschalabgeltung in den meisten Fällen nicht abgedeckt. Dieser Bereich der Spitäler war daher schlechter finanziert als der stationäre und erwirtschaftete 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 %.<sup>7</sup> Neu wurde eine leistungsbezogene Abgeltung auch für den Bereich der Spitalsambulanzen eingeführt, die „LKF-ambulant“. Das heißt, dass auch hier künftig einer Leistung ein Gegenwert gegenüber steht. Der zur Verfügung stehende Gesamtbetrag für die Finanzierung wird allerdings weiterhin durch die Pauschale abgebildet und verändert sich daher nicht. Nur die Verteilung der Mittel ändert sich, die Unterfinanzierung bleibt nach wie vor bestehen.

<sup>6</sup> Laimböck (2009), S. 143

<sup>7</sup> Der Rechnungshof (2011), S. 95ff.

Die Spitäler sind eine wirtschaftliche Einheit aus stationärem und spitalsambulanten Bereich. Das duale Finanzierungssystem der Krankenanstalten erzeugte bisher monetäre Anreize für betriebswirtschaftlich gesehen „effizientes“ Handeln, das jedoch das Gesundheitssystem belastete. So war 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 generiert wurden.<sup>8</sup> 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 kritisierte in seinem Bericht vor allem die Mehrkosten für die Patienten (täglicher Kostenbeitrag, Tagespauschale).<sup>9</sup> Durch diese Handlungsweise maximierte die Krankenanstalt als Gesamtes zwar ihre Einnahmen, produzierte jedoch unnötig höhere Kosten durch zusätzliche stationäre Aufnahmen, die hauptsächlich die Länder – und im Endeffekt der Steuerzahler – trug. Darüber hinaus belastete diese Vorgehensweise Patienten mit zusätzlichen Unannehmlichkeiten und Aufregungen. Laimböck schätzte, dass etwa 15 % der stationären Aufenthalte in den spitalambulanten Bereich verschoben worden wären, wenn es eine kostendeckende Abgeltung der Spitalambulanzen gegeben hätte.<sup>10</sup> Ob die leistungsorientierte Finanzierung der Ambulanzen über „LKF-ambulant“ den finanziellen Anreiz zu unnötigen stationären Aufnahmen brechen wird, bleibt abzuwarten. Im Wesentlichen wird es darauf ankommen, wie stark unterdotiert der zu Grunde liegende Punktwert von „LKF-ambulant“ ist, was bundeslandspezifisch divergiert.

### 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 Einzelleistungsabgeltungen<sup>11</sup>, 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 Kosten-

<sup>8</sup> Laimböck (2009), S. 150f.

<sup>9</sup> Der Rechnungshof (2011), S. 111

<sup>10</sup> Laimböck (2009), S. 154

<sup>11</sup> Bachner et al. (2018), S. 107f.

dämpfungseffekt 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 aufgrund der demografischen Zusammensetzung und den neuen ambulanten Möglichkeiten jedoch stärker ansteigen als die Krankenversicherungsbeiträge. Diese prekäre 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.<sup>12</sup>

## 1.4. 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) oder die bestehenden Kassen sein.<sup>13</sup> Will man aber entweder dem Land oder den Kassen oder diesen nahestehenden 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.

<sup>12</sup> Dörner (Hrsg.) (2009), S. 174

<sup>13</sup> Czipionka et al (2009), S. 304ff.

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.<sup>14</sup> Einerseits ist also weder der politische Wille vorhanden, bisherige Aufgaben abzugeben, noch das Rüstzeug, um fremde zu übernehmen. Überträgt man die Funktion der „einen Hand“ an überregionale Player, 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 Krankenhauszentriertheit 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.<sup>15</sup>

14 Cypionka et al (2009), S. 307

15 Dorner (Hrsg.) (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 2012<sup>16</sup> 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. Durch „LKF-ambulant“ wird die Gesamtsumme künftig zwar anders verteilt, das ändert aber nichts an der grundsätzlichen Unterfinanzierung. Das bedeutet, dass die Spitalsambulanzen Mitteldefizite erwirtschaften, die von den Ländern – im Zuge der Abgangsdeckung für die Krankenanstalten – abgedeckt werden müssen.

Die Leistungen, die in Spitalsambulanzen erbracht werden, ähneln zudem stark den Leistungen des niedergelassenen Bereichs, was die Frage aufwirft, warum

<sup>16</sup> Czyptionka et al. (2012), S. 75

diese nicht ebenfalls über die Kassen abgegolten werden. In diesem Modell wird daher der spitalsambulante Sektor dem Finanzierungssystem des niedergelassenen Bereichs angegliedert. Das ermöglicht eine kostendeckende Finanzierung des spitalsambulanten Sektors. Untenstehende Grafik stellt diese Finanzierungsverschiebung dar.

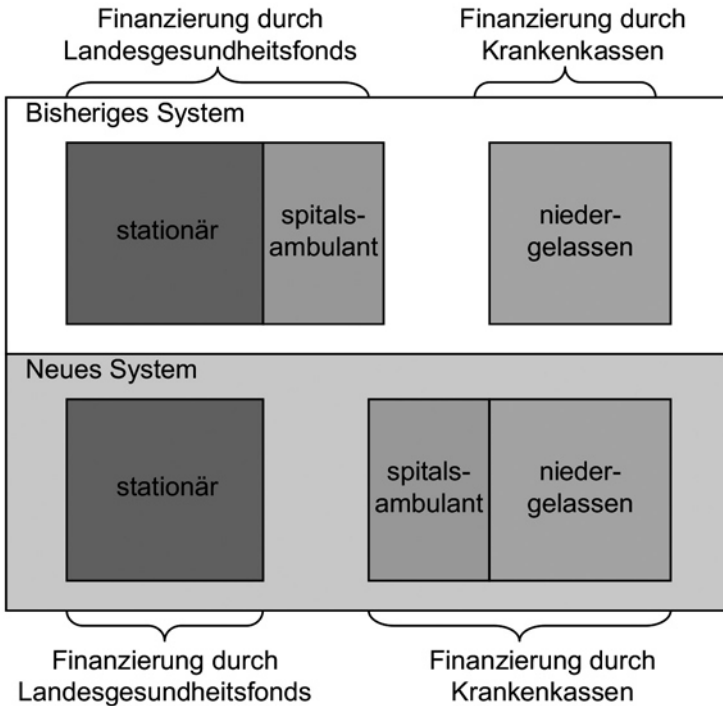


Abbildung 2: Finanzierungsmodell stationär/ambulant – alt und neu<sup>17</sup>

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.<sup>18</sup>

17 Eigene Grafik nach: Ärztekammer für Oberösterreich: Verschränkung der ambulanten ärztlichen Leistungen. IN Dorner (Hrsg.)(2009), S. 171

18 Czypionka et al (2012), S. 91

## 2.2. Klare Kompetenzverteilung und Stärkung der primären Versorgung

Wie bereits erwähnt, werden die Spitalsambulanzen von vielen 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 werden dadurch entlastet. Es kann überlegt werden, ob bei Inanspruchnahme ohne Überweisungsschein und ohne Vorliegen eines Notfalls eine Ambulanzgebühr fällig werden soll, die den Kassen zugutekommt.

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 spitalsambulatem 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 (z.B. Anstellungsmöglichkeit bei niedergelassenen Ärzten) zu etablieren und in der Ausbildungszeit mehr Jungärzte für diesen Beruf zu wappnen und zu interessieren.

### 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-Ärztékammern 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 Spitalärzte 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 eine Art Hausrücklass<sup>19</sup> 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 ambulatem 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 unattraktiv – was zu Personalmangel

<sup>19</sup> ausgehandelter, prozentueller Anteil des Honorars

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.

### **2.3.1. Pädiatrisches Versorgungsmodell Kirchdorf**

Ein besonders gelungenes Projekt der verzahnten Versorgung zwischen niedergelassenem und spitalsambulantem Bereich stellt das pädiatrische Versorgungsmodell in Kirchdorf dar. Im Zuge der Spitalsreform II sollte, wegen rückläufiger Geburtenzahlen, die pädiatrische Abteilung im Krankenhaus Kirchdorf geschlossen werden. Aufgrund der geografischen Lage war diese aber für die Region sehr wichtig und man suchte deshalb nach einer innovativen Lösung. Der damalige Primar der Kinderabteilung hatte in Kirchdorf gleichzeitig die Kinderpraxis inne und stand kurz vor der Pensionierung. Die analoge Besetzung der Stellen im Krankenhaus und der Kinderarztpraxis mit denselben Personen wollte man aus Kostengründen fortsetzen. Seit Juli 2011 versorgen in Kirchdorf fünf Spitalsärztinnen und -ärzte die kleinen Patienten auch in einer Kinder-Gruppenpraxis mit erweiterten Öffnungszeiten. Diese ersetzt zum größten Teil die pädiatrische Ambulanz am Klinikum Kirchdorf. Die stationäre Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde blieb erhalten. Bei der Gründung der Kinderarztgruppenpraxis wurde diese vorerst außerhalb des Krankenhauses situiert, Ende 2018 wurde die Praxis dann in Räumlichkeiten des Spitals (im Eingangsbereich) verlegt.

Aus der Evaluierung<sup>20</sup> im Jahr 2016 geht hervor, dass die Kindergruppenpraxis bei der Bevölkerung sehr gut angenommen wird. Vor allem die etwas geringeren Wartezeiten wirken sich sehr positiv auf die Zufriedenheit aus. 97 % der Befragten sind mit der medizinischen Versorgung von Kindern durch das verschränkte Versorgungsmodell in Kirchdorf sehr oder eher zufrieden. Die personelle Verflechtung zwischen Krankenhaus und Praxis sieht die überwiegende Mehrheit (97 %) als Vorteil an. 83 % bewerten es auch als positiv, dass mehrere MedizinerInnen in der Gruppenpraxis tätig sind, 55 % berücksichtigen bei der Terminvereinbarung den Dienstplan der Ärzte.

Eine Evaluierung<sup>21</sup> aus dem Jahr 2019 zeigt, dass die ambulanten Frequenzen in Kirchdorf nach der Eröffnung der Kindergruppenpraxis deutlich zurückgegangen sind. Vom zweiten auf das dritte Quartal 2011 haben sich die ambulanten Fälle bereits von 300 auf 150 reduziert und haben sich dann auf einem Level von 100 Besuche pro Quartal stabilisiert. Die Kosten in der Ambulanz konnten daher laut Krankenhaus-Kostenrechnung um 80.000 Euro reduziert werden. Mit diesen Ein-

---

20 Alkin et al (2016)

21 Pruckner et al (2019)

sparungen wird unter anderem eine zusätzliche halbe Stelle in der Kindergruppenpraxis (um 40.000 Euro) finanziert. Die stationären Aufenthalte sind ebenfalls gesunken, was jedoch auch auf die Bettenreduktion im Zuge der Spitalsreform zurückzuführen ist. Durch die Einführung des verschränkten Versorgungsmodells werden im stationären Bereich jedoch 127 LKF-Punkte pro Patient eingespart, was hauptsächlich auf die geringere Aufnahme von Neugeborenen zurückzuführen ist. Diese werden vermehrt in der Kindergruppenpraxis versorgt.

Die Kosten in der Kindergruppenpraxis sind im Vergleich zur vorigen Praxis durch die gestiegenen Behandlungszahlen angestiegen. Das war für die OÖGKK auch keine Überraschung, da die Öffnungszeiten der Praxis 27 statt 20 Stunden betragen und es keine urlaubs- oder krankheitsbedingten Schließzeiten gibt. Die Kosten je Fall sind hingegen von € 42,22 auf knapp € 36 gesunken.

Das Projekt der verschränkten pädiatrischen Versorgung in Kirchdorf wurde insgesamt von allen beteiligten Partnern (ÄKOÖ, OÖGKK, gespag) als sehr positiv bewertet und wird in der Bevölkerung sehr gut angenommen. Mit der Umsiedlung der Praxis in die Räumlichkeiten des Krankenhauses wurde Ende 2018 ein Wunsch der Bevölkerung und der Ärzte erfüllt und damit eine weitere Verbesserung erzielt.

## 2.4. Budgetneutrale Finanzierungsanpassung

Um bei einer Übernahme der Spitalsambulanzen durch die Kassen alle ambulanten Leistungen durch die Kasse organisieren und finanzieren zu können, bedarf es selbstverständlich einer Anpassung der derzeitigen Budgetverteilung. 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.

2017 überwies die Krankenversicherungsträger gemäß § 447f ASVG einen Betrag von 5,25 Mrd. Euro an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung.<sup>22</sup> Die stationäre Versorgung in den landesfondsfinanzierten Krankenanstalten kostete 2017 rd. 10,49 Mrd. Euro, die spitalsambulante Versorgung rd. 2,28 Mrd. Euro.<sup>23</sup> Es bedarf also lediglich einer gesetzlichen Anpassung, die bewirkt, dass sich der Überweisungsbetrag der Krankenversicherungsträger an den

22 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2018), S. 46

23 Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2019)

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.

## **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. 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 (allokative Effizienz).

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, sondern lediglich eine budgetneutrale Verschiebung vorgenommen werden.

## **2.6. Nützung 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 werden. 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 gesehene 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, 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 spitalsambulanten und stationärem Bereich, sondern auch zwischen niedergelassenem und spitalsambulanten 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 spitalsambulatem 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 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 Leistungsverlagerungen 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 Leistungsverlagerung 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.

## Literaturverzeichnis

- Alkin A; Beitel C; Herdega N; Prandstätter H; Weißengruber-Auer S (2016): Evaluierung des Pilotprojektes Pädiatrische Versorgung in Kirchdorf. Im Auftrag von ÄKOÖ, OÖGKK und gespag.
- Bachner F, Bobek J, Habimana K, Ladurner J, Lepuschütz L, Ostermann H, Rainer L, Schmidt A E, Zuba M, Quentin W, Winkelmann J. (2018): Austria: Health System Review. Health Systems in Transition. WHO.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2019): KOSTEN in landesfondsfinanzierten Krankenanstalten nach Kostenstellenbereichen. Download unter <http://www.kaz.bmg.gv.at/kosten.html> im Nov. 2019
- Czypionka T; Riedl M; Röhrling G; Eichwalder S (2009): IHS: Finanzierung aus einer Hand – Reformoption für Österreich. Institut für höhere Studien IHS. Wien.
- Czypionka T; Röhrling G (2009b): Analyse der Reformpool-Aktivitäten in Österreich: Wie viel Reform ist im Reformpool? Institut für höhere Studien IHS. Health System Watch, Ausgabe II/Sommer 2009.
- Czypionka T; Kraus M; Sigl C; Warmuth J (2012): Health Cooperation – Kostendämpfung durch Kooperation im Gesundheitswesen. Institut für höhere Studien. Wien.
- Czypionka T; Kraus M; Röhrling G; Reiss, M (2015): Gesundheitsfinanzierung – Status Quo und Potenziale zur Veränderung. Institut für höhere Studien IHS. Wien.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2018): Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2018
- Der Rechnungshof (2011): Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen.
- Dorner W (Hrsg.)(2009): Gesundheitspolitische Perspektiven – Konzepte und Materialien zum österreichischen Gesundheitswesen. Verlagshaus der Ärzte. Wien.
- Laimböck, M (2009): Die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems. Springer, Wien New York.
- Pruckner G; Schober T; Zocher K (2019): Pädiatrisches Pilotprojekt in Kirchdorf - Verschränkung intramuraler und extramuraler Versorgung. Christian Doppler Laboratory Aging, Health and the Labor Market. Johannes Kepler Universität Linz.