

Finanzierung des Gesundheitswesens aus einem Topf

Die zurzeit in Österreich eingeleitete finanzielle Konsolidierung der Krankenkassen ist ein erster wichtiger Schritt¹. Zur langfristigen Absicherung des Gesundheitswesens muss es aber auch zur Konsolidierung und Kostendämpfung bei den Spitälern und zu einer Finanzierung aus einem Topf kommen. Letztere garantiert, dass das Gesundheitswesen in Österreich von einer einrichtungs- zu einer patientenorientierten Versorgung kommt. Noch viel wichtiger aber ist, dass zuerst der Topf hergestellt werden muss, bevor die Diskussion über die verteilende Hand stattfindet. Dazu sollen nach Vorlage eines Konzeptes für ein kooperatives Modell die Verhandlungen noch heuer beginnen. Dabei soll erstmals auch der Pflegebereich einbezogen werden. Derzeit fließen die finanziellen Mittel für das Gesundheitswesen – in Summe immerhin 27 Milliarden Euro (inklusive Privatausgaben) – in verschiedene Töpfe, was nicht nur zu Reibungsverlusten zwischen dem intramuralen (Spitäler) und extramuralen (niedergelassene Ärzte) Bereich führt, sondern auch zu einem unerwünschten Patientenverhalten, wie etwa dem Einholen unnötiger Doppelbefundungen.

Ausgangssituation

In den entwickelten Staaten der Welt sind ähnliche Entwicklungen in der Gesundheitsfinanzierung und deren geschichtlicher Entwicklung auszumachen. Durch den rasanten technologischen Fortschritt in der Medizin und den daraus mitbegründeten starken Anstieg der Lebenserwartung wuchsen die Gesundheitsausgaben in diesen Staaten und somit auch in Österreich in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts rasch an. Dies konnte aufgrund der ebenfalls boomenden Wirtschaft lange großzügig mitgetragen werden. Durch die Wirtschaftskrisen der siebziger und achtziger Jahre und die darauffolgenden

¹ Der Beitrag basiert auf einem Vortrag, den Schelling anlässlich der 42. Tagung der deutsch-österreichischen Kommission zur Beratung von Fragen der sozialen Krankenversicherung im Oktober 09 in Villach gehalten hat.

nachhaltig wesentlich moderateren Wachstumsraten gelangten aber die Gesundheitssysteme, deren Finanzierungsbedarf aufgrund der technologischen und demographischen Entwicklung weiterhin stieg, in Bedrängnis. Die Staaten reagierten im Allgemeinen zunächst mit Budgetrestriktionen, ohne wesentliche Anpassungsschritte bezüglich höherer Effizienz oder Qualität anzugehen. Was sind nun aber die Notwendigkeiten, um eine zentrale Planung und Steuerung sicherzustellen?

Notwendigkeiten für eine gezielte Planung und Steuerung im österreichischen Gesundheitswesen

Eine integrierte Finanzierung des ambulanten und stationären Sektors ist für eine Optimierung von Planungs- und Steuerungsmaßnahmen unabdingbar d.h. es müsste eine integrative Versorgung durch den Gesamtsektor stattfinden. Die multisektorale Verantwortung für die Gesundheit im Sinne der WHO ist anzustreben, um Solidarität, Gerechtigkeit und Transparenz sicherstellen zu können.

Gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen ist ein verstärktes Augenmerk zu schenken, wobei in allen Bereichen der Gesundheit qualitätssichernde Maßnahmen zum Einsatz kommen müssen. Nur dies würde auch eine erhöhte Transparenz mit sich bringen. Daneben fordert die Zukunft eine Vernetzung von Gesundheit, Pflege und Rehabilitation sowie den Aufbau von E-Health-Strukturen.

Warum Finanzierung aus einem Topf?

Finanzierung aus einem Topf bedeutet den Einkauf aller Gesundheitsleistungen für einen Patienten durch einen einzelnen Einkäufer. Die Geldmittel folgen dem Patienten entsprechend dessen Bedarf in jenes Setting, das am ehesten geeignet ist, dem Patienten effektiv und effizient zu helfen.

Eine solche Finanzierungsform kann besser als der Status quo sowohl die Effizienz im Gesundheitswesen verbessern, als auch die technische Effizienz und die Qualität erhöhen. Sie ist auch geeigneter, den Bedürfnissen des Patienten besser Rechnung tragen zu können. Ebenso ist sie die beste Lösung, um zukünftige integrierte Versorgungsformen auf Leistungserbringerseite zu induzieren.

Die Quelle aller Mittel im Gesundheitswesen ist die Bevölkerung. Diese Mittel fließen derzeit jedoch in die unterschiedlichsten Töpfe, womit das Problem der Steuerung und Finanzierung des intra- und extramuralen Bereichs vorgezeichnet ist. Die Sozialversicherung leistet Pauschalzahlungen an die Spitäler, womit falsche Anreize gesetzt werden: Derjenige, der pauschal leistet, möchte verständlicherweise ein Maximum an Leistungen, für den Empfänger der Pauschalleistung stellt sich die Situation natürlich umgekehrt dar. Dass die derzeitige Finanzierungsform kontraproduktiv für eine integrierte Versorgung des Patienten ist, muss an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden. Für Befundungen werden die Patienten zum jeweiligen Facharzt geschickt, somit steigt die Anzahl an Facharztbesuchen, MRT-Untersuchungen werden ausgelagert und die präoperative Diagnostik wird dem niedergelassenen Bereich übertragen.

Integrierte Versorgung bedeutet aber eine Versorgungsform, die ohne „Mauer“ zwischen dem intra- und extramuralen Bereich stattfindet: der Patient muss dort versorgt werden, wo es für ihn Sinn macht, damit würde auch gleichzeitig die Transparenz der Finanzströme einhergehen und die Gesundheitsausgaben könnten gemessen am BIP konstant gehalten werden.

Dem Prinzip „Geld folgt Leistung“ - wie von allen Experten gefordert - könnte durch eine Finanzierung aus einem Topf entsprochen werden und der entstehende Kostendruck würde erstmals Effizienzüberlegungen der Entscheidungsträger unausweichlich machen.

Die kollektiven Versicherteninteressen wären überdies mit den Interessen der einzelnen Patienten in Einklang zu bringen und last but not least könnten die Bundesländergrenzen, die derzeit aufgrund der Kompetenzverteilung in der österreichischen Bundesverfassung ein wesentliches Hemmnis bei der Finanzierung des Gesundheitswesens darstellen, überwunden werden.

Finanzierung aus einem Topf – Modellvarianten als Diskussionsgrundlage

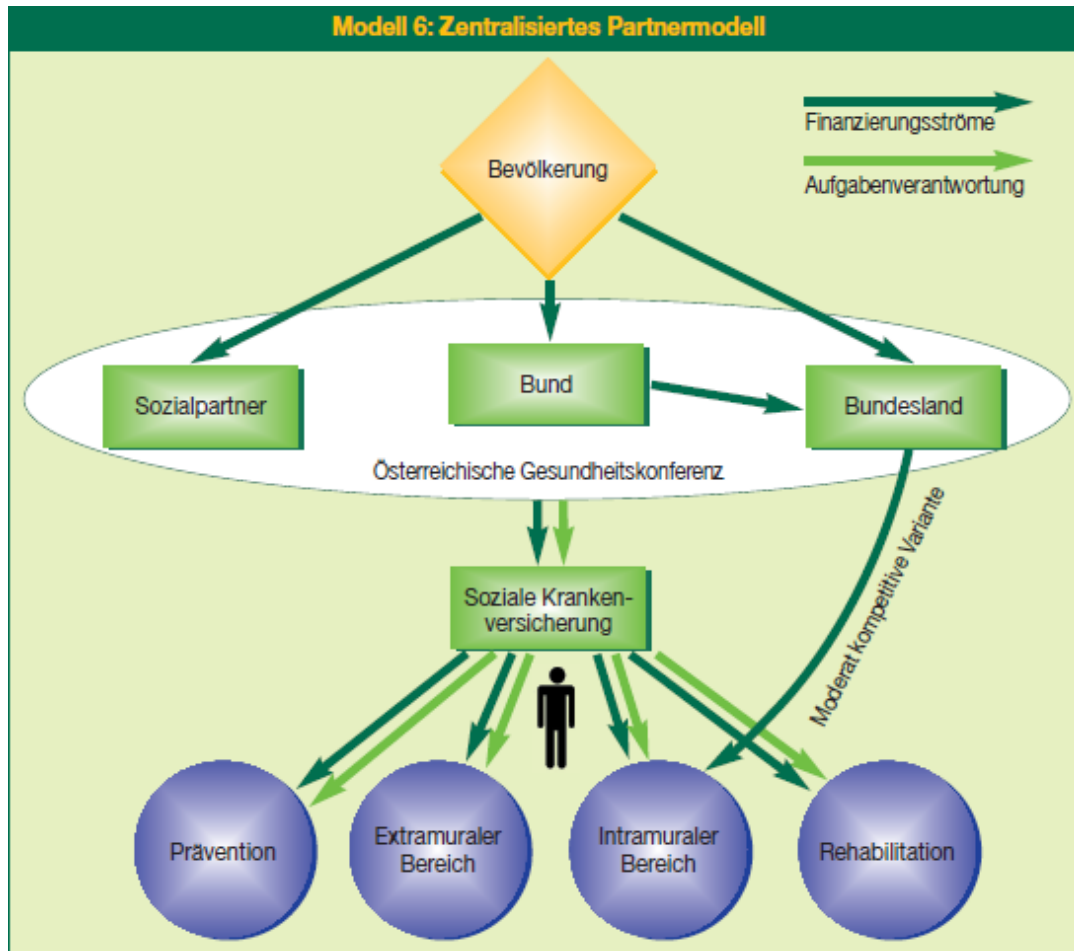
Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat aufgrund der bestehenden Fragmentierung der Finanzierung im österreichischen Gesundheitswesen das IHS (Institut für Höhere Studien) in Wien beauftragt, Modelle

zu entwickeln, wie eine solche „Finanzierung aus einem Topf“ aussehen könnte. Das Ergebnis dieser Studie waren die folgenden sechs Modelle²:

- Modell 1: Ländergesteuertes Gesundheitswesen
- Modell 2: Landesgesundheitsagenturen als Einkäufer
- Modell 3: Bundesmodell
- Modell 4: Kassenmodell
- Modell 5: Zentralisiertes Sozialversicherungsmodell
- Modell 6: Zentralisiertes Partnermodell

Im Rahmen dieses Aufsatzes soll lediglich auf das Modell 6 (Zentralisiertes Partnermodell) näher eingegangen werden, da es aus der Sicht des Autors präferiert wird und die Darstellung aller Varianten den Rahmen dieses Aufsatzes überschreiten würde.

² Eine detaillierte Übersicht der einzelnen Modellvorschläge finden Sie in der Beilage der Fachzeitschrift *Soziale Sicherheit* (Ausgabe vom September 2009). Siehe dazu auch <http://www.ihs.ac.at/index.php3?id=1190>.



Quelle: IHS

Die derzeit im Spitalsbereich von den Ländern beigesteuerten Mittel werden diesen nominell nicht entzogen, sondern von diesen dem Hauptverband zur Verfügung gestellt. Bund, Länder und Sozialpartner als Hauptfinanziers des Gesundheitswesens bilden die Österreichische Gesundheitskonferenz. Diese legt mehrjährige Ziele und einzelne einjährige Objectives sowie Rahmenbedingungen fest. Der Hauptverband ist für die Zielerreichung verantwortlich. Er erarbeitet die notwendigen Strategien und erhält im Gegenzug die Steuermittel des Bundes und der Länder. Im Feedback erwirkt er bei der Gesundheitskonferenz die notwendigen rechtlichen Veränderungen, die für seine Strategie erforderlich sind.

Analyse des Institutes für Höhere Studien (IHS)

Die Landesmittel im Spitalswesen werden zum Teil der Sozialversicherung zur Gesundheitsversorgung der jeweiligen Landesbevölkerung überlassen. Dabei gibt es eine moderat kompetitive und eine kompetitive Variante:

Moderat kompetitive Variante: Die Länder finanzieren weiterhin die Investitionen, sodass sich die LKF-Entgelte, welche extern festgelegt werden, an den variablen Kosten orientieren. Weitere Aufgaben der Spitäler wie die Notfallbereitschaft oder Lehre und Forschung können ebenfalls über Budgets direkt von den Ländern und dem Bund abgegolten werden.

Kompetitive Variante: Die neuen LKF-Entgelte orientieren sich an Durchschnittskosten, enthalten also einen Deckungsbeitrag, aus dem Investitionen finanziert werden müssen. Andere Spitalsfunktionen (Lehre, etc.) werden weiterhin von den zuständigen Körperschaften finanziert.

Bewertung

Das Modell erfordert von allen Beteiligten recht umfangreiche Änderungen, realisiert aber einerseits straffe, professionelle Managementstrukturen im Gesundheitsbereich und ermöglicht andererseits eine partnerschaftliche Lösung in der Mittelzuweisung. Die Sozialversicherung büßt durch die Zielvorgaben gewisse Bereiche der Selbstverwaltung ein, erhält aber weitreichendere Kompetenzen im Management der Gesundheit der Bevölkerung. Die Länder behalten weiterhin die Hoheit über ihre Steueranteile, überlassen diese aber aus Gründen der Effizienz der Sozialversicherung und erhalten im Gegenzug Zielsetzungskompetenz. Die moderat kompetitive Variante lässt den Ländern mehr Kompetenzen und übt weniger Wettbewerbsdruck auf die Spitalsträger aus, die ebenfalls größtenteils den Ländern gehören. Zudem fällt der Mitteltransfer an die Sozialversicherung geringer aus. Die kompetitive Variante übt mehr Druck auf die Spitalsbetreiber aus und reizt eher zur Nutzung von Economies of Scale an. In beiden Varianten ist entscheidend, dass das Gatekeeping vor dem Spital über die Sozialversicherung ausgeübt wird, was dann – im Gegensatz zum Status quo – auch in ihrem Interesse liegt. Die innere Struktur der sozialen Krankenversicherung muss eine differenzierte Balance zwischen lokaler Responsiveness und wichtiger zentralisierter Steuerung finden.

Schlussbemerkungen

Das Ziel einer zukünftigen Finanzierung des Gesundheitswesens in Österreich muss jedenfalls eine zentrale Planung und Steuerung sein. Dazu muss es ein Bestreben sein, zumindest einen virtuellen Topf herzustellen, wobei der Einfluss der Sozialversicherung entsprechend der von ihr geleisteten Zahlungen sicherzustellen

ist. Auch die Weiterentwicklung zu neuen Versorgungsformen soll nicht nur angedacht, sondern auch umgesetzt werden, wie generell bestehende Strukturprobleme endlich angegangen werden sollten – „Weg von dauernden Symptomkuren zu einer echten Therapie!“ Dieser Prozess erfordert die Einbeziehung aller Stakeholder im Gesundheitswesen und ist mit ihnen gemeinsam einzuleiten.

Ganzheitliche Lösungen, die die Bereiche Gesundheitsförderung, Prävention, klassische Heilbehandlung, Rehabilitation und Pflege umfassen, können natürlich nicht von heute auf morgen umgesetzt werden (Evolution statt Revolution!), aber die dafür notwendigen Prozesse müssen forciert werden, wobei nur ein gemeinsamer Topf eine integrative Versorgung sicherstellt.