



Schwerpunktthema

**Homogene Finanzierung
von Spitalsambulanzen
und Kassenärzten**

Schwerpunktthema

Homogene Finanzierung von Spitalsambulanzen und Kassenärzten

Z
GP

Schwerpunktthema

Homogene Finanzierung von Spitalsambulanzen und Kassenärzten

Ausgabe 3/2019

Impressum:

Die in der ZGP veröffentlichten Beiträge sind nicht unbedingt mit der Auffassung des LIG oder seines Trägers ident.

LIG – Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung

Obmann: Präs. Dr. Peter Niedermoser

Geschäftsführer: Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

ZGP – Zeitschrift für Gesundheitspolitik

Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion: Linzer Institut für

Gesundheitssystem-Forschung, Dinghoferstraße 4, 4010 Linz

www.lig-gesundheit.at

Coverfoto: Aha-Soft (Shutterstock)

Redaktion: Mag. Katharina Wieser

Verleger: Verlagshaus der Ärzte GmbH, 1010 Wien

Druck: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, 3580 Horn

Liebe Leserin, lieber Leser

Das österreichische Gesundheitswesen ist allgemein dafür bekannt, Leistungen auf hohem Niveau zu erbringen, allerdings mit vergleichsweise überdurchschnittlichem Mitteleinsatz. Gerade in Zeiten finanzieller Engpässe gerieten daher immer wieder das Finanzierungssystem und mögliche damit in Verbindung stehende Ineffizienzen in die Diskussion. Darüber, dass es hier zahlreiche Potenziale zur Verbesserung gäbe, ist man sich auch weitgehend einig, nur das Wie ist äußerst umstritten.

Eine sehr populäre Lösung schien dabei die sogenannte Finanzierung aus einer Hand zu sein, die auch von vielen Seiten propagiert wurde. Die reale Umsetzung dieses Vorschlages ist hingegen aus guten Gründen in weiter Ferne. Die Ärztekammer hat deshalb ein alternatives Modell einer Finanzierungsanpassung entwickelt, das internationalen Erfahrungen entspricht, die medizinische Realität mit einbezieht und realpolitische Gegebenheiten berücksichtigt. Die bisherige duale Finanzierung wird in diesem Vorschlag beibehalten, während alle ambulanten Leistungen in die Zuständigkeit der Krankenkassen fallen. Durch die Hebung von Synergieeffekten käme es in Folge zu einer Stärkung der Primärversorgung.

In dieser Ausgabe zeigen unsere Autoren, welche Vorteile eine gemeinsame Finanzierung und Organisation aller ambulanten Leistungen hätte und welche Aspekte dabei besonders zu berücksichtigen wären. Ein weiterer Beitrag aus Deutschland zeigt, wie sich dort ein ähnliches Modell bewährt hat. Ganz bewusst werden in der Rubrik „Auf den StandPunkt gebracht“ auch Gegenpositionen dargestellt. In den „News aus den Gesundheitssystemen“ finden Sie außerdem wie gewohnt Neuigkeiten aus Europa.

Wie immer wünschen wir Ihnen viele anregende Momente beim Lesen!

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner
Geschäftsführer LIG

Dr. Peter Niedermoser
Obmann LIG

Inhaltsverzeichnis

Literatur-Recherche und Abschätzung der Einsparpotenziale bei einer Zusammenlegung von Spitalsambulanzen und extramuralem (= niedergelassenem) Bereich	9
<i>em. Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Friedrich Schneider, Mag. Stefan Jenewein</i>	
Ein Umbau der Finanzierung ist wichtiger als der Umbau der Kassenlandschaft	35
<i>Maria M. Hofmarcher-Holzhacker, Christopher Singhuber</i>	
Neues Konzept zur Finanzierung des Gesundheitswesens – das Ärztekammer-Modell	61
<i>Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner</i>	
Finanzierungssystem und ambulanter Sektor Das Modell einer homogenen Finanzierung von spitalsambulatem und niedergelassenem Bereich (aktualisierte Version)	77
<i>Mag. Katharina Wieser</i>	
Ansätze zur Verzahnung von intramuraler und extramuraler Krankenversorgung in Deutschland: Erfahrungen und eine kritische Einschätzung	95
<i>Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Dorothea Greiling</i>	
Auf den Standpunkt gebracht	153
<i>mit Beiträgen von Dr. Peter Niedermoser, Mag. Karl Lehner, Mag. Franz Kiesel</i>	
News aus den Gesundheitssystemen	165

*em. Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Friedrich Schneider
Johannes Kepler University of Linz (JKU) und
Gesellschaft für Angewandte Wirtschaftsforschung (GAW)*

*Mag. Stefan Jenewein
Gesellschaft für Angewandte Wirtschaftsforschung (GAW)*

Literatur-Recherche und Abschätzung der Einsparpotenziale bei einer Zusammenlegung von Spitalsambulanzen und extra- muralem (= niedergelassenem) Bereich der Tiroler Landesregierung

1. Ausgangslage	10
2. Gründe für Spitalsambulanzbesuche	12
3. Nicht gerechtfertigte Spitalsambulanzbesuche	14
4. Ambulanz oder niedergelassener Arzt: Wer ist billiger?	18
5. Kostenentwicklung im stationären und ambulanten Bereich	20
6. Kostensenkungspotenzial	22
7. Einsparpotenzial anders betrachtet	26
8. Fazit	29
Literaturverzeichnis	31
Anhang	32

Forschungsfrage

Im Zentrum steht die Frage, ob durch eine Zusammenlegung der Spitalsambulanzen und des niedergelassenen (extramuralen) Bereichs zu einem *gemeinsamen ambulanten Bereich* ökonomische Vorteile zu erzielen sind und inwieweit dazu eine Umstellung der Finanzierung dieser beiden Bereiche notwendig ist.

Dass der gesamte ambulante Bereich (sowohl intramural in Form von Spitalsambulanzen als auch extramural in Form niedergelassener Ärzte) nicht nur ein wichtiger Baustein in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ist, sondern zukünftig weiter an Bedeutung gewinnen wird, ist Expertinnen¹ und Beteiligten bekannt. So zählen etwa Hofmarcher und Molnárová (2018) im Factbook „Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme“ „den notwendigen Aus- und Aufbau der ambulanten Versorgung am „best point of service““ zu den wichtigsten Herausforderungen für das Gesundheitssystem der Zukunft. In ihrer Arbeit empfehlen sie schließlich die „Entwicklung der ambulanten Versorgung außerhalb von Krankenhäusern“.

1. Ausgangslage

Seit Jahren, wenn nicht schon Jahrzehnten, wird in Österreich darüber diskutiert, die Spitalsambulanzen zu entlasten, da offensichtlich immer mehr Patienten diese Ambulanzen aufsuchen und es dort teilweise zu Überlastungen kommt. Durch die Entlastung der Spitalsambulanzen verspricht man sich dabei nicht nur Kosteneinsparungen, sondern letzten Endes auch eine effizientere (bessere) gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung.

Derzeit sind Spitalsambulanzen und der niedergelassene (extramurale) Bereich zwei getrennte, jeweils für sich alleinstehende Bereiche, deren jeweilige Finanzierung grundverschieden ist.

1 In der vorliegenden Arbeit wird die weibliche und männliche Form abwechselnd verwendet. Es sind dabei stets jeweils beide Geschlechter gemeint.

Die Spitalsambulanzen „hängen“ an den Spitälern, deren Finanzierung wiederum über die Landesgesundheitsfonds² erfolgt. *„Die Spitäler werden aus mehreren Quellen finanziert, hauptsächlich aus Steuern und aus Pauschalbeiträgen der Sozialversicherungsträger Spitalsfinanzierung. Die wesentlichen Finanziers sind die Sozialversicherung, die Länder und der Bund. Zusätzlich leisten die Patientinnen und Patienten geringe Zuzahlungen („Taggeld“)* (Gesundheit, 2019). Innerhalb der Spitäler wiederum steht die Finanzierung zwischen stationärem und ambulanten Bereich auf unterschiedlichen Füßen. Während der stationäre Bereich über das sogenannte LKF-System (leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung) abgegolten wird, werden die *„Spitalsambulanzen nicht nach ihrer erbrachten Leistung, sondern pauschal abgegolten. Das bedeutet, dass 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 (RH, 2011) lediglich durchschnittlich 32 % der Kosten der Spitalsambulanzen abgedeckt. In Niederösterreich waren es durchschnittlich 44 %, in Vorarlberg immerhin 85 %“* (Riedler, 2013). In jüngster Vergangenheit hat es diesbezüglich gesetzliche Änderungen gegeben, die diesem Missstand Abhilfe schaffen sollen. So wurde im Jahr 2017 die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) um ein Modell für den spitalsambulanten Bereich erweitert, welches ab 2019 verpflichtend anzuwenden ist. Durch die schrittweise Einführung einer leistungsorientierten Abrechnung im spitalsambulanten Bereich soll die Transparenz des Leistungsgeschehens verbessert und die Entlastung des stationären Bereichs unterstützt werden (Gesundheit, 2019).

Ärzte im niedergelassenen Bereich rechnen hingegen mit den Krankenkassen ab. Die Sozialversicherung regelt dabei die Versorgung mit niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen gemeinsam mit der Ärztekammer.

Diese unterschiedliche Art der Finanzierung der beiden Bereiche ist dabei zumindest aus folgenden beiden Gründen Ursache für Ineffizienzen und hohe Kostensteigerungen. Zum einen gibt es unterschiedliche Anreize auf Seiten der Spitäler, unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit, den stationären und den ambulanten Bereich stärker oder eben weniger stark zu nutzen. So bestehen etwa mitunter Anreize, Patientinnen stationär aufzunehmen und nicht ambulant zu behandeln, da sich dies positiv auf die finanzielle Lage (Einnahmen) des Spitals auswirkt.

2 Im Zuge der Gesundheitsreform 2005 wurden die Krankenanstaltenfonds durch die Landesgesundheitsfonds ersetzt.

Zum anderen gibt es mit den Spitalsambulanzen und dem niedergelassenen Bereich zwei Bereiche, deren Leistungen zum Teil substitutiv sind, die jedoch aufgrund unterschiedlicher Anreizsysteme von den handelnden Akteuren (Ärzte, Patientinnen, ...) oftmals aus anderen als medizinischen Motiven unterschiedlich genutzt werden. So finden Spitäler mitunter Anreize vor, Leistungen von den Spitalsambulanzen in den niedergelassenen Bereich auszulagern, während niedergelassene Ärzte mitunter Anreize haben, Patienten in die Spitalsambulanzen zu verweisen. Mehr zu diesen beiden Punkten später.

Punkt 1:

Spitalsambulanzen und niedergelassene Ärzte (also „der ambulante Bereich“) werden unterschiedlich finanziert. Durch diverse Anreize für die handelnden Personen auf beiden Seiten führt diese Regelung am Ende des Tages zu Ineffizienzen und damit in Summe zu höheren volkswirtschaftlichen Kosten.

2. Gründe für Spitalsambulanzbesuche

Eine Untersuchung von Brustmann et al. (2017) ging der Frage nach den Motiven der Patientinnen für einen Ambulanzbesuch nach. Die Ergebnisse ihrer Untersuchung lassen sich wie folgt zusammenfassen.

- **Akute Körperliche Beschwerden:** Eine Vielzahl der befragten Patientinnen, die eine Ambulanz in Anspruch nehmen, sucht diese auf, da sie akute körperliche Beschwerden haben, deren rasche Linderung sie erhoffen. Sie stufen diese häufig als „Notfälle“ ein und sehen für eben diese die Ambulanzen als diejenigen Ansprechpartner, die diese behandeln können.
- **Behandlungskompetenz und Risikominimierung in der Ambulanzen:** Einige der befragten Patienten sehen die Ambulanzen hinsichtlich der raschen und effektiven Behandlung von Beschwerden kompetenter als die Hausärztinnen und suchen deshalb ebendiese auf. Sie schreiben den Ambulanzen auch eine größere Bandbreite an Behandlungsmöglichkeiten zu, insbesondere in Relation zu Hausärzten.

- **Größere diagnostische Möglichkeiten und Kompetenzen:** Ambulanzen werden von Patientinnen auch deshalb aufgesucht, weil ihnen eine in Relation zu Hausärzten höhere Zahl an Möglichkeiten des Einsatzes von Diagnoseinstrumenten zugeschrieben wird, von denen Patientinnen erwarten, dass sie zu einer genaueren Diagnose ihrer eigenen körperlichen Beschwerden führen würden. Gleichzeitig möchten die befragten Patienten hiermit auch unnötige Wege zwischen verschiedenen Instituten des Gesundheitssystems bzw. niedergelassenen Ärztinnen vermeiden bzw. zumindest abkürzen.
- **Anwesenheitszeiten der Hausärztinnen:** Befragte Patienten suchen Ambulanzen auch auf, wenn die jeweiligen Hausärzte, durch welche sie betreut werden, bei Vorliegen von akuten körperlichen Beschwerden nicht anwesend sind bzw. die Anwesenheitszeiten nicht den Bedürfnissen dieser Patienten entsprechen, bspw. wenn akute Beschwerden am Wochenende auftreten oder aufgrund von Berufstätigkeit.
- **Zeitliche Verfügbarkeit der Ambulanzen:** Ambulanzen werden von befragten Patientinnen ebenfalls dann in Anspruch genommen, wenn diese ihnen ein höheres Maß an zeitlicher Verfügbarkeit in Relation zu Hausärzten zuschreiben und Ambulanzen mitunter adäquater zu den jeweiligen Lebensrealitäten und (zeitlichen) Bedürfnissen der Patientinnen passen können.
- **Örtliche Verfügbarkeit:** Hinzu kommt, dass manche der befragten Patientinnen Ambulanzen auch deshalb aufsuchen, weil sie hinsichtlich der örtlichen Verfügbarkeit günstiger erscheinen als die jeweiligen niedergelassenen Ärztinnen, bspw. wenn Anfahrtswege länger sind oder Ambulanzen näher zum eigenen Arbeitsplatz bzw. Wohnort liegen.
- **„One-Stop-Shop“:** Befragte Patientinnen suchen Ambulanzen auch deshalb auf, weil diese als „One-Stop-Shop“ über ein hohes Maß an Diversität verschiedener Ärzten sowie diagnostischen und behandelnden Möglichkeiten an ein und demselben Ort verfügen und sich hierdurch vermeintlich Wege zwischen verschiedenen niedergelassenen Ärztinnen und Instituten des Gesundheitssystems bzw. Wartezeiten auf (Folge)Termine und/oder Diagnosen bzw. Behandlungen vermeiden lassen, die entstehen könnten, wenn Hausärzte nicht in der Lage sind, selbst eine Diagnose zu erstellen bzw. eine entsprechende Behandlung anzubieten.
- **Wartezeiten:** Ein weiteres Motiv, wieso befragte Patientinnen Ambulanzen aufsuchen und nicht den eigenen Hausarzt, ist, dass diese Wartezeiten, bspw. auf Termine, die aufgrund von Überweisungen entstehen, so weit wie möglich vermeiden möchten. Patientinnen akzeptieren entstehende War-

tezeiten in Ambulanzen insbesondere dann, wenn sie annehmen, dass die Beschwerden, deren Diagnose und/oder Behandlung bzw. Heilung die Kompetenz(en) einer Hausärztin übersteigen. Dies stimmt mit dem oben beschriebenen Motiv überein, dass Ambulanzen aus Sicht der Patienten die Funktion eines „One-Stop-Shop“ einnehmen (können).

■ **Persönliche Betreuung versus schlechte Betreuung bei Hausärzten:**

Manche der befragten Patientinnen suchen Ambulanzen auf, weil sie dort ein höheres Maß an persönlicher Betreuung entweder erwarten oder bereits die Erfahrung gemacht haben, dass sie eine solche dort vorfinden können. Ein hohes Maß an sozialer Kompetenz scheint neben der medizinischen ein weiterer wichtiger Faktor zu sein, den befragte Patienten sich erwarten und weshalb sie Ambulanzen anstelle einer niedergelassenen Ärztin aufsuchen.

3. Nicht gerechtfertigte Spitalsambulanzenbesuche

Die Ausführungen im vorangegangenen Kapitel verdeutlichen, dass Patienten Spitalsambulanzen oftmals aus nicht medizinischen Gründen aufsuchen. Vielmehr sind es die bessere zeitliche und örtliche Erreichbarkeit oder auch der – erwartete – Vorteil eines One-Stop-Shops, warum Patienten die Spitalsambulanzen den niedergelassenen Ärztinnen vorziehen. Aus medizinischer Sicht ist daher wenig überraschend ein Teil der Spitalsambulanzenbesuche „nicht gerechtfertigt“ – vielmehr hätten diese Patienten genauso gut von niedergelassenen Ärzten behandelt werden können.

Auf die Frage, wie groß der Anteil von nicht gerechtfertigten Spitalsambulanzenbesuchen ist, wie viele Patienten also durch einen niedergelassenen Arzt genauso gut versorgt hätten werden können wie in den Spitalsambulanzen, gibt es keine eindeutige Antwort, da dazu sehr wenige Forschungsergebnisse vorliegen. Lediglich einzelne Untersuchungen gehen dieser Frage nach, wobei in den meisten Fällen ein konkretes Krankenhaus bzw. Bundesland Gegenstand der Untersuchung ist und daher keine bzw. nur bedingt allgemein gültige Aussagen getroffen werden können. Einigkeit herrscht hingegen darüber, dass zumindest ein Teil der Spitalsambulanzenbesuche nicht gerechtfertigt ist und die dort behandelten Patienten im niedergelassenen Bereich zu gleicher Qualität behandelt werden hätten können.

Eine Untersuchung der Zuweisungsgründe der Ambulanzaufnahme in Krankenhäuser des Landes Vorarlberg im Jahr 2010 kam zum Ergebnis, dass mit 24,7 % rund jeder vierte Patient ein sogenannter Selbstzuweiser (ohne Überweisung) ist und dass nach spitalsärztlicher Einschätzung davon rund 60 % adäquat im extramuralen Bereich behandelt werden könnten (zitiert in: Brustmann et al., 2017). Das würde bedeuten, dass rund jeder siebter Patient (14,8 %) einer Spitalsambulanz auch extramural bei einem niedergelassenen Arzt behandelt werden könnte.

Vor wenigen Jahren wurde auch an einem niederösterreichischen Krankenhaus eine Untersuchung durchgeführt. Ziel auch dieser Untersuchung war es herauszufinden, welcher Anteil der Ambulanzbesucher auch von einem niedergelassenen Arzt behandelt werden hätten können. „Zwei Monate lang wurden die Gründe von Ambulanzbesuchern ohne Zuweisung (12,5 % aller Ambulanzkontakte) für das Aufsuchen einer Spitalsambulanz aufgezeichnet.³ Von 419 registrierten Beschwerdebildern könnten mindestens 60 % bei niedergelassenen Allgemeinärztinnen behandelt werden. [...] Analog einer nicht veröffentlichten Studie der Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft [Anmerkung: Ergebnisse dieser Studie im vorhergehenden Absatz] könnte ein nicht geringer Anteil von Ambulanzkontakten ohne Zuweisung (65 %) im niedergelassenen Bereich versorgt werden. Will man aber die Versorgung von den Spitalsambulanzen in den niedergelassenen Bereich verlagern, müssen für die betroffenen Personen attraktive Angebote außerhalb der Krankenhäuser geschaffen werden. [...] Für die Zukunft wird es notwendig sein, neue Versorgungsformen zu finden, [...] um Spitalsambulanzen zu entlasten und die medizinische Versorgung der Bevölkerung auf hohem Niveau weiterführen zu können“ (Haidinger et al., 2013).

Punkt 2:

Bis zu zwei Drittel der Ambulanzbesucher ohne Zuweisung könnten auch von niedergelassenen Ärzten behandelt werden.

Die Gründe für diese nicht gerechtfertigten Ambulanzbesuche sind vielfältig und überschneiden sich teils mit den eingangs genannten Gründen der Patienten für einen Ambulanzbesuch. So zeigt sich etwa, dass umso mehr nicht gerechtfertigte Ambulanzbesuche zu verzeichnen sind, je näher der Wohnort an einer Spitalsambulanz liegt. „So sind beim Fahrzeitintervall zwischen 0 und 30 Minuten 21,4 % aller Besuche in den Spitalsambulanzen nicht gerechtfertigt. Im Gegensatz dazu fällt die Prozentzahl der nicht gerechtfertigten Frequenzen von Spitalsambulanzen bei Personen im Fahrzeitintervall zwischen 30 und 60 Minuten auf

³ Insgesamt wurden die Angaben zu 888 Einzelpersonen registriert.

7,5 %. Die Studie weist auf den Zusammenhang zwischen Transaktionskosten und Inanspruchnahme der medizinischen Leistung hin. Je länger die Fahrzeit zu der Spitalsambulanz ist, desto wahrscheinlicher ist, dass die Leistung auch gerechtfertigt in Anspruch genommen wird. Eine längere Fahrzeit erhöht die subjektiven Kosten. Diese erhöhten subjektiven Kosten werden tendenziell nur dann in Anspruch genommen, wenn ein positiver Mehrwert durch den Besuch einer Spitalsambulanz erwartet werden kann“ (Rissbacher et al., 2010).

Punkt 3:

Zwischen Fahrzeit zum Spital und gerechtfertigtem Erscheinen in der Spitalsambulanz besteht ein Zusammenhang. Je näher Patienten am Spital wohnen, desto häufiger nehmen sie nicht gerechtfertigt Spitalsambulanzen in Anspruch.

Darüber hinaus konnten Untersuchungen nachweisen, „dass die steigende Anzahl der Spitalsambulanzen mit einer erhöhten ungerechtfertigten Inanspruchnahme einhergeht. Dies führt zwangsläufig zu einem Ungleichgewicht zwischen den Spitalsambulanzen und dem niedergelassenen Bereich. Dabei handelt es sich keineswegs um ein auf den deutschen Sprachraum beschränktes Phänomen, sondern diese Entwicklung wird international mit großer Sorge festgestellt. Die vorliegende Untersuchung liefert Indizien dafür, dass die Spitalsambulanzen eine beachtliche Anzahl von Patienten versorgen, die durch niedergelassene Versorgungseinheiten behandelt werden könnten. Gemäß den Untersuchungsergebnissen ist dies sowohl auf persönliche als auch strukturelle Faktoren zurückzuführen“ (Rissbacher et al., 2010).

Punkt 4:**Angebotsinduzierte Nachfrage I:**

Je mehr Spitalsambulanzen es gibt, desto mehr nicht gerechtfertigte Ambulanzbesuche sind zu beobachten.

Ein Ansatzpunkt zur Reduktion nicht gerechtfertigter Ambulanzbesuche ist es, für eine entsprechend flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit niedergelassenen Ärzten zu sorgen. Denn aus diversen Untersuchungen (etwa Fülöp et al., 2009) ist bekannt, dass „Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit den jeweils ihrem Wohnstandort nächstgelegenen Arzt aufsuchen“. Dabei gibt es zwischen den einzelnen Fachrichtungen durchaus Unterschiede, da die Patienten unterschiedliche hohe Sensibilitäten bezüglich der Entfernung des Arztes (Distanzempfindlichkeit) aufweisen. „Hausärzte, Augenärzte, HNO-Ärzte und Urologen weisen räumlich enger beschränkte Einzugsgebiete auf, da ihre Pati-

enten eine hohe Distanzempfindlichkeit entwickeln, während fachärztlich tätige Internisten, Nervenärzte, Psychotherapeuten und Anästhesisten über ausgedehntere Einzugsbereiche verfügen, da ihre Patienten bereit sind, auch weitere Strecken zu ihnen zurückzulegen“ (Fülöp et al., 2009).

Aber auch hier ist Vorsicht vor vorschnellen Schlüssen geboten. Denn so führt allein eine höhere Facharztdichte nicht notwendigerweise zu weniger frequentierten Spitalsambulanzen. So hält etwa der Rechnungshof (RH, 2011) in einem Bericht fest, dass *„eine höhere Facharztdichte im niedergelassenen Bereich vor allem in den Ballungsräumen zu keinen Reduktionen von spitalsambulanten Leistungen führte“*. Der Rechnungshof verweist auf eine Untersuchung in Oberösterreich, die dies zu bestätigen scheint. „Die OÖGKK überprüfte im Jahr 2008 den möglichen Zusammenhang zwischen zahlreichen Facharztfällen und Krankenhausaufhalten sowie Spitalsambulanzfällen. Sie kam dabei zum Ergebnis, dass in den Bezirken mit einer hohen Anzahl von Fachärzten auch signifikant viele Krankenhausaufhalte und Ambulanzfälle zu verzeichnen waren. Besonders in den Ballungsräumen Linz, Wels und Steyr, die ein hohes Angebot an Gesundheitsleistungen aufwiesen, war die Inanspruchnahme sowohl von Ordinations- als auch Spitalsambulanzleistungen am größten. [...] nach Auffassung des RH auch in Niederösterreich für eine angebotsinduzierte Nachfrage in den Ballungszentren. Der RH verwies auch in diesem Zusammenhang auf seine Empfehlung, eine integrierte Versorgungsplanung rasch abzuschließen“ (RH, 2011).

Punkt 5:

Angebotsinduzierte Nachfrage II:

Mehr Fachärzte in den Ballungszentren führen nicht notwendigerweise zu einer Entlastung der Spitalsambulanzen.

4. Ambulanz oder niedergelassener Arzt: Wer ist billiger?

Bevor diese Frage beantwortet werden kann, kann gleich vorab festgestellt werden, dass die Antwort auf diese Frage alles andere als eindeutig ist. Der erwähnte Rechnungshofbericht (RH, 2011) geht dieser Frage auf den Grund und liefert folgende Ergebnisse. In diesem Bericht geht es darum „festzustellen, in welchen der beiden Bereiche – Spitalsambulanzen oder Ordinationen – ausgewählte medizinische Leistungen kostengünstiger erbracht wurden“.

Punkt 6:

Das Ziel der Gesundheitsreformen, Leistungen vom stationären in den ambulanten bzw. vom ambulanten in den niedergelassenen Bereich zu verlagern und damit die Kostensteigerung einzudämmen, wurde nicht erreicht (RH, 2011).

Mit dieser Aussage könnte es bereits belassen werden, denn offensichtlich gibt es seit langer Zeit die berechtigte Absicht zur Verlagerung von Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen weg von den Spitalsambulanzen hin zum niedergelassenen Bereich, da dadurch der Kostenanstieg gebremst werden könnte.

Die Diskussion rund um die Frage, wo was behandelt werden soll, gestaltet sich schon deshalb schwierig, da eine „**bundesweit einheitliche Dokumentation ambulanter Leistungen**“ im intra- und extramuralen Bereich sowie damit ein Überblick über die bisher nicht erfassten Ambulanzleistungen und somit die Vergleichbarkeit der Leistungen zwischen den beiden Bereichen [fehlt]. Bisher dokumentierten die Länder ihre spitalsambulanten Leistungen wegen verschiedener Anreize unterschiedlich. In Oberösterreich wurde umfassend dokumentiert, weil die Ärzte einen Anteil an den Gebühren erhielten und damit ein finanzielles Interesse an einer möglichst umfassenden Dokumentation hatten“ (RH, 2011).

Punkt 7:

Es fehlt eine bundesweit einheitliche Dokumentation ambulanter Leistungen im intra- und extramuralen Bereich.

„Mit der Entwicklung einer bundesweit einheitlichen Dokumentation ambulanter Leistungen im intra- und extramuralen Bereich ist auch das Ziel verbunden, die

Spitalsambulanzen zugunsten des niedergelassenen Bereichs zu entlasten“ (RH, 2011).

Punkt 8:

Es bestehen (finanzielle) Anreize für Spitäler, zwischen stationärem, ambulantem und extramuralem Bereich zu „wählen“.

„Es bestanden nach wie vor große finanzielle Anreize für Krankenanstalten, Patienten eher stationär (als 1-Tages- bzw. 0-Tages-Patienten) aufzunehmen als ambulant zu behandeln, weil die Kosten der Spitalsambulanzen bei weitem nicht gedeckt waren und die Einnahmen für einen Patienten je stationärem Aufenthalt wesentlich höher sind als jene bei einer ambulanten Behandlung. **Es war für die Krankenanstalten daher finanziell vorteilhaft, Patienten nicht ambulant zu behandeln, sondern stationär aufzunehmen.**“ Die durchschnittlichen Einnahmen für einen Patienten je stationärem Aufenthalt sind rund doppelt so hoch wie für einen Patienten je 1-Tages-Aufenthalt, diese rund doppelt so hoch wie jene für einen 0-Tages-Aufenthalt und **die Einnahmen je 0-Tages-Aufenthalt sind je Patienten rund zehnmal so hoch wie bei einer ambulanten Frequenz.** Die Kosten der Ambulanz – bezahlt aus Fondsmitteln – sind lediglich zu 77 %, 39 % bzw. 44 % gedeckt.

Doch auch zur „Auslagerung“ von Gesundheitsdiensten **von den Spitälern in den extramuralen Bereich** bestehen im derzeitigen System entsprechende Anreize. „Aufgrund der derzeitigen Krankenanstaltenfinanzierung und der damit verbundenen niedrigen Kostendeckungsgrade bestand ein verstärkter **Anreiz für die Krankenanstalten, die medizinische Abklärung** des Patienten vor der Operation (EKG, Blutbild und Thoraxröntgen) **in den niedergelassenen Bereich auszulagern.** In Niederösterreich waren die Hinweise auf die Verlagerung der Leistungen in den Krankenversicherungsbereich besonders auffällig. Der Anteil der extramuralen Diagnosen an den OP-Zahlen lag bei bis zu 98 % (Laboruntersuchungen im LK St. Pölten). Dabei ersparte sich der Rechtsträger je Fall ca. 30 EUR; im Gegenzug wurde die NÖGKK mit ca. 80 EUR je Fall belastet. Eine Leistungserbringung durch jenen Träger, der dies kosteneffizienter durchführt, brächte Einsparungspotenziale.“

Hinzu kommt, dass den Bundesländern hier mehr Möglichkeiten offen stehen, Kosten zu verschieben, als den Krankenkassen. „Die Länder hatten größere budgetäre Möglichkeiten zur Setzung spitalsentlastender Maßnahmen als die sozialen Krankenversicherungsträger. Sie haben die Kompetenz, Leistungen vom stationären in den ambulanten Spitalsbereich und weiter in den Pflege- sowie Hauskrankenpflegebereich zu verlagern“ (RH, 2011).

Punkt 9:**Kosten für Untersuchungen und Behandlungen sind in den Spitalsambulanzen und im niedergelassenen Bereich unterschiedlich hoch.**

„Einige ambulante Leistungen waren in der Spitalsambulanz kostengünstiger als die im niedergelassenen Bereich von den sozialen Krankenversicherungsträgern bezahlten Durchschnittspreise und umgekehrt. Eine Mammographie kostete in der Spitalsambulanz zumindest rd. 65 EUR, in der Ordination bis zu rd. 113 EUR. Umgekehrt kostete eine MRT-Knie im spitalsambulanten Bereich bis zu rd. 234 EUR, im niedergelassenen Bereich zumindest rd. 150 EUR. [...] können manche Leistungen im spitalsambulanten und manche im niedergelassenen Bereich kostengünstiger erbracht werden“ (RH, 2011).

5. Kostenentwicklung im stationären und ambulanten Bereich

Die Kosten der Krankenanstalten sind in den letzten Jahren im ambulanten Bereich wesentlich stärker gestiegen als im stationären Bereich. Während die Kosten im stationären Bereich im Zeitraum 2008 bis 2017 um 28,6 % auf 10,4 Milliarden Euro gestiegen sind, kam es im ambulanten Bereich zu einem Kostenanstieg von 60,6 % auf zuletzt 2,3 Milliarden Euro.

Tabelle 1: Kosten in Krankenanstalten nach Kostenstellenbereichen

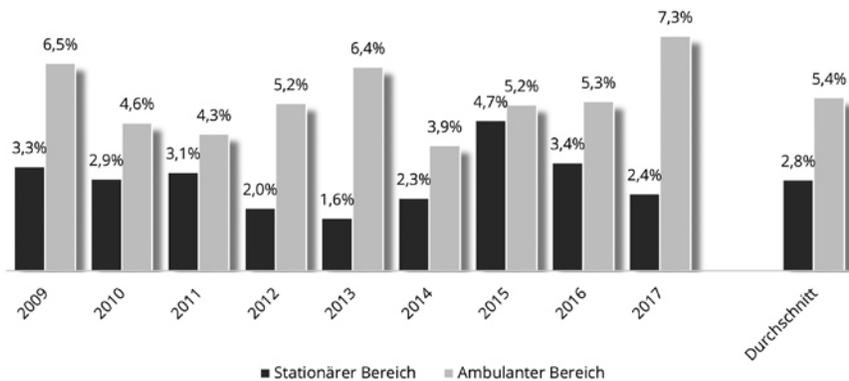
	Kosten stationärer Versorgung		Kosten ambulanter Versorgung		Nebenkosten
	Absolut	Anteil an Gesamtkosten	Absolut	Anteil an Gesamtkosten	Absolut
2008	€ 8,0 Mrd.	77,6 %	€ 1,4 Mrd.	13,7 %	€ 0,9 Mrd.
2009	€ 8,3 Mrd.	77,7 %	€ 1,5 Mrd.	14,1 %	€ 0,9 Mrd.
2010	€ 8,5 Mrd.	77,5 %	€ 1,6 Mrd.	14,3 %	€ 0,9 Mrd.
2011	€ 8,8 Mrd.	77,4 %	€ 1,6 Mrd.	14,5 %	€ 0,9 Mrd.
2012	€ 9,0 Mrd.	77,1 %	€ 1,7 Mrd.	14,9 %	€ 0,9 Mrd.
2013	€ 9,1 Mrd.	76,7 %	€ 1,8 Mrd.	15,5 %	€ 0,9 Mrd.
2014	€ 9,3 Mrd.	76,4 %	€ 1,9 Mrd.	15,7 %	€ 1,0 Mrd.
2015	€ 9,8 Mrd.	76,4 %	€ 2,0 Mrd.	15,7 %	€ 1,0 Mrd.
2016	€ 10,1 Mrd.	76,2 %	€ 2,1 Mrd.	16,0 %	€ 1,0 Mrd.
2017	€ 10,4 Mrd.	75,6 %	€ 2,3 Mrd.	16,6 %	€ 1,1 Mrd.

Quelle: BMASGK, 2019.

Die Kosten beziehen sich auf die landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten.

Wie aus der nächsten Abbildung ersichtlich wird, übersteigen die Kostensteigerungen im ambulanten Bereich dabei jedes Jahr jene im stationären Bereich. Im Schnitt war der Kostenanstieg im ambulanten Bereich mit jährlich 5,4 % knapp doppelt so stark wie im stationären Bereich (2,8 %).

Abbildung 1: Entwicklung der Kosten in Krankenanstalten im stationären und ambulanten Bereich



Quelle: BMASGK, 2019.

Die Kosten beziehen sich auf die landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten.

Punkt 10:

In den Krankenanstalten war der Kostenanstieg im ambulanten Bereich allein in den letzten zehn Jahren beinahe doppelt so stark wie im stationären Bereich.

6. Kostensenkungspotenzial

Dass am Ende des Tages ein Kostensenkungspotenzial besteht, wenn Spitalsambulanzen und der niedergelassene Bereich stärker kooperieren, steht dabei – abseits der Frage, wer von den beiden welche Leistungen kostengünstiger anbieten kann – außer Frage. Eine IHS-Studie (Czypionka et al., 2012) bringt dies in anderen Worten auf den Punkt. „In der Kooperation von Spitälern mit dem niedergelassenen Bereich lassen sich hohe Kostendämpfungspotenziale heben. Die Voraussetzungen sind aber in Österreich kaum vorhanden. Folgende Maßnahmen könnten, teilweise sogar ohne große Up-front-Kosten, wesentliche Beiträge leisten:

- Die Bemühungen um eine **sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs** müssen rasch vorangetrieben werden. Die kostengetreue Abgeltung des Ambulanzbetriebs würde tatsächlich hohe Einsparungsmöglichkeiten im stationären Bereich erbringen.
- Die Kooperationsmöglichkeiten zwischen Spitälern und niedergelassenem Bereich sowie die dazugehörigen intermediären Versorgungsformen sollten vom Gesetzgeber ermöglicht werden.
- Dazu zählen insbesondere **Flexibilisierungen im Bereich der Gruppenpraxen** sowie von **Vertragsstrukturen** zwischen niedergelassenem Bereich und Spital. Deutsche und niederländische Vorbilder zeigen, dass dies neben Kostendämpfungsmöglichkeiten auch bessere Behandlungsqualität ermöglicht.

6.1. Oberösterreich – Kosten im intramuralen Bereich

Im Bundesland Oberösterreich liegen die Gebührenersätze, die der stationäre Bereich der Spitäler erhält, rund um den Faktor 8 über jenen des ambulanten Bereichs. Dabei erfolgt die Abgeltung der stationären Leistungen der Fondskrankenanstalten in Form von LKF-Gebührenersätzen durch den Oberösterreichischen Gesundheitsfonds. Mit diesen Zahlungen sind sämtliche Ansprüche der Fondskrankenanstalten gegenüber dem Oberösterreichischen Gesundheitsfonds und den Sozialversicherungsträgern für Leistungen, die im stationären, halbstationären und tagesklinischen Bereich erbracht werden, abgegolten. Im Jahr 2017 beliefen sich die LKF-Gebührenersätze, die der Oberösterreichische Gesundheitsfonds an die Fondskrankenanstalten ausbezahlt, auf 931,5 Millionen Euro.

Die Ambulanzgebührenersätze, mittels derer die Abgeltung der ambulanten Leistungen der Fondskrankenanstalten erfolgt, betragen im selben Jahr 127,7 Millionen Euro (OÖ GFi, 2018).

Die Summe der Versicherungsleistungen, die die Oberösterreichische Krankenkasse (OÖGKK) im Jahr 2016 leistete, belief sich auf 2,2 Milliarden Euro. Welcher Anteil davon in den „niedergelassenen Bereich“ fließt, kann dabei nicht eindeutig zugeordnet werden. Bleiben jedoch die Ausgaben für Heilmittel, Zahnersatz, Kranken- und Rehabilitationsgeld, Mutterschaftsleistungen und ähnliche Leistungen unberücksichtigt, so können die verbleibenden Mittel als Leistungen für den „niedergelassenen Bereich im weitesten Sinne“ zugeordnet werden. Dabei entfielen auf ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen 508,3 Millionen Euro, auf Zahnbehandlung 111,2 Millionen Euro und auf Vorsorgeuntersuchungen 17,7 Millionen Euro. An den Krankenanstaltenfonds überwies die OÖGKK weitere 663,6 Millionen Euro (OÖGKK, 2017).

6.2. Abschätzung des Einsparungspotenzials

Die beschriebene Fragmentierung der Finanzierung (Sozialversicherung auf der einen und Gebietskörperschaften auf der anderen Seite) führt zu starken Fehlanreizen. Denn Spitälern entstehen keine Kosten, wenn sie Leistungen in den niedergelassenen Bereich verschieben (Grenzkosten von Null). Und umgekehrt sinken die Grenzkosten für die Sozialversicherung für jene Leistungen, die anstatt im niedergelassenen Bereich in den Spitälern erbracht werden, gegen Null.

Hinzu kommt, dass ambulante Leistungen in den Spitälern – wie unter anderem der oben erwähnte Rechnungshofbericht festhält – nicht kostendeckend vergütet werden. Auch aus dieser Tatsache ergeben sich für die Spitäler Anreize zu ineffizientem Verhalten, nämlich möglichst viele Leistungen vom ambulanten in den stationären Bereich zu verschieben. Dort sind zwar die Kosten wesentlich höher, aber diese werden eben auch entsprechend vergütet.

Das Einsparungspotenzial kann **im Rahmen der vorliegenden Arbeit nur sehr grob abgeschätzt werden**. Die Schwierigkeit der Quantifizierung des Einsparpotenzials liegt nicht zuletzt auch darin, dass Leistungen – wie oben ausgeführt – **nicht immer und ausschließlich** in einem Bereich teurer sind als im anderen Bereich. Die folgenden Zahlen sind daher als konservative Richtwerte zu sehen. Basis für die genannten Zahlen ist die bereits erwähnte IHS-Studie (Czypionka et al., 2012)⁴, die diese Quantifizierung ihrerseits auf Basis unterschiedlicher Untersuchungen und Veröffentlichungen vorgenommen hat.

6.2.1. Einsparungen durch Verlagerung stationär – ambulant

Ein erstes Einsparungspotenzial liegt in der Verlagerung von Operationen, die derzeit stationär erbracht werden, in den ambulanten Bereich. Dieses Potenzial an ambulanten Operationen kann mit 323,5 Millionen Euro beziffert werden. Dieses Einsparungspotenzial kann gehoben werden, wenn dort, wo es medizinisch möglich ist, weniger stationär und mehr ambulant operiert wird. Basis dieser Zahlen ist eine Untersuchung aus Deutschland (RWI Essen), bei der die Studienautoren mit Medizinerinnen 200 Operationsarten auf ihre Möglichkeiten zur Ambulantisierung untersucht haben. Das IHS (Czypionka et al., 2012) ergänzt dazu, dass „dies eine sehr konservative Schätzung dar[stellt], da ambulantes Operieren bei uns kaum verbreitet ist und die Altersstruktur in Deutschland ungünstiger ist, somit notwendige stationäre Aufnahmen auch weniger reduziert werden können“.

Weiter besteht ein Einsparungspotenzial in der „Umschichtung“ von stationärem Aufenthalt hin zu 0 bzw. 1 Tagesaufenthalten. Dies deshalb, da, wie oben ausgeführt, die Spitäler für einen stationären Aufenthalt eines Patienten mehr vergütet bekommen als für einen 0/1-Tagesaufenthalt. Das Potenzial dieser Verlagerung von stationärem hin zu 0/1-Aufenthalten kann dabei mit weiteren 110,4 Millionen Euro beziffert werden.

Ein weiteres Einsparungspotenzial könnte gehoben werden, wenn die Nachbetreuung stärker vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert würde.

⁴ Die Zahlen der IHS-Studie sind mit dem VPI auf das Jahr 2018 inflationiert.

Das in dieser Verlagerung schlummernde Kostendämpfungspotenzial liegt bei 148,8 Mio. Euro.

6.2.2. Einsparungen durch medizinische Versorgungszentren

Die erwähnte IHS-Studie (Czypionka et al., 2012) schätzt auch jenes Einsparungspotenzial ab, das sich durch die Errichtung von medizinischen Versorgungszentren, also einer Kooperation von Spitalsambulanzen und niedergelassenen Ärzten, in Österreich ergeben könnte. Dazu gibt es Erfahrungswerte aus Deutschland und den Niederlanden, wobei sich Kostenreduktionen dabei vor allem durch Skaleneffekte erzielen lassen. Im Falle des Polikums Berlin beliefen sich die Kostenreduktionen auf etwa 20 % und Befunde aus niederländischen Behandlungszentren deuten auf ähnliche Größenordnungen hin. Wird für Österreich angenommen, dass der niedergelassene Bereich und die Hälfte der Ambulanzleistung nur die Hälfte dieses Potenzials durch Kooperationen nützen können, ergibt sich allein hier ein Kostendämpfungspotenzial von 341,8 Mio. Euro.

In Summe zeigen allein diese genannten Maßnahmen ein Einsparungspotenzial von 924,5 Millionen Euro jährlich auf.

Tabelle 2: Kosteneinsparungspotenzial verschiedener Maßnahmen

Maßnahme	Kostensenkungspotenzial
<i>Einsparungen durch Verlagerung stationär – ambulant</i>	
Ambulante statt stationäre Eingriffe	€ 323,5 Mio.
Umschichtung von stationären zu 0/1-Tagesaufenthalten	€ 110,4 Mio.
Auslagerung von stationärer in ambulante Nachbetreuung	€ 148,8 Mio.
<i>Einsparungen durch medizinische Versorgungszentren</i>	
Errichtung medizinischer Versorgungszentren	€ 341,8 Mio.
Einsparungspotenzial gesamt	€ 924,5 Mio.

Quelle: Czypionka et al., 2012.
Zahlen auf 2018 inflationiert.

7. Einsparpotenzial anders betrachtet

Im vorangegangenen Kapitel wurde jenes Einsparpotenzial ausgewiesen und diskutiert, das sich durch eine Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen auf der einen sowie durch die Errichtung medizinischer Versorgungszentren auf der anderen Seite ergeben kann.

Ein anderer Zugang zur Abschätzung eines allfälligen Einsparpotenzials liegt in einem Vergleich des ambulanten Sektors in Österreich und in Deutschland.

Tabelle 3: Vergleich Deutschland – Österreich

	AT	DE
BIP	€ 370,3 Mrd.	€ 3.245,0 Mrd.
Laufende Gesundheitsausgaben		
<i>absolut</i>	€ 38,5 Mrd.	€ 368,6 Mrd.
<i>in % des BIP</i>	10,4 %	11,4 %
davon ambulante Gesundheitsversorgung		
<i>absolut</i>	€ 9,7 Mrd.	€ 80,1 Mrd.
<i>in % der laufenden Gesundheitsausgaben</i>	25,3 %	21,7 %
Von Krankenhäusern erbrachte Leistungen	€ 14,8 Mrd.	€ 102,1 Mrd.
<i>ambulante Versorgung</i>	€ 2,2 Mrd.	€ 3,2 Mrd.
<i>stationäre Versorgung</i>	€ 12,2 Mrd.	€ 97,3 Mrd.
<i>sonstige Versorgung</i>	€ 0,4 Mrd.	€ 1,6 Mrd.

Quelle: Eurostat, 2019. Zahlen für 2017.

So zeigt ein Blick zu unseren nördlichen Nachbarn zunächst, dass dort die laufenden Gesundheitsausgaben mit 11,4 % des BIPs um einen Prozentpunkt höher sind als in Österreich (Zahlen für 2017). Die Ausgaben für die gesamte *ambulante* Gesundheitsversorgung betragen in Deutschland 80,1 Milliarden Euro und in Österreich 9,7 Milliarden Euro. Die Ausgaben für die *ambulante* Gesundheitsversorgung liegen dabei in Deutschland mit 21,7 % gemessen an den gesamten laufenden Gesundheitsausgaben vergleichsweise weit unter den 25,3 %

in Österreich. In Österreich macht die ambulante Gesundheitsversorgung somit einen größeren Anteil an den gesamten laufenden Gesundheitsausgaben aus als in Deutschland. Allerdings wird ein überproportional hoher Anteil an ambulanten Leistungen in den Krankenhäusern erbracht.

Die Krankenhäuser erbringen in Deutschland in Summe Leistungen im Umfang von 102,1 Milliarden Euro, während es in Österreich 14,8 Milliarden Euro sind. Auffallend dabei ist, dass in Deutschland mit 97,3 Milliarden Euro mehr als 95 % der gesamten Leistungen der Krankenhäuser auf die stationäre Versorgung entfallen. In Österreich sind es mit 12,2 Milliarden Euro hingegen lediglich 82,4 %. Umgekehrtes gilt für die ambulante Versorgung. Die von den Krankenhäusern erbrachten ambulanten Leistungen belaufen sich in Deutschland mit 3,2 Milliarden Euro auf 3,2 % der gesamten von den Krankenhäusern erbrachten Leistungen, während es in Österreich mit 2,2 Milliarden Euro 14,8 % sind. Das heißt, dass der Anteil der ambulanten Versorgung in den Krankenhäusern in Österreich wesentlich höher ist als in Deutschland (gemessen an den gesamten von den Krankenhäusern erbrachten Leistungen).

Zur Orientierung: Wenn in Österreich der Anteil an von Krankenhäusern erbrachten ambulanten Leistungen auf das deutsche Niveau sinken soll, so würde dies eine Verlagerung des Leistungsumfangs von 1,7 Milliarden Euro von den Ambulanzen hin in den extramuralen Bereich bedeuten. Dies ist zunächst einmal ein Verlagerungspotenzial, das noch nichts über ein allfälliges finanzielles Einsparungspotenzial aussagt.

Um das Einsparungspotenzial abzuschätzen, welches mit einer Verlagerung von Leistungen von den Ambulanzen hin in den extramuralen Bereich verbunden sein kann, sei an dieser Stelle folgende Überlegung angestellt.

Ausgehend von 10 Millionen jährlichen Kassenarztkontakten in Oberösterreich bzw. 5,8 Millionen e-card-Abrechnungen sowie einem Fallwert (Wert pro abgerechneter e-card und Quartal) in Höhe von 69 Euro ergibt sich zunächst ein Durchschnittsaufwand von 40,0 Euro je Kassenarztbesuch.⁵

Im Jahr 2018 gab es in den oberösterreichischen Spitälern 3,2 Millionen Patientenkontakte in den dortigen Ambulanzen (österreichweit waren es rund 22,4 Millionen), während sich die Patientenkontakte bei Kassenärzten auf knapp 12 Millionen beliefen. Das heißt, dass etwas mehr als jeder vierte (26,6 %) Kontakt aller ambulanten Kontakte in einer Ambulanz stattgefunden hat, der Rest bei Kassenärzten.

⁵ e-card-Abrechnungen erfolgen für ein ganzes Kalenderquartal, in dem ein Patient im Durchschnitt jedoch öfter als einmal den Arzt in Anspruch nimmt.

Werden nun die Kosten für ambulante Leistungen an den österreichischen Spitätern in Höhe von 2,3 Milliarden Euro (Details siehe oben) diesen 22,4 Millionen Kontakten gegenübergestellt, so ergeben sich durchschnittliche Aufwandskosten in Höhe von 101,7 Euro je Kontakt.

Gelingt es vor diesem Hintergrund, die Spitalsambulanzkontakte wie in Deutschland um ein Drittel zu kürzen (7,5 Millionen Kontakte) bzw. in den extramuralen Bereich zu verlagern und werden dabei die unterschiedlichen Kosten je Fall zugrunde gelegt, so ergibt sich daraus eine Einsparpotenzial in Höhe von 460,4 Millionen Euro jährlich.

Tabelle 4: Verlagerung von Spitalsambulanzen hin in den extramuralen Bereich

Besuche, e-card-Abrechnungen und Kosten	
Durchschnittlicher Fallwert (e-card) / Patient in Österreich lt. HV-Daten, 2018	69,0 €
E-card-Abrechnungen in OÖ, 2018	5,8 Mio.
Kassenarztkontakte OÖ (OÖGKK)	10,0 Mio.
= Aufwand je Kassenarztbesuch	40,0 €
Kontakte in Spitalsambulanzen, bei Kassenärzten und Kosten	
Kontakte Spitalsambulanzen in OÖ (lt. Statistik Land OÖ, 2018)	3,2 Mio.
Kontakte Spitalsambulanzen in Österreich	22,4 Mio.
Kontakte bei Kassenärzten in OÖ (inkl. Bundeskassen), extramural	12,0 Mio.
= Anteil extramuraler Kontakte in OÖ	26,7 %
Ambulanzkosten in Krankenhäusern in Österreich	€ 2,3 Mrd.
= Aufwand je Kontakt in Spitalsambulanzen	101,7 €
Verlagerungspotenzial (analog DE)	
Verlagerung von Kontakten Spitalsambulanzen hin in extramuralen Bereich	7,5 Mio.
= damit verbundenes Einsparpotenzial	€ 460,4 Mio.

Quelle: OÖÄK, 2019. BMASGK, 2019.

8. Fazit

1. Ohne klare **Dokumentation der Leistungen** und Kosten fehlt eine sachlich-fachliche Grundlage für Vorschläge zur Verbesserung des Systems. Die erwähnte „schrittweise Einführung einer leistungsorientierten Abrechnung im spitalsambulanten Bereich“ ist ein Schritt in die richtige Richtung.
2. Ohne Berücksichtigung und **Änderung der aktuell gültigen Finanzierung aus unterschiedlichen Quellen** und den davon ausgehenden Anreizen für die einzelnen Akteure versprechen Änderungen im System wie eine Zusammenlegung von Ambulanzen und niedergelassenem Bereich wenig Erfolg. „Der RH wies ausdrücklich darauf hin, dass jede Leistungsverschiebung zwischen spitalsambulanten und niedergelassenem Bereich eine Neuordnung der Finanzierung gemäß Art. 15a-Vereinbarung zur Folge haben muss“ (RH, 2011). In einer ökonomischen Idealwelt sollte **die Finanzierung des gesamten ambulanten Bereichs⁶ letzten Endes aus einer Hand** erfolgen.
3. Ambulanzen und niedergelassener Bereich müssen trotz aller unterschiedlicher Interessen als **EIN Bereich** gesehen werden. Denn obgleich die Finanzierung im einen Fall (im Wesentlichen) über die Landesgesundheitsfonds und im anderen Fall über die Krankenkassen erfolgt, am Ende des Tages sind alles öffentliche Mittel, die hier eingesetzt werden.
4. Flankierend zu einer gemeinsamen Betrachtung der Spitalsambulanzen und des niedergelassenen Bereichs darf nicht vergessen werden, auch **die Finanzierung IM Spitalsbereich** anzupassen. Denn es muss vermieden werden, dass weiterhin Anreize bestehen, Leistungen aus finanzierungs- und kosten-technischen Überlegungen aus dem ambulanten in den stationären Bereich zu verschieben.
5. **Kosteneinsparungen in Höhe von 924,5 Millionen Euro jährlich** wären vergleichsweise einfach zu realisieren. Diese Einsparungen rühren zum einen durch Verschiebungen im Spitalsbereich aus dem stationären in den ambulanten Bereich, aber vor allem auch durch eine stärkere Kooperation im ambulanten Bereich, also zwischen Spitalsambulanzen und niedergelassenem Bereich, her.
 - a) Durch das Ersetzen von stationären durch ambulante Eingriffe können 323,5 Millionen Euro jährlich eingespart werden.

6 Mit Ausnahmen wie etwa dem Notfallbereich.

- b) Durch die Verlagerung von stationären zu 0/1-Aufenthalten können 110,4 Millionen Euro jährlich eingespart werden.
 - c) Durch die Auslagerung stationärer in ambulante Nachbetreuung können 148,8 Millionen Euro eingespart werden.
 - d) Durch die Errichtung medizinischer Versorgungszentren können 341,8 Millionen Euro eingespart werden.
6. In Deutschland belaufen sich die Kosten der **ambulanten Versorgung in den Krankenhäusern** auf lediglich 3,2 % der gesamten Krankenhauskosten, während es in Österreich 14,8 % sind. Gelänge hier eine Angleichung an das deutsche Niveau, so würde dies für Österreich ein Verlagerungspotenzial in den extramuralen Bereich von rund 1,7 Milliarden Euro bedeuten.
7. Kann **in Österreich analog zu Deutschland rund ein Drittel der Spitalsambulanzenbesuche in den extramuralen Bereich verlagert** werden und werden dabei durchschnittliche Kosten von 40,0 Euro (Kassenarztbesuch) bzw. 101,7 Euro (Ambulanzbesuch) unterstellt, so wäre damit ein **Einsparungspotenzial in Höhe von 460,4 Millionen Euro jährlich** verbunden.

Literaturverzeichnis

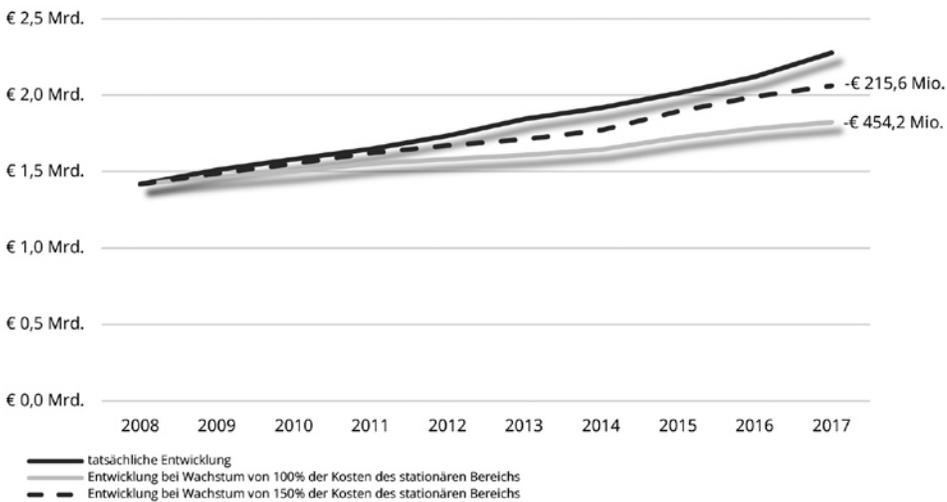
- BMASGK (2019).** Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Kosten der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten. <http://www.kaz.bmg.gv.at/kosten.html>. Zuletzt abgerufen am 17.09.2019.
- Brustmann, I. Inan, Y., Kerzendorfer, S. Laun, P. und Schmid, T. (2017).** Patient*innenmotive zum Besuch von Spitalsambulanzen. Sozialökonomische Forschungsstelle (SFS). Projekt P89. Endbericht. Wien.
- Czypionka, Th., Kraus, M., Sigl, S. und Warmuth, J. (2012).** Health Cooperation: Kostendämpfung durch Kooperation im Gesundheitswesen. Projektbericht Research Report. IHS. Wien.
- EC (2018).** Country Report Austria 2018. Accompanying the document “2018 European Semester: Assessment of progress on structural reforms, prevention and correction of macroeconomic imbalances, and results of in-depth reviews under Regulation (EU) No 1176/2011”. Brussels.
- Eurostat (2019).** Gesundheitsausgaben. Datenbankabfragen vom 28.10.2019.
- Fülöp, G., Kopetsch, Th. und Schöpe, P. (2009).** Einzugsbereiche von Arztpraxen und die Rolle der räumlichen Distanz für die Arztwahl der Patienten. Universität Mannheim.
- George, W. (2007).** Regionale Gesundheitsversorgung als Chance zukunftsfähiger Ziel- und Ressourcensteuerung im Gesundheitswesen. In: George, W. (Hrsg.). Regionales Zukunftsmanagement. Band 1: Gesundheitsversorgung. Pabst Science Publishers. Lengerich.
- Gesundheit (2019).** Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens. <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitswesen/finanzierung>. Zuletzt abgerufen am 17.09.2019.
- Haidinger, G., Eckert-Graf, L., Wirgler, P., Weber, M., Csaicsich, G. und Meznik, Ch. (2013).** Selbstzuweiser im Spital – wie viele könnten im primär-medizinischen Bereich behandelt werden? Patients with Self-Referral to the Hospital – How Many Could Have Been Treated by the Primary Sector? Deutscher Ärzte-Verlag. ZFA. 89 (1).
- Hofmarcher, M. und Molnárová, Z. (2018).** Factbook. Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme. Projektbericht. HealthSystemIntelligence. Wien.
- OÖÄK (2019).** Zahlen übermittelt von der Ärztekammer Oberösterreich am 27.10.2019.
- OÖ GFi (2018).** Oberösterreichischer Gesundheitsfonds. Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben. Geschäftsbericht 2017. Tätigkeit und Gebarung. Linz.
- OÖGKK (2017).** Oberösterreichische Gebietskrankenkasse. Forum Gesundheit. Jahresbericht 2016. Linz.
- RH (2011).** Bericht des Rechnungshofes. Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen. Bund 2011/3. Seiten 211 – 323. Wien.
- Riedler, K. (2013).** Finanzierungssystem und ambulanter Sektor. Das Modell einer homogenen Finanzierung von spitalsambulanten und niedergelassenem Bereich. ZGP 01/2013. Linz.
- Rissbacher, C., Rissbacher, C. und Tilg, B. (2010).** Gründe für die ungerechtfertigte Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement. 15(4). SS 176-184. DOI: 10.1055/s-0029-1245218.

Anhang

Wenn Kosten im ambulanten Bereich steigen wie im stationären ...

Wie groß das Einsparungspotenzial wäre, wenn die Kostensteigerungen in den Spitälern im ambulanten Bereich in den letzten zehn Jahren geringer ausgefallen wären, zeigt die folgende Abbildung.

Abbildung 2: Kosteneinsparungen bei unterschiedlichen Kostenentwicklungen im ambulanten Bereich



Quelle: BMASGK, 2019.

Tatsächliche Entwicklung der Kosten im ambulanten Bereich 2008 – 2017: Durchschnittlich 5,4 % p. a.

Die Abbildung zeigt für den Zeitraum 2008 bis 2017 auf, welches Einsparpotenzial sich ergeben hätte, wenn die Kosten im ambulanten Bereich der Spitäler geringer gestiegen wären als sie es tatsächlich (5,4 % p. a.) sind. Wird der Kostenanstieg des stationären Bereichs (2,8 % p. a.) auch für den Kostenanstieg im ambulanten Bereich angesetzt, so lägen die Kosten im Jahr 2017 um 454,2 Millionen Euro unter den tatsächlichen Kosten. Wird für den ambulanten Bereich ein um die Hälfte stärkerer Kostenanstieg als im stationären Bereich zu Grunde gelegt (150 % der Kosten des stationären Bereichs, somit durchschnittlich 4,2 %

p. a.), so wären die Kosten des ambulanten Bereichs im Jahr 2017 immerhin noch um 215,6 Millionen Euro unter den tatsächlichen Kosten gelegen.⁷

Tabelle 5: Ambulanter Bereich: Unterschiedliche Szenarien einer Kostenentwicklung

	Tatsächliches Wachstum im ambulanten Bereich		Wachstum im Ausmaß von 100 % der Kosten des stationären Bereichs		Wachstum im Ausmaß von 150 % der Kosten des stationären Bereichs	
	Absolut in €	In Prozent	Absolut in €	In Prozent	Absolut in €	In Prozent
2008	€ 1,4 Mrd.		€ 1,4 Mrd.		€ 1,4 Mrd.	
2009	€ 1,5 Mrd.	6,5 %	€ 1,5 Mrd.	3,3 %	€ 1,5 Mrd.	4,9 %
2010	€ 1,6 Mrd.	4,6 %	€ 1,5 Mrd.	2,9 %	€ 1,6 Mrd.	4,3 %
2011	€ 1,6 Mrd.	4,3 %	€ 1,6 Mrd.	3,1 %	€ 1,6 Mrd.	4,6 %
2012	€ 1,7 Mrd.	5,2 %	€ 1,6 Mrd.	2,0 %	€ 1,7 Mrd.	2,9 %
2013	€ 1,8 Mrd.	6,4 %	€ 1,6 Mrd.	1,6 %	€ 1,7 Mrd.	2,5 %
2014	€ 1,9 Mrd.	3,9 %	€ 1,6 Mrd.	2,3 %	€ 1,8 Mrd.	3,4 %
2015	€ 2,0 Mrd.	5,2 %	€ 1,7 Mrd.	4,7 %	€ 1,9 Mrd.	7,0 %
2016	€ 2,1 Mrd.	5,3 %	€ 1,8 Mrd.	3,4 %	€ 2,0 Mrd.	5,1 %
2017	€ 2,3 Mrd.	7,3 %	€ 1,8 Mrd.	2,4 %	€ 2,1 Mrd.	3,6 %
„Vor- teil“			€ - 454,2 Mio.		€ - 215,6 Mio.	

Quelle: BMASGK, 2019.

7 Basierend auf den Kosten des Jahres 2017 können jährlich 58,6 Millionen Euro eingespart werden, wenn die Kosten im ambulanten Bereich im selben Ausmaß steigen wie die Kosten im stationären Bereich. Wenn die Kosten im ambulanten Bereich um das 1,5-fache stärker steigen als im stationären Bereich, wären immer noch Kosteneinsparungen von 26,3 Millionen jährlich möglich.

Maria M. Hofmarcher-Holzhacker

*Ökonomin, Direktorin HS&I HealthSystemIntelligence, stellvertretende
Vorständin aha. Austrian Health Academy*

Christopher Singhuber

Ökonom, Researcher, HS&I HealthSystemIntelligence

Ein Umbau der Finanzierung ist wichtiger als der Umbau der Kassenlandschaft

Abkürzungsverzeichnis	37
1. Einleitung	38
2. Hintergrund	39
2.1. Gesundheitsreform 2013: Die Doktrin „ambulant vor stationär“ fällt	40
2.2. Umbau der Sozialversicherung allein bringt noch keine Versorgung am Best Point of Service	43
3. Überblick über den Krankenversicherungsmarkt und die Finanzierung	45
3.1. Finanzierung	46
4. Einflussfaktoren auf die (De-)Zentralisierung und fragmentierte Zuständigkeiten	48
4.1. Größenvorteile	48
4.2. Wettbewerb um die besten Ideen	49

4.3. Fiskalföderalismus	50
4.4. Kooperation	51
5. Versorgung am Best Point of Service erfordert Pooling der Finanzmittel	52
6. Organisatorische Voraussetzungen für die Versorgung am Best Point of Service	55
6.1. Supranationale Ebene und Zentralstaat	55
6.2. Regionale Ebene (Bundesland/Gemeinden)	56
6.3. Krankenversicherungsträger/Landesstellen	56
Literaturverzeichnis	58

Die laufende Zentralisierung der Krankenkassen wird voraussichtlich dabei helfen, Kosten zu senken. Allerdings beschränken sich diese Einsparungen auf die Nutzung von Größenvorteilen und könnten durch das Fehlen von Vergleichsmöglichkeiten zwischen den Kassen verschwinden. Stattdessen sollte die Fragmentierung von Zuständigkeiten im österreichischen Gesundheitssystem angegangen werden. Es wird gezeigt, wie durch gezielte Kooperation nicht nur Kosten gespart, sondern auch Versorgungsziele erreicht werden könnten. Vor diesem Hintergrund wird der Vorschlag entwickelt, sämtliche Mittel der ambulanten Versorgung zu einem „Ambulanztopf“ zusammenzufassen und die Verwendung dieser über bestehende Strukturen zu steuern.

Strukturreformen müssen dazu dienen, den Zugang zu Versorgung sicherzustellen und zukunftsorientiert auszubauen. Sie müssen geeignet sein, Angebotsstrukturen unter gegebenen verfassungs- und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen weiterzuentwickeln („2nd Best World“). Außerdem sollten sie sich bereits bestehende Gremien und Pläne zunutze machen und besser aufeinander abstimmen. Die Klammer für diese Herausforderungen ist die Sicherstellung der finanziellen Nachhaltigkeit und der Ausbau der Digitalisierung des Gesundheits- und Pflegesystems.

Abkürzungsverzeichnis

ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BKK	Betriebskrankenkasse
BKUG	Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz
BSVG	Bauern-Sozialversicherungsgesetz
BVA	Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
FSVG	Freiberuflichen-Sozialversicherungsgesetz
GKK	Gebietskrankenkasse
GSVG	Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz
KV	Krankenversicherung
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖVP	Österreichische Volkspartei
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PHC	Primärversorgungszentrum
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SHA	System of Health Accounts
SPÖ	Sozialdemokratische Partei Österreichs
SVA	Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
SV-OG	Sozialversicherungs-Organisationsgesetz
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau

1. Einleitung

In den letzten 20 Jahren hatte keine Regierungskonstellation eine ausgewogene politische Strategie und Persönlichkeiten, die in der Lage gewesen wären, das Gesundheitssystem gesamthaft im Sinne einer progressiven Weiterentwicklung der Finanzierung, der Versorgung und der Verantwortlichkeiten aufeinander abzustimmen. So eine Offensive müsste sowohl die Bedeutung von Investitionen in den Ausbau der Gesundheits- und Pflegeversorgung erkennen als auch die positiven Effekte eines effizienten Systems auf die gesamtwirtschaftliche Entwicklung. Die zukunftsorientierte Weiterentwicklung der Strukturen von Institutionen und der Krankenversicherung erfordert es, Versorgungsziele zu berücksichtigen. Diese wichtige Verknüpfung leistet die aktuelle Gesetzgebung zum Umbau der Kassenlandschaft nicht.

Innovative Kooperationen zwischen den Akteuren sind gefordert, um die Lebensqualität der Menschen zu fördern und Versorgungsziele zu erreichen – bei gleichzeitiger Sicherstellung der Effizienz. Angebotsstrukturen sind unter gegebenen verfassungs- und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen besser aufeinander abzustimmen und weiterzuentwickeln. Ziel des vorliegenden Beitrages ist es, Ideen zu präsentieren, wie die ambulante Versorgung auf Basis regionaler Finanzpools erbracht wird und von den involvierten Akteuren auf dezentraler Ebene gemeinsam gesteuert wird.

2. Hintergrund

In seinem Tätigkeitsbericht (RH 2017) konstatiert der Rechnungshof Österreich, dass es mit 21 Sozialversicherungsträgern ein komplexes, zersplittertes System gibt. Darüber hinaus gibt es im Gesundheitswesen erhebliche Verflechtungen von fragmentierten Zahlungsflüssen und Zahlungsströmen zwischen den verschiedenen Ebenen des Staates (Hofmarcher 2013). Während Fragmentierung viele Formen annehmen kann, z.B. Arbeitgeber versus Arbeitnehmerbeiträge oder Mittel aus der Einkommenssteuer versus Konsumsteuern, ist die Zersplitterung der öffentlichen Finanzierung zwischen den Ebenen des Staates und der Sozialversicherung wohl die wichtigste Form der Fragmentierung.

2017 gab es in Österreich 18 Krankenversicherungsträger, davon neun Gebietskrankenkassen, fünf Betriebskrankenkassen und vier berufsspezifische Sozialversicherungsträger (Selbstständige, Bauern und Bäuerinnen, Beamt/innen, Eisenbahner/innen), die teilweise auch für Pensionsversicherung und Unfallversicherung zuständig sind. Fast 100 Prozent der Bevölkerung ist in diesem System versichert. Es besteht Pflichtversicherung.

- Die Steuerung des Gesundheitssystems ist schwierig, da es auf dezentral organisierten Vertragsbeziehungen mit allen Leistungserbringern aufbaut. Seine Wurzeln hat es in der
- kompetenzrechtlichen Arbeitsteilung zwischen den Gebietskörperschaften und dem damit verwobenen Finanzausgleich (Basis die Verfassung von 1929) und
- sozialversicherungsrechtlichen Regelung einer weitgehenden regionalen Autonomie der Versicherungsträger (Gebietskrankenkassen) im Verbund mit einer berufsständischen Struktur („kleine Kassen“) (Basis das ASVG von 1955).

Trotz der hohen Kassendichte in Österreich wird durch einen parteiübergreifenden Konsens seit Ende der 1990er Jahre Krankenkassenwettbewerb weitgehend abgelehnt.¹ Somit liegen Reformen der Steuerung in den letzten Jahrzehnten im Spannungsfeld zwischen

¹ Anders als in Deutschland, der Schweiz oder den Niederlanden wurde die Einführung eines Wettbewerbs zwischen Krankenversicherungsträgern zwar diskutiert, aber eine Steuerung mittels Pflichtmitgliedschaft in Krankenkassen, staatlicher Planung und Kooperation in aktorsübergreifenden Gremien vorgezogen (Theurl 1999).

- (De-) Zentralisierung mit Hilfe verbesserter Angebotssteuerung, Stichwort Strukturpläne, Bündelung von Entscheidungen, oder der
- (De-) Zentralisierung durch Umbau des Sozialversicherungssystems zur Verbesserung der Nachfragesteuerung, Stichwort Kassenfusionen.

Alle Reformansätze seither waren grundsätzlich immer dem Ziel verpflichtet, Kostenanstiege zu dämpfen und/oder in der Verwaltung zu sparen. Während Reformen zur verbesserten Angebotssteuerung eher konsensorientiert waren und im Rahmen von ÖVP-/SPÖ-Koalitionen umgesetzt wurden, gab es in Zusammenhang mit Umbauversuchen der Sozialversicherung erhebliche Auseinandersetzungen zwischen den gesellschaftlichen Gruppen, vor allem zwischen den Vertretungen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer (Hofmarcher 2019). Diese Umbauversuche wurden Anfang 2000 gestartet und mit der Sozialversicherungsreform 2018 auf die gesamte Sozialversicherung ausgedehnt mit Schwerpunkt auf die Gebietskrankenkassen, die bis dahin mehrheitlich von der Arbeitnehmerseite gesteuert wurden.

2.1. Gesundheitsreform 2013: Die Doktrin „ambulant vor stationär“ fällt

Die ambulante Versorgung erfolgt in der Regel nach dem Prinzip der Sachleistungen, bei dem die Erstattung des Leistungserbringers Vorrang hat. Versicherte können Sachleistungen erhalten von

- Vertragsärzt*innen, die selbständig sind und hauptsächlich in Einzelpraxen arbeiten. Über 65 % der praktizierenden selbständigen Ärzte haben einen Vertrag mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträger/n (Hofmarcher et al 2018a). Alle zugelassenen Ärzte sind bei der Ärztekammer registriert. Stellenpläne und Vertragsbedingungen werden gemeinsam von den sozialen Krankenversicherungen und den Ärztekammern auf regionaler Ebene geplant und verwaltet.
- Krankenhausambulanzen, die in den Krankenhausplänen enthalten sind.
- Ambulanzen, die im Eigentum der Sozialversicherungen sind und von diesen betrieben werden, oder von Institutionen oder Privatpersonen, die einen Vertrag mit einem oder mehreren Sozialversicherungsträger/n haben können. Viele dieser Ambulanzen sind als Unternehmen in der Handelskammer registriert.

- Primärversorgungszentren (PHC) bilden eine zusätzliche Säule der ambulanten Versorgung an der Schnittstelle zwischen Krankenanstalten und Einzelpraxen. Multidisziplinäre PHC-Teams sind in Österreich selten; 85 % der österreichischen Hausärzt*innen führen Einzelpraxen mit einer durchschnittlichen Wochenöffnungszeiten von 20,5 Stunden Woche bei durchschnittlich 50 Patienten pro Arbeitstag (Hoffmann et al., 2015).

Im Geist der 2009 etablierten Wirkungsorientierung im Haushaltsrecht wollte die Gesundheitsreform 2013 a) die Versorgungsstrukturen und -prozesse optimieren und Gesundheitsergebnisse deutlich verbessern, b) einen Budgetpfad und c) darauf abzielen, dass „feindliche“ Akteure zusammenarbeiten und gemeinsam etwas erreichen. Es wurde ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem durch Bund, Länder und Sozialversicherung sowie im Juni 2013 der erste Bundeszielsteuerungsvertrag beschlossen. Die Landeszielsteuerungsverträge regeln die detaillierten Ziele und Maßnahmen zu seiner Umsetzung auf Länderebene. Es wurden Steuerungsbereiche definiert, die Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse, Ergebnisorientierung und Finanzziele umfassen.

Ein zentrales Element des Ziele- und Maßnahmenkatalogs ist die Erbringung von Leistungen am „Best Point of Service“. Dieser kann auf allen Versorgungsstufen im Gesundheitssystem verortet sein. Damit wurde die seit Jahrzehnten geltende Doktrin „ambulant vor stationär“ überwunden, was grundsätzlich mehr Flexibilität in der Versorgung fördert und die Durchlässigkeit zwischen den Sektoren des Systems zugunsten einer verbesserten Auslastung bestehender Kapazitäten stärkt. Es war vorgesehen, dass bis Ende 2016 ein Prozent der Menschen in Österreich mit Primärversorgungszentren versorgt wird. Basis dafür war das Konzept „Team rund um den Hausarzt“. Durch gesetzliche Nachschärfungen wurde die Primärversorgung weiter gestärkt (GRUG 2017). Geplant sind 75 Primärversorgungszentren bis 2020. Ende 2017 waren vier solcher Zentren in Betrieb, das entsprach einem Versorgungsgrad von etwa 0,3 % der Bevölkerung.

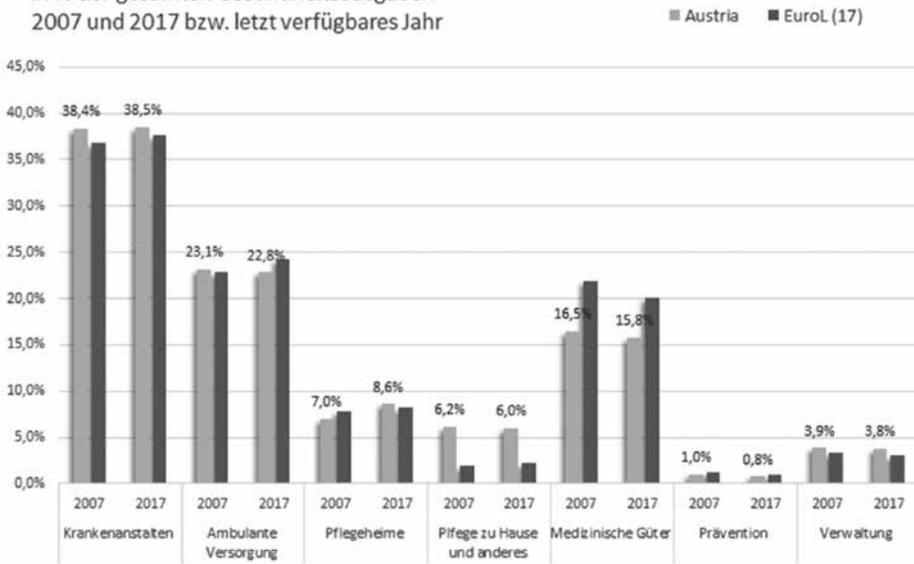
Nach internationalen Standards ist die Gesundheitsversorgung in Österreich unausgewogen. Während der österreichische Krankenhaussektor groß ist, zu expandieren scheint und im OECD-Vergleich an erster Stelle rangiert, stagnierten die Ausgaben für ambulante Versorgung. Abbildung 1 zeigt die relative Bedeutung der Krankenanstalten in der gesamten Versorgungskette. Dabei wird Österreich mit Ländern der Eurozone verglichen. Dafür wurde der Indikator „laufende Gesundheitsausgaben pro Bereich“ in Prozent der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben 2007 und 2017 gebildet.

Die laufenden Ausgaben für Krankenanstalten in Prozent der gesamten laufenden Ausgaben liegen in Österreich mit 38 % deutlich über dem Niveau des

Ausgabenanteiles der Eurozone; gegenüber 2007 war dieser Anteil in Österreich 2017 darüber hinaus etwas höher. Allerdings weisen die Daten auch darauf hin, dass der Ausgabenanteil für Krankenanstalten auch in der Eurozone steigt. Gleichzeitig wächst der Ausgabenanteil für ambulante Versorgung in der Eurozone ebenso deutlich, in Österreich fällt er im Beobachtungszeitraum (-0,3 Prozentpunkte).

Abbildung 1: Gesundheitsausgaben pro Bereich, Vergleich Österreich und Eurozone

in % der gesamten Gesundheitsausgaben
2007 und 2017 bzw. letzt verfügbares Jahr



EuroL(17) = AT, BE, EE, FI, FR, DE, GR, IE, IT, LV, LT, LU, NL, PT, SK, SV, ES
Quelle: Eurostat Database 2019, HS&I-eigene Darstellung

Diese Entwicklungen könnten darauf hindeuten, dass die wachsende Spezialisierung auch als Folge technologischer Entwicklungen bei gegebenem Versorgungsbedarf und bei gegebenen Kapazitäten in den Versorgungsbereichen gegenläufige Effekte hat.

Erstens werden zunehmend Leistungen im tagesklinischen Setting erbracht². Obwohl dies quasi ambulant passiert, wird zumindest in Österreich bislang die Finanzierung dieser Eingriffe über die Krankenanstaltenbudgets abgewickelt, auch wenn es seit 2019 neue Ansätze gibt.

2 So verdoppelte sich beispielsweise zwischen 2001 (13 %) und 2017 (25 %) der Anteil der tagesklinischen Aufenthalte in Prozent aller Aufenthalte in Fondsrankenanstalten (BMASGK 2019).

Zweitens ist die Komplexität von Diagnostik, Leistungen und Behandlungen gestiegen, z.B. im Bereich Krebs. Krankenanstalten sind hier der bessere Ort, um koordiniert vorzugehen, im Vergleich zum ambulanten Setting, das bis dato von Einzelpraxen geprägt ist, zumindest in Österreich.

Drittens, Krankenanstalten sind bei der Bevölkerung beliebt, weil sie rund um die Uhr zugänglich sind und weil engagierte Beschäftigte den Versorgungsbedarf im Durchschnitt gut koordinieren.

Letztlich eröffnen sich durch die Lockerung der Doktrin „ambulant vor stationär“ zugunsten der Versorgung am „Best Point of Service“ neue Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen den Ebenen der Versorgung. Ein „Best Point of Service“ sind häufig Krankenanstalten mit ihren Ambulanzen, vor allem bei komplexen Erkrankungen, zumal es in diesen Fällen einen Mangel an Alternativen der koordinierten Versorgung außerhalb von Krankenanstalten gibt.

Damit Patient*innen am „Best Point of Service“ behandelt werden können, muss gewährleistet sein, dass das Angebot zwischen ambulanter und spitalsambulanter Versorgung gut aufeinander abgestimmt ist. Die effektive gemeinsame Planung des Angebots wird jedoch durch die Ausgestaltung der Finanzierung und die Trennung der Zuständigkeiten im ambulanten und stationären Sektor verhindert. Dadurch ist koordinierte Betreuung von Patient*innen zwischen den beiden Versorgungssettings nur eingeschränkt gewährleistet, was zu Ineffizienz und/oder geringer Versorgungsqualität führen kann.

2.2. Umbau der Sozialversicherung allein bringt noch keine Versorgung am Best Point of Service

Das Sozialversicherungs-Organisationsgesetz (SV-OG) aus dem Jahr 2018 sieht vor, dass die derzeit bestehenden Sozialversicherungsträger auf fünf Einheiten zusammengeführt werden und ein Dachverband anstelle des derzeitigen Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger eingerichtet wird. Die Zusammenlegung hat zum Ziel, die Verwaltungskosten durch Beseitigung von Doppel- und Mehrgleisigkeiten zu senken. Die ÖGK umfasst alle Versicherten des ASVG (siehe Abbildung 2), die Krankenversicherungsschutz für etwa drei Viertel aller Menschen in Österreich gewährleistet. Geplant ist, dass die Strukturreform im Jänner 2020 umgesetzt ist.

Während die Architekten des Gesetzes davon ausgehen, dass es verfassungskonform ist, gab es einen heftigen Diskurs zu den geplanten Einsparungen. Ab dem Jahr 2020 sollen die mittel- und langfristigen Einsparungen mittels Zielvereinbarungen in der Höhe von 1 Mrd. EUR bis 2023 erzielt werden. In diesem Zusammenhang wird mit natürlichen Abgängen und Synergien durch die Reduzierung des Personalbedarfes inklusive zugehörigem Sachaufwand und im Beschaffungswesen, insbesondere in der EDV, gerechnet. Die Möglichkeit, dieses Volumen einzusparen, wird von vielen Seiten bezweifelt und vor allem seitens der Opposition und von Expert/innen als unrealistisch angesehen. So rechnet beispielsweise die Bundesarbeiterkammer mit Fusionskosten in der Höhe von 500 Mio. Euro und sieht in der Reform Belastungen im Umfang von mehr als 1 Mrd. Euro auf die soziale Krankenversicherung zukommen (APA 2018).

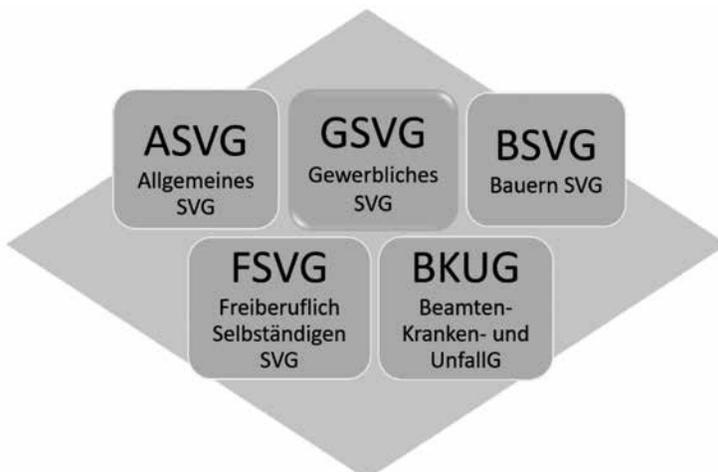
Im Laufe des Jahres 2017 wurden mehrere Studien vorgelegt, die sich mit der Straffung der Steuerung der Krankenversicherungsträger beschäftigen und verschiedene Szenarien von Zusammenlegungen bewerten (IV 2017, WKÖ 2017, LSE 2017). Zum Teil wird darin die Etablierung einer Österreichischen Gesundheitskasse kritisch gesehen, vor allem werden jedoch Szenarien präferiert, die drei bis vier Krankenversicherungsträger vorsehen. Bessere überregionale Kooperation soll damit erzielt und Effizienzpotential gehoben werden.

Alle Studien haben gemeinsam, dass sie der besseren Abstimmung zwischen Gesundheit und Pflege bzw. dem ambulanten bzw. stationären Sektor und dem Ausbau der Prävention über den Lebenszyklus wenig Raum geben. Die Weiterentwicklung dieser Versorgungsaspekte ist jedoch von zentraler Bedeutung für das Gesundheitswesen und die Zukunft der Versorgung.

3. Überblick über den Krankenversicherungsmarkt und die Finanzierung

Die überwiegende Mehrheit der österreichischen Bevölkerung ist im System der gesetzlichen Krankenversicherung versichert, die auf einer Reihe von Gesetzen beruht, siehe Abbildung 2. Dabei ist das ASVG in weiten Bereichen das Leitgesetz. Ungefähr drei Viertel der Bevölkerung sind in Gebietskrankenkassen versichert (GKK/ÖGK) während bundesweit rund ein Viertel in sogenannten „kleinen Kassen“ (VAEB, BVA, SVA, SVB, BKKs) versichert ist. Gegenwärtig ist es möglich, dass eine Person gleichzeitig bei mehr als einer Kasse versichert sein kann. Dies ist der Fall für ungefähr 7 % (Stand 2016) der Bevölkerung, z.B. für Personen mit mehreren Berufen, mitversicherten Kindern usw. Das Bestehen von Mehrfachversicherungen ist in „kleinen Kassen“ üblicher (2016: 32,9 % der Versicherungsverhältnisse) als in GKKs (etwa 11 %), HVSV 2016.

Abbildung 2: Gesetzliche Grundlagen der Krankenversicherung in Österreich



Quellen: HS&I-eigene Zusammenstellung

3.1. Finanzierung

2017 betragen die gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben gemäß dem OECD-Berechnungskonzept SHA fast 30 Mrd. EUR. Sie lagen damit bei 8,1 % der Wirtschaftsleistung. Die gesamten Ausgaben der privaten Haushalte beliefen sich auf ca. 11,3 Mrd. EUR, ihr BIP-Anteil lag bei 3,1 %. Der private Ausgabenanteil des BIP ist von 1990 bis 2017 um 0,9 Prozentpunkte, der öffentliche Anteil um 1,9 Prozentpunkte gestiegen. Das Verhältnis von privater zu öffentlicher Finanzierung blieb in diesem Zeitraum konstant bei 25:75.

Innerhalb des öffentlichen Sektors stiegen die Ausgaben des Staates deutlich rascher als die Ausgaben der sozialen Krankenversicherung, die etwas mehr als 50 % der gesamten Ausgaben finanziert, siehe Tabelle 1. Während zwischen 2005 und 2016 die Finanzierungslast der Krankenversicherungen insgesamt etwas geringer wurde, stieg sie bezogen auf den Sektor Staat um 1,4 Prozentpunkte. Gleichzeitig sank der Staatsanteil der Finanzierung im Bereich Pflege deutlich (-8,6 Prozentpunkte). Dies wurde durch einen stark steigenden Anteil der Ausgaben, den die privaten Haushalte aufbringen, kompensiert (+8,0 Prozentpunkte).

Die öffentlichen laufenden Ausgaben für den stationären Bereich inklusive Spitalsambulanzen beliefen sich im Jahr 2017 auf 13,5 Mrd. EUR, wovon 53 % die Krankenversicherungsträger und 47 % der Staat finanzierte. Die öffentlichen Ausgaben im ambulanten Bereich von 4,7 Mrd. EUR kamen hingegen zu 92 % von den Kassen. Während die Kassen im ambulanten Bereich weitestgehend eigenständig über ihre eingehobenen Mittel verfügen können, zahlen sie zur Krankenanstaltenfinanzierung Pauschalbeträge an die Länder. In den gemeinsamen Gremien haben sie wenig Gewicht.

Tabelle 1: Finanzierung der laufenden Ausgaben für Gesundheit und Pflege 2005 und 2017

	Gesundheit = 100			Pflege=100		
	2005	2017	Veränderung in %-punkten	2005	2017	Veränderung in %-punkten
Soziale Krankenversicherung	52,0	51,9	-0,1	0,4	0,5	0,1
Staat	21,1	22,5	1,4	80,0	71,4	-8,6
Selbstbehalte/ Selbstzahlungen	19,3	18,0	-1,3	18,1	26,1	8,0
Private Krankenversicherung	6,0	5,8	-0,2	0,0	0,0	0,0
Non-Profit Organisationen und Unternehmen	1,6	1,6	0,0	1,5	1,9	0,4
Laufende Ausgaben, Mio. EUR	21.291	32.771		3.169	5.686	

Rundungsdifferenzen im Jahr 2017 von 0,2 % (Gesundheit) bzw. 0,1 % (Pflege)

Quelle: Statistik Austria 2018, HS&I-eigene Berechnungen

4. Einflussfaktoren auf die (De-)Zentralisierung und fragmentierte Zuständigkeiten

Während verfassungs- und sozialversicherungsrechtliche Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems die administrativen Grundlagen für die Fragmentierung der Finanzierung bilden, gibt es eine Reihe ökonomischer Faktoren, die auf die Ausgewogenheit und die Effizienz der Versorgungskette Einfluss nehmen. So ist beispielsweise davon auszugehen, dass die Zentralisierung von Krankenkassen voraussichtlich Kosten senken wird. Allerdings beschränken sich diese Einsparungen auf die Nutzung von Größenvorteilen ohne dabei notwendigerweise die Versorgung zu verbessern.

4.1. Größenvorteile

Eine Kassenfusion, wie im Fall der ÖGK, kann Kosten einsparen, indem sie sich „Economies of Scale“ zunutze macht. Demnach würden niedrigere Transaktionskosten und eine Zentralisierung der Aufgaben zu fallenden Verwaltungskosten führen, je größer der Versicherungsträger ist. Tatsächlich haben kleine Kassen höhere Verwaltungskosten je versicherter Person, von denen nur ein Teil durch objektive Gründe, wie Verantwortungsunterschiede, erklärt werden kann (RH 2016/3). Jedoch ist die Evidenz, ob Fusionen zu Verwaltungskosten-senkungen führen, gemischt (WKÖ 2017, DBRH 2011, Glied 2009). So können aufgrund von Bürokratisierung und Unübersichtlichkeit auch gegenteilige Effekte auftreten (Diseconomies of Scale) (IHS 2017). Zum Beispiel fanden Studien über private Versicherungsnehmer bei ab etwa 115.000 Versicherten abnehmende Skalenerträge (Given 1996). Darüber hinaus haben die Verwaltungsausgaben der Krankenversicherungen nur geringen Einfluss auf die Nachhaltigkeit der Gesundheitsausgaben, da sie weniger als 2 % der gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben ausmachen. Könnten beispielsweise die hohen Verwaltungskosten der überregionalen Krankenkassen (BVA, SVA, SVB, VAEB) tatsächlich auf das niedrige GKK-Niveau gesenkt werden, würde das Schätzungen zufolge lediglich 100 Mio. EUR bis maximal 180 Mio. EUR pro Jahr bringen (Hofmarcher, Molnárová 2018b).

Weiteres Potenzial zur Kostensenkung wird in diesem Zusammenhang bei Tarifverhandlungen vermutet. Die Zentralisierung der Versicherungsträger würde zu einer Erhöhung ihrer Verhandlungsmacht in Kaufverhandlungen mit den Gesundheitsdienstleistern (Mittelverwendung/Purchasing) führen. Theoretisch wären niedrigere Tarife die Folge, was sich kostensenkend auf den Gesundheitsbereich auswirken sollte. Es besteht jedoch die Gefahr, dass sich durch Abwanderung von medizinischem Personal in Nachbarländer die Kapazitäten reduzieren (Glied 2009) oder das Ausnutzen von Marktmacht zu einer Qualitätsminderung führt, da die Motivation der Leistungserbringer sinkt (Kutzin, 2010; IHS 2017).

4.2. Wettbewerb um die besten Ideen

Wenn mehrere gleichwertige subnationale Einheiten nebeneinander bestehen, haben sie die Möglichkeit, ihre Leistungen systematisch miteinander zu vergleichen und damit in einen (Qualitäts-)Wettbewerb um die besten Lösungen zu treten (Yard-Stick-Wettbewerb). Dieses Potenzial wurde auch für Österreichs Kassenlandschaft mehrfach angeregt (Köttl 2008, Hofmarcher, Köttl 2009) und wurde auch kürzlich wieder als geeignetes Instrument hervorgehoben, Versorgung zu verbessern (LSE 2017). Köttl (2008) weist darauf hin, dass im österreichischen Kontext Yard-Stick-Wettbewerb zwischen den Krankenkassen die Effizienz durch zwei Effekte beeinflusst. Erstens ermöglicht es Leistungsvergleiche zwischen ihnen. Zweitens, weil die Krankenkassen an mehreren Ebenen der Risiko- und Liquiditätsverteilung beteiligt sind, wird eine Art von Gruppenzwang („Peer Pressure“)³ auf die Krankenversicherungsträger ausgeübt, um die Kosten einzudämmen. Die positiven Auswirkungen von Gruppenzwang und vergleichenden Bewertungen sind aufgrund von Intransparenz bei den Ausgaben abgeschwächt und könnten durch verbesserte Berichterstattung, Harmonisierung der gemeldeten Informationen und verbesserte Datenverfügbarkeit gefördert werden. Durch die geplante Zentralisierung der Gebietskrankenkassen und der Zusammenlegung der „kleinen Kassen“ werden die Vorteile eines Leistungsvergleiches zwischen den Kassen größtenteils stark eingeschränkt.

Die empirische Evidenz für jeden dieser hypothetischen Effekte ist gemischt: Welche dieser Dynamiken auf subnationaler Ebene gelten, hängt in der Praxis

3 Risikoverteilung zwischen Regionen und Berufsgruppen ist erwünscht und wird in KV direkt über Ausgleichsfonds und indirekt über Finanzausgleich und andere Instrumente umgesetzt. Obwohl er theoretisch ein Instrument zur Risikoanpassung ist, dient der Ausgleichsfonds praktisch auch als Liquiditätsreserve für Träger in schlechter finanzieller Lage (RH 2016/3). Die Finanzströme sind kein Ergebnis des Risikobewertungsprozesses, sondern mehr der politischen Verhandlungen zwischen den Krankenkassen, die das „Peer Pressure“ auslösen.

von den institutionellen Strukturen auf jeder Ebene und der daraus resultierenden Beziehung zwischen administrativen Ebenen und Interessengruppen ab (France 2008; Tuohy 2009).

4.3. Fiskalföderalismus

Die Fragmentierung der öffentlichen Finanzierung zwischen den Ebenen eines Staates und seiner Akteure hat weitreichende Auswirkungen auf die Ausgabendynamik. So illustriert der Rechnungshof anhand einiger Beispiele, wie das Auseinanderfallen von Ausgaben- und Aufgabenverantwortung zu Überversorgung oder Ineffizienz von Leistungen im österreichischen Gesundheitssystem führt, RH 2017/7. Die Richtung und die Größenordnung dieser Effekte sind von den spezifischen Regelungen abhängig (Glied 2009, Tuohy und Glied 2012). In einem System, in dem subnationale Ebenen Entscheidungen über Qualität und das Leistungsniveau treffen, Anbieter bezahlen und den Leistungsanspruch definieren, der Gesamtstaat aber einen Teil der Kosten trägt, besteht die Gefahr von „Moral Hazard“ und damit entweder Ausweitung von Ausgaben oder Unterfinanzierung.

Wenn beispielsweise der Staat Zuschüsse an nachgeordnete Einheiten leistet, die die vollen marginalen Ausgaben zahlen, wie es bei der Krankenanstaltenfinanzierung der Länder in Österreich der Fall ist, ist eine Ausweitung der Ausgaben weniger wahrscheinlich. Allerdings können sich die Länder im Falle einer finanziellen Notlage zusätzliche Ressourcen seitens des Bundes erhoffen, da die Zentralregierung den lokalen Regierungen nicht glaubwürdig erlauben kann, bei der Bereitstellung von Schlüsseldienstleistungen zu versagen, ohne bedeutende politische Kosten zu verursachen („Bail-Out“). Darüber hinaus gibt es starke regionale Interessen, lokale Kapitalinfrastruktur wie Krankenhäuser zu schützen, die oft Symbole des kommunalen Prestiges sind. In einem dezentralisierten System könnte es daher passieren, dass Größenvorteile und ökonomisch sinnvoll konzentrierte Infrastrukturen nicht sichergestellt sind (Levaggi und Smith 2005). Die aktuelle Evidenz zur Zentralisierung im Gesundheitswesen in Dänemark zeigt, dass alle Reformbemühungen den polit-ökonomischen Charakter der Akteure und der Institutionen, die Reformen umsetzen sollen, berücksichtigen müssen. Nur langsame und gut durchdachte Veränderungen der Machtverhältnisse zwischen „zentral“ und „dezentral“ fördern die Umsetzung (Christiansen, Vrangbæk 2018).

In dezentralen Systemen besteht also die Gefahr, dass subnationale Einheiten mehr ausgeben als sie gemäß ihren zugeteilten Erträgen sollten, wenn nicht

geeignete Instrumente sicherstellen, dass sie an den Kosten beteiligt werden (Kornai et al. (2003), Mookherjee (2015), Tuohy and Glied (2012), Strattman et al. (2010)).

Zu diesem Zweck werden in Österreich seit vielen Jahren bundesstaatliche Instrumente (Art 15a B-VG) eingesetzt, um der wachsenden Bedeutung des dezentralisierten Gesundheitssystems in Österreich (Hofmarcher 2019) Rechnung zu tragen und Kooperation zu fördern.

4.4. Kooperation

Trotz laufender Bemühungen, die Kooperation zwischen administrativen Einheiten und Leistungserbringern zu forcieren (Hofmarcher 2019), gibt es weiterhin eine Reihe von negativen Auswirkungen durch die Fragmentierung, insbesondere beim Übergang zwischen stationärer Versorgung und Leistungen außerhalb von Krankenanstalten (horizontale Fragmentierung) (LSE 2017). Eine Untersuchung von 2012 stellte fest, dass großes Potential vorhanden ist, Kooperationsmöglichkeiten besser auszuschöpfen und dass durch strukturierte Kooperation höhere Qualität bei niedrigeren Kosten möglich wird (Czypionka et al 2012). Mit Hilfe des ÖSG wurde in den letzten Jahren versucht, die Planung auf das gesamte Gesundheitssystem auszudehnen. Diese Vorgaben werden zumeist nicht befolgt, siehe beispielsweise RH 2011/3, RH 2017/7, und es besteht erheblicher Verbesserungsbedarf.

Die entscheidenden Partner für die interregionale Zusammenarbeit sind die Bundesländer. Sie organisieren einen großen Teil der stationären Versorgung, der Langzeitpflege und anderer gesundheitsbezogener Aktivitäten. Der RH (2015/17) stellt fest, dass sich der Einfluss des Bundes auf die österreichische Krankenanstaltenplanung im Wesentlichen auf die Vornahme einer Rahmenplanung im Einvernehmen mit den Ländern und der Sozialversicherung beschränkte. Die konkreten Planungen erfolgten auf Landesebene; der Bund konnte zu den Krankenanstaltenplänen der Länder nur unverbindliche Stellungnahmen abgeben. In Bezug auf Spitalambulanzen, stellt der RH (2011/3) fest, dass die Länder mehr budgetäre Möglichkeiten zur Setzung spitalsentlastender Maßnahmen hätten als die sozialen Krankenversicherungsträger. Sie haben die Kompetenz, Leistungen vom stationären in den ambulanten Spitalsbereich und weiter in den Pflege- sowie Hauskrankenpflegebereich zu verlagern. Die Pläne zur ÖGK adressieren die Problemstellung nicht.

5. Versorgung am Best Point of Service erfordert Pooling der Finanzmittel

Ein Eingriff in die Strukturen der Krankenversicherung kann weitreichendere Folgen haben als die erhoffte Verwaltungskostensenkung, wenn etwa effizienzsteigernder Wettbewerb zwischen den Kassen verunmöglicht wird. Darüber hinaus ist ein solcher Eingriff allein noch kein hinreichendes gesundheitspolitisches Ziel. Strukturreformen müssen Versorgungsziele zum Inhalt haben und sich letztlich an den wichtigsten Herausforderungen für das Gesundheitssystem der Zukunft orientieren:

- die wachsende Anzahl von chronisch kranken Menschen⁴ und die Schaffung von Möglichkeit für alle Menschen, gesund und aktiv zu altern,
- der notwendige Aus- und Aufbau der Versorgung am „Best Point of Service“,
- die ausreichende Sicherstellung personeller Ressourcen auf allen Ebenen des Gesundheitswesens⁵ und
- die bessere Abstimmung der Versorgung zwischen Gesundheit und Pflege (Or et al. 2018, Hofmarcher & Molnárová 2018a, Hofmarcher et al. 2007)

Die Klammer für diese Herausforderungen ist die Sicherstellung der finanziellen Nachhaltigkeit und der Ausbau der Digitalisierung des Gesundheits- und Pflegesystems.

Vor allem die altersbedingte Inanspruchnahme von Leistungen beginnt häufig mit akutmedizinischer Versorgung, die immer öfter überlebt wird, wie es die Entwicklungen beispielhaft im Bereich der Schlaganfälle und des akuten Herzinfarktes zeigen (Hofmarcher, Singhuber 2019). Über die Zeit einer Krankheitsepisode wird die Medizin häufig ein Kuppelprodukt mit der Pflege.

- 4 Der Länderbericht der Europäischen Kommission für Österreich zeigt, dass die öffentlichen Gesundheitsausgaben in Zusammenhang mit der wachsenden Anzahl älterer Personen in Zukunft stark steigen werden und damit weiter ein mittleres Risiko für die finanzielle Nachhaltigkeit der Staatsausgaben sind (EC 2018). Dieser Bericht verweist auch auf die Wichtigkeit des Aus- und Aufbaus der ambulanten Versorgung außerhalb von Krankenanstalten.
- 5 In einer aktuellen Prognose von Scheffler et al. (2018) werden in Österreich 2030 zusätzlich 1081 Ärzt*innen oder 2,1 % des geschätzten Angebotes an Ärzt*innen benötigt. Der Bedarf an Pflegekräften ist signifikant höher, 22.969 Personen oder 26,3 % des Angebotes. Im Gegensatz dazu haben beispielsweise Frankreich und Deutschland bis 2030 einen leichten „Überschuss“ in diesem Bereich, Deutschland hat so ein Plus auch beim Ärztebedarf, Frankreich jedoch eine Lücke.

Das Dilemma des fragmentierten Finanzierungssystems könnte durch die Zusammenführung der Mittel für ambulante Versorgung über alle Versorgungsettings überwunden werden. Dazu wären nur geringfügige Systemanpassungen notwendig, was eine Umsetzung politisch erleichtert. Ein derartiges Pooling hätte voraussichtlich starke Effekte sowohl für die (Allokations-)Effizienz als auch für die koordinierte Versorgung, insbesondere von chronisch Kranken. Deren Zahl wird in Zukunft noch deutlich rascher steigen als in den letzten Jahren.

Tabelle 2: Geschätztes Volumen für einen „Ambulanztopf“, in Mio. EUR

„Ambulanztopf“	Gesamt	Ambulant*	Spital – ambulant**	Pflege zu Hause***
Ö	7 583	4 888	2 283	412
	(100 %)	(64 %)	(30 %)	(5 %)
B	205	163	39	3
	(100 %)	(79 %)	(19 %)	(1 %)
K	495	319	170	6
	(100 %)	(64 %)	(34 %)	(1 %)
NÖ	1 373	966	346	61
	(100 %)	(70 %)	(25 %)	(4 %)
OÖ	1 210	771	369	70
	(100 %)	(64 %)	(31 %)	(6 %)
S	478	312	161	5
	(100 %)	(65 %)	(34 %)	(1 %)
ST	1 078	685	330	63
	(100 %)	(64 %)	(31 %)	(6 %)
T	638	417	196	25
	(100 %)	(65 %)	(31 %)	(4 %)
V	317	219	69	29
	(100 %)	(69 %)	(22 %)	(9 %)
W	1 789	1 038	600	150
	(100 %)	(58 %)	(34 %)	(8 %)

* Öffentliche Ausgaben für ambulante Versorgung (HC.1.3/HC.2.3 x HF.1-HF.3) exklusive Ausgaben für Spitalsambulanzen (HF.1 x HP.1), Statistik Austria/SHA 2017

** Spitalsambulante Endkosten, BMG (2017)

*** Öffentliche Ausgaben (HP3.5 x HF.1) und Ausgaben von Non-Profit-Unternehmen (HP3.5 x HF.2, EUR 108 Mio.), Statistik Austria/SHA 2017; Bundesländer-Aufteilungsschlüssel gemäß Nettoausgaben für mobile Dienste aus der Pflegedienstleistungsstatistik, Statistik Austria 2017
Quelle: Statistik Austria, HS&I-eigene Berechnungen

Tabelle 2 zeigt geschätzte Volumina an Finanzmittel, die für die Dotierung eines „Ambulanztopfes“ aufzubringen wären. Österreichweit würde dieser Pool geschätzte 7,6 Mrd. EUR umfassen. Dabei würden etwa 4,8 Mrd. EUR (64 %) aus der haus- und fachärztlichen Versorgung eingebracht werden, die seitens der Krankenversicherungen beizusteuern wären. 2,3 Mrd. EUR (30 %)⁶ müssten durch die Landesfonds eingebracht werden, und die Länder müssten nochmals etwa 400 Mio. EUR (4 %) beibringen, damit auch mobile Pflege ein Teil des Finanzpools wird. Tabelle 2 weist auch die geschätzten Volumina auch auf Ebene der Bundesländer aus.

Die Notwendigkeit, die Finanzierungsstrukturen im Gesamtsystem zukunftsorientiert weiterzuentwickeln, erfordert gleichzeitig, Versorgungsziele und -strukturen zu berücksichtigen. Parallel dazu muss zeitgemäß ausgebildetes Gesundheitspersonal richtig eingesetzt werden, und die Planungen sind interregional abzustimmen. Ein Muss für das Gelingen von Effizienz ist die gemeinsame, bedarfsorientierte Verteilung der Mittel des „Ambulanztopfes“ auf die Ebenen der ambulanten Versorgung. Jedenfalls sind innovative intra- und interregionale Kooperationen zwischen den Akteuren gefordert, um Gesundheitsziele bei gleichzeitiger Sicherstellung der Effizienz zu erreichen. So könnte das Pooling der Finanzmittel für die ambulante Versorgung ein wesentlicher Schritt für die Verbesserung der Versorgung am „Best Point of Service“ sein.

6 Ein Teil dieses Betrages wird auch über die Spitalsfinanzierungsfonds der Krankenversicherung aufgebracht, wird aber für diese Grobabschätzung nicht herausgerechnet und den ambulanten Kosten zugeschlagen.

6. Organisatorische Voraussetzungen für die Versorgung am Best Point of Service

Auf Ebene der Steuerung eines Ambulanztopfs könnten bestehende Gremien wie beispielsweise die Gesundheitsplattformen oder die Zielsteuerungseinheiten mit einer entsprechenden Geschäftsordnung dafür sorgen, dass die ambulante Versorgung gemeinsam auf regionaler Ebene geplant wird und Ausschüttungen der Mittel je nach Bedarf und gemeinsam erarbeiteter Struktur an die Anbieter erfolgt. Dabei sollten die Vertreter der Gebietskörperschaften und der Krankenversicherungsträger gemäß ihrer finanziellen Beteiligung in diesen Gremien vertreten sein. Abbildung 3 gibt einen stilisierten Überblick über die wesentlichen Aspekte. Dabei werden ausgewählte Empfehlungen des Rechnungshofes zur Optimierung der Arbeitsteilung zwischen den administrativen Ebenen berücksichtigt.

Im Folgenden präsentieren wir erste Ideen, wie so ein Modell ausschauen könnte. Den Rahmen für diese Ideen bilden globale Effizienz- und Versorgungsziele und zwar die:

- Sicherstellung gesamtwirtschaftlicher und Systemeffizienz,
- Optimierung der Verwaltung,
- Kongruenz in der Regulierung,
- verbesserte Abstimmung der Angebotsstrukturen und
- Versorgung am „Best Point of Service“ durch Kooperation.

6.1. Supranationale Ebene und Zentralstaat

Wesentliche Schwerpunktsetzungen für regionale Akteure sind durch EU- und Bundesgesetzgebung determiniert. Dies umfasst Vertrags- und Vergabepraktiken und Qualitätsstandards. Der Bund/ der Hauptverband/ der Dachverband sollte Vorgaben machen, die sich an Versorgungszielen orientieren und die finanzielle Nachhaltigkeit unter Berücksichtigung gesamtwirtschaftlicher Effizienz gewährleisten. Konkret hieße das:

- nützliche Leistungen definieren, die für alle zugänglich sind, Stichwort Leistungsharmonisierung,
- Vorgaben zum Pooling der ambulanten Mittel und zur Zusammensetzung der Steuerungsgremien machen,
- Regelungen zu Kostenbeteiligungen klären,
- Qualitätssicherung festigen durch die Stärkung unabhängiger Gremien,
- adäquate Standards für einen Ausgleichsfonds und das Finanzmanagement vorgeben und
- Kriterien für Benchmarking und „Best-Practice“ Wettbewerb entwickeln.

6.2. Regionale Ebene (Bundesland/Gemeinden)

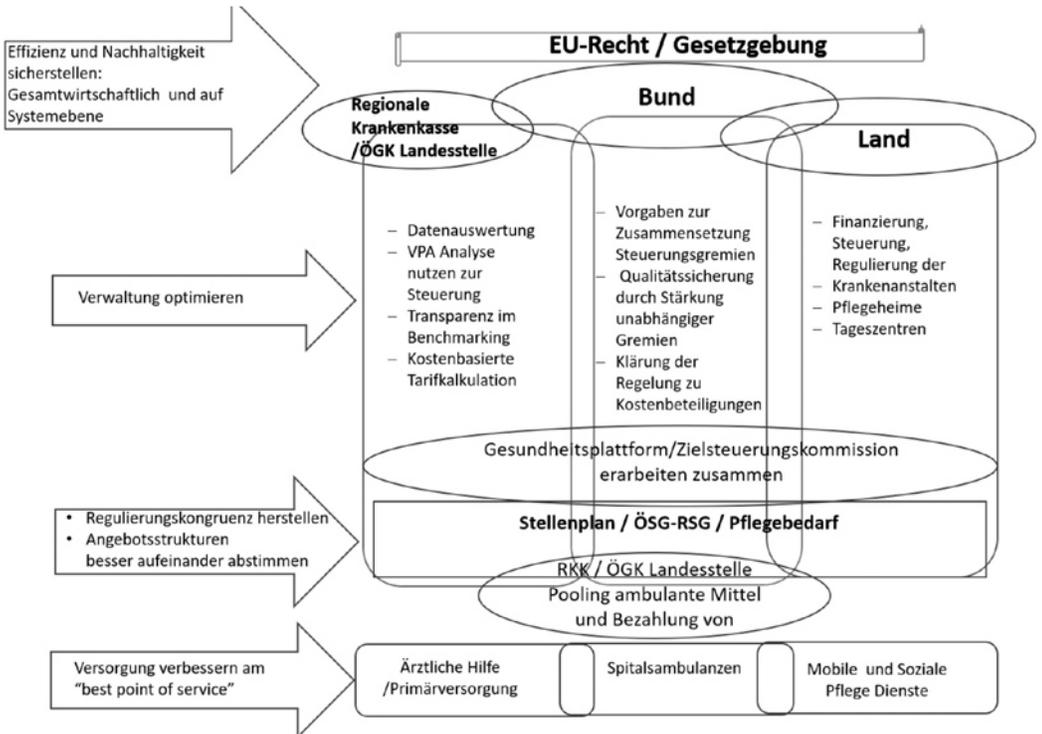
- Gemäß den bundesgesetzlichen Vorgaben finanzieren, steuern und regulieren die jeweiligen Länder Krankenanstalten, Pflegeheime und Tageszentren im Rahmen ihrer Zuständigkeiten.
- Sie identifizieren die Mittel für ambulante Versorgung in den Krankenanstalten und bringen diese in einen Pool auf Landesebene ein, „Ambulanztopf“.
- In der Gesundheitsplattform/Zielsteuerungskommission wird gemeinsam mit den Krankenkassen und der Ärztekammer die Versorgung geplant; Stellenplan, ÖSG/RSG und Pflegebedarf werden gemeinsam erarbeitet.
- Unter Zuhilfenahme von Bundesvorgaben werden Kriterien zur Verwendung und Aufteilung der Mittel aus dem Ambulanztopf gemeinsam entwickelt.

6.3. Krankenversicherungsträger/Landesstellen

- Die Mittel aller Kassen für ambulante Versorgung werden regional zusammengeführt und verwendet.
- Mit Bundesunterstützung wird die Vertragspartneranalyse wiederbelebt und zur Steuerung genutzt.
- In der Gesundheitsplattform/Zielsteuerungskommission planen die regionale Kasse und die Länder in Abstimmung mit der Ärztekammer die Versorgung; Stellenplan, ÖSG/RSG und Pflegebedarf werden gemeinsam erarbeitet.
- Unter Zuhilfenahme von Bundesvorgaben werden Kriterien zur Verwendung und Aufteilung der Mittel aus dem „Ambulanztopf“ gemeinsam entwickelt.

- Aus dem „Ambulanztopf“ werden auf Basis gemeinsam erarbeiteter Kriterien für die Verwendung und unter Zuhilfenahme eines bundeseinheitlichen Leistungskataloges die verschiedenen Dienste am „Best Point of Service“ bezahlt; dies umfasst die ärztliche Hilfe, Leistungen der Spitalsambulanzen und Mobile und Soziale Pflegedienste.

Abbildung 3: Organisatorische Struktur zur Versorgung am Best Point of Service



RKK: Regionale Krankenkasse
 Quellen: HS&l-eigene Zusammenstellung

Literaturverzeichnis

- APA (2018). AK zu Gebietskrankenkassen: Sozialversicherungsreform droht zum Milliardenesaster zu werden. OTS0164, 5. Okt. 2018.
- BMASGK (2019): „Krankenanstalten in Zahlen“. Wien
- BMG (2017): „Krankenanstalten in Zahlen“. Wien
- Bundesrechnungshof (DBRH 2011): 2011 Bemerkungen Nr. 70., Fusionen von Krankenkassen müssen wirtschaftlich sein. <https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/bemerkungen-jahresberichte/jahresberichte/1-archiv/2011/teil-iii-einzelplanbezogene-entwicklung-und-pruefungserkenntnisse/bundesministerium-fuer-gesundheit/langfassungen/2011-bemerkungen-nr-70-fusionen-von-krankenkassen-muessen-wirtschaftlich-sein/view>
- Christiansen, T. und Vrangbæk, K. (2018): Hospital centralization and performance in Denmark—Ten years on. *Health Policy*, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.12.009>
- Czypionka, T., Kraus, M., Sigl, C., Warmuth, J.R. (2012): Health Cooperation. Kostendämpfung durch Kooperation im Gesundheitswesen. IHS-Projektbericht, Wien.
- Czypionka, T., M. Riedel, G. Röhring, S. Lappöhn und E. Six (IHS 2017): Zukunft der Sozialen Krankenversicherung, Entwicklungsmöglichkeiten für Österreich. IHS-Projektbericht, Jan 2017, Vienna
- European Commission (EC 2018): Country Report Austria 2018, Commission staff working document, SWD (2018) 218 final <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2018-european-semester-country-report-austria-en.pdf>
- France, G. (2008): The Form and Context of Federalism: Meanings for Health Care Financing. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 33: 649–705.
- Given, R. S. (1996): Economies of Scale and Scope as an Explanation of Merger and Output Diversification Activities in the Health Maintenance Organization Industry. *Journal of Health Economics* 15:685–713.
- Glied, S. (2009): Single Payer as a Financing Mechanism. *J Health Polit Policy Law*, August 2009, 34 (4): 593-615. <https://doi.org/10.1215/03616878-2009-017>
- Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 (GRUG 2017): 131 Bundesgesetz, BGBl, 2. August 2017, Wien.
- Hofmann, K., George, A., Dorner, T. E., et al. (2015). Primary health care teams put to the test a cross-sectional study from Austria within the QUALICOPC project. *BMC Family Practice*, 16(1), 168.
- Hofmarcher M. M., Howard Oxley and Elena Rusticelli (2007). Improved Health System Performance through better Care Coordination, OECD Working Paper, DELSA/HEA/WD/HWP(2007)6
- Hofmarcher, M.M. und J. Köttl (2009): Kostendämpfungspotentiale bei den Gebietskrankenkassen 2009 2013. Institut für Höhere Studien, Februar 2009, Studie im Auftrag des BMG, unveröffentlicht, über die Autorinnen verfügbar.

- Hofmarcher M M, (2013) Austria: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2013; 15(7): 1–291, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/233414/HiT-Austria.pdf
- Hofmarcher, MM., Mayer, S., N. Perić, Th. Dorner (2018a) Austria: Primary Health Care Centers: A Silver Bullet? In Braithwaite et. al. (Ed.), *Health Care Systems: Future Predictions for Global Care*. CRC Press
- Hofmarcher M. M., Molnárová Z. (2018b): Higher Efficiency with Fewer Health Insurance Providers in Austria? HS&I Fast Track Jänner 2018. Wien, to be published.
- Hofmarcher M.M. (2019). Umbau der Steuerung in der Gesundheitspolitik seit 2000: Etappensiege für Schwarz-Blau, in: Emmerich Tólos (Hg.), *Die Schwarz-Blauende Wende in Österreich*, LiT Verlag, Wien 2019.
- Hofmarcher, M.M., Ch. Singhuber (2019). FACT BOOK Krankenanstalten im Bundesländervergleich. HS&I Projektbericht. Projekt mit Unterstützung von Philips Austria. Wien August 2019. <http://www.HealthSystemIntelligence.eu/Krankenanstalten>
- HVSV (2016): Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2016) Zahlen und Fakten. Dienst für Gesellschaftspolitik – Monatsbericht Juni 2016.
- HSVS (2018) Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung (2018): *Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2018*.
- Industriellenvereinigung (IV 2017): *Zukunft der Sozialversicherung / Krankenversicherung Entwicklungsmöglichkeiten für Österreich; Zentrale Ansatzpunkte aus Sicht der Industriellenvereinigung*.
- Kornai, J., E. Maskin und G. Roland. (2003): Understanding the Soft Budget Constraint. *Journal of Economic Literature* 41, 1095–1136.
- Köttl, J. (2008): Yardstick Competition among Multiple Non-competing Health Insurance Funds: the Case of Austria. Background Paper for a Regional Health Technical Assistance Project on Multiple Health Insurance and Competition. The World Bank.
- Kutzin, J., Cashin, Ch. und Jakab, M. (2010): *Implementing Health Financing Reform: Lessons from Countries in Transition*.
- Levaggi, R. und Smith, P. (2005): Decentralization in Health Care: Lessons from Public Economics. In P. Smith, L. Ginnelly, and M. Sculpher (eds.), *Health Policy and Economics: Opportunities and Challenges* (London: Open University Press).
- LSE (2017): *Efficiency Review of Austria's Social Insurance and Healthcare System. Volume 1 – International Comparisons and Policy Options*, London School of Economics and Political Science, August 2017.
- Mookherjee, D. (2015): Political Decentralization. *Annual Review of Economics* 2015 7:1, 231-249
- Or, Zeynep, A. Penneau (2018): A Multilevel Analysis of the determinants of emergency care visits by the elderly in France. *Health Policy*. 2018 May 18. pii: S0168-8510(18)30137-4. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.05.003.
- Rechnungshof (RH 2011/3): *Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen*.

- Rechnungshof (RH 2015/17): Rolle des Bundes in der österreichischen Krankenanstaltenplanung.
- Rechnungshof (RH 2016/3): Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung; Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung.
- Rechnungshof Österreich (RH 2017): Tätigkeitsbericht.
- Rechnungshof (RH 2017/7): Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung.
- Scheffler, R., und Arnold, D. (2018): Projecting shortages and surpluses of doctors and nurses in the OECD: What looms ahead. *Health Economics, Policy and Law*, 1-17. doi:10.1017/S174413311700055X
- Stratmann, T., Crivelli, E. und Leive, A. (2010): Subnational Health Spending and Soft Budget Constraints in OECD Countries. *IMF Working Papers*, Vol., pp. 1-26, 2010.
- Theurl, E. (1999). Some aspects of the reform of the health care systems in Austria, Germany and Switzerland. *Health care analysis*, 7(4), 331-354.
- Tuohy, C. H. (2009): Single Payers, Multiple Systems: The Scope and Limits of Subnational Variation under a Federal Health Policy Framework. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 34(4) (August): 453–96.
- Tuohy C. H. und Glied S. (2012): The political economy of health care. In Glied S, Smith P: *The Oxford Handbook of Health Economics*. 2013. p. 58–77
- WKÖ (2017): Effizienzpotenziale in der Sozialversicherung. <https://news.wko.at/news/oesterreich/Studie-c-alm-Effizienz-in-der-Sozialversicherung-15.3.2017.pdf>

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

Kammeramtsdirektor der Ärztekammer für Oberösterreich

Neues Konzept zur Finanzierung des Gesundheitswesens – das Ärztekammer-Modell

1. Ausgangslage	62
2. Naheliegend, aber keine Lösung – Finanzierung aus einer Hand	66
3. Das Konzept der Ärztekammern	68
4. Gegenargumente	72
5. Zusammenfassung	75

1. Ausgangslage

Das Krankenanstaltenrecht sieht vor, dass öffentliche Krankenanstalten berechtigt und verpflichtet sind, Patienten, die keiner stationären Aufnahme bedürfen, ambulant zu behandeln. Der Gesetzgeber hat die Versorgungszuständigkeit der Spitalsambulanzen allerdings – zumindest nach herrschender Meinung – auf einige wenige taxativ ausdrücklich aufgezählte Konstellationen beschränkt.

In Spitalsambulanzen sollen

- Leistungen der Ersten ärztlichen Hilfe erbracht werden,
- im Falle medizinischer Notwendigkeit ambulante Nachbehandlungen nach Spitalsaufenthalten durchgeführt werden,
- solche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angeboten werden, die dem Patienten außerhalb der Krankenanstalt in angemessener Entfernung nicht in geeigneter Weise zur Verfügung stehen (wobei einige Landes-Krankenanstaltengesetze dafür sogar eine Zuweisung durch einen niedergelassenen Arzt verlangen),
- sofern extramural nicht möglich über ärztliche oder zahnärztliche Zuweisung Befunde zur Vorbereitung eines stationären Aufenthaltes erhoben werden,
- Leistungen im Zusammenhang mit Organ-, Gewebe- und Blutspenden erbracht werden, ebenso wie
- Leistungen im Zusammenhang mit klinischen Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten bzw. im Rahmen der medizinisch unterstützten Fortpflanzung.

Abgesehen von einigen Spezialbereichen (Transplantationswesen, Fortpflanzungsmedizin, klinische Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten) gilt daher krankenanstaltenrechtlich prinzipiell, dass Spitalsambulanzen nur solche Leistungen erbringen sollen, die extramural nicht erbringbar sind. Dahinter steht ein für das österreichische Gesundheitssystem (so wie für das Gesundheitssystem anderer vergleichbarer europäischer Staaten) prägender Grundsatz: Ambulante Medizin soll primär wohnortnahe durch unternehmerisch tätige niedergelassene Ärzte und Zahnärzte angeboten werden, während öffentliche Krankenanstalten in erster Linie der Versorgung stationärer Patienten dienen und nur in Ausnahmefällen auch ambulante Leistungen erbringen sollten.

So weit die Theorie, die Realität sieht allerdings völlig anders aus. Studien aus der jüngeren Vergangenheit zeigen, dass in ganz Österreich ein außerordentlich hoher Anteil von ambulanten Leistungen in Spitalsambulanzen erbracht wird, der aus medizinischer Sicht genauso gut extramural in Ordinationen von niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten erbringbar wäre (vergleiche dazu die Hinweise im Beitrag von *Schneider*, Literatur-Recherche und Abschätzung der Einsparpotenziale bei einer Zusammenlegung von Spitalsambulanzen und extramuralem (= niedergelassenem) Bereich, Abschnitt 3). Abgesehen davon, dass diese Entwicklung den Wünschen der Patienten entspricht, die, wie Umfragen bestätigen, die wohnortnahe Versorgung durch niedergelassene Ärzte bevorzugen, führt sie zu gesundheitspolitisch unerwünschten Ergebnissen. Die Spitalsambulanzen, die nicht darauf ausgerichtet sind, ambulante Routinefälle zu übernehmen, sind chronisch überlastet. Das führt zu Kritik von Seiten der Spitalsärzte, die ihre Verantwortung für die stationären Patienten aus Zeitmangel gefährdet sehen. Es gibt aber vor allem auch viel Kritik von Patienten, die mit zunehmenden Wartezeiten in übervollen Spitalsambulanzen konfrontiert sind und beklagen, dass das extramurale Angebot nicht ausreicht, um die benötigte ambulante Versorgung zu erhalten.

Für diese Misere werden vor allem zwei Gründe genannt:

- Zum einen zeigen Befragungen von Patienten, die Spitalsambulanzen aufsuchen, dass es teilweise am Bewusstsein mangelt, dass primär der extramurale Bereich in Anspruch genommen werden sollte. Für die Überlastung der Spitalsambulanzen wird daher die fehlende Patientenlenkung verantwortlich gemacht und auch zunehmend gesundheitspolitisch versucht, durch entsprechende Aufklärungsmaßnahmen Patienten zu motivieren, extramurale Versorgungsangebote zu nutzen. Diskutiert wird auch regelmäßig, zur Unterstützung der Patientenlenkung Selbstbehalte für die Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen einzubeheben. Allerdings scheuen die gesundheitspolitischen Verantwortungsträger vor einer derartigen Maßnahme derzeit zurück.
- Ein zweiter wesentlicher Grund für die Überlastung der Spitalsambulanzen wird darin gesehen, dass das extramurale Angebot unzureichend ist und daher Patienten, selbst wenn sie solche in Anspruch nehmen wollten, gezwungen sind, die Spitalsambulanzen aufzusuchen. Es gibt daher seit vielen Jahren politische Ankündigungen, den extramuralen Bereich zu stärken und auszubauen, um mehr wohnortnahe Versorgung sicherzustellen und die Spitalsambulanzen zu entlasten. Dass diese Versuche bislang weitgehend gescheitert sind, wird vor allem dem Finanzierungssystem angelastet.

Das österreichische Gesundheitssystem wird, genauso wie in allen Staaten mit „Bismarck-System“ – also mit gesetzlich eingerichteten Krankenversicherungen – dual finanziert. Das heißt, dass die öffentliche Finanzierung einerseits über gesetzlich vorgeschriebene Krankenversicherungsbeiträge und andererseits über Steuermittel sichergestellt wird. Dabei ist allerdings zu unterscheiden: Das extramurale Leistungsangebot und damit auch die niedergelassenen Kassenärzte werden fast ausschließlich von den Krankenkassen finanziert, weshalb auch eine Dynamik des Leistungsangebotes und damit ein Ausbau des extramuralen Bereiches zu Lasten der Krankenkassen geht. Demgegenüber erfolgt die Finanzierung des intramuralen Sektors, also der Spitalsaufenthalte, traditionell gemeinsam durch Krankenkasse und Länder. Das gilt sowohl für stationäre Aufenthalte als auch für Leistungen, die in den Spitalsambulanzen erbracht werden. In unserem Zusammenhang relevant ist aber vor allem, dass seit der Einführung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems die Zahlungen der Krankenversicherungsträger zur Anstaltspflege pauschaliert sind (dazu kommt, dass sie mit den Einnahmensteigerungen der Kassen fix valorisiert werden, unabhängig davon, in welchem Ausmaß sich die Spitalskosten erhöhen). Das bedeutet also, dass die Dynamik der Kostenentwicklung im Spitalbereich und damit auch im Bereich der Spitalsambulanzen zu Lasten der Länder geht. Oder anders ausgedrückt: Ein Ausbau des extramuralen Bereiches belastet ausschließlich die Krankenkassen, der Ausbau der Spitalsambulanzen im Wesentlichen die Länder. Das Bild wird dadurch abgerundet, dass die meisten Patienten in öffentlichen Krankenanstalten versorgt werden, denen gesetzlich eine Aufnahmepflicht aufgetragen ist. Ist daher der extramurale Bereich ungenügend ausgebaut und kann mit dem Bedarf an ambulanten Leistungen nicht mithalten, landen die Patienten in der Spitalsambulanz, deren Leistungszuwachs wegen des pauschalierten Kassenbeitrages an den Ländern hängen bleibt. Umgekehrt bringt der Ausbau der extramuralen Ressourcen, insbesondere des kassenärztlichen Stellenplans, den Krankenversicherungsträgern im Hinblick auf den Pauschalcharakter ihrer Spitalszahlungen keine Ersparnis, sondern nur zusätzliche Kosten. Die immer wieder beschworene Formel „Geld folgt Leistung“ greift daher in der Systemrealität nicht, was den Ausbau des extramuralen Bereiches entscheidend behindert. Versuche, diese Abschottung der Finanzierung des intra- gegenüber dem extramuralen Bereiches zu überwinden, gibt es zwar in der jüngeren Vergangenheit zuhauf. Sie waren aber immer darauf ausgelegt, dass die Finanziere, also die Länder und die Krankenversicherungsträger, einen Konsens über die Mittelverschiebung erzielen, was – wenig überraschend – kaum Früchte getragen hat.

Leistungserbringer:	Finanzierung aus:	Kostendynamik zu Lasten von:
Spitäler stationär	<ul style="list-style-type: none"> - Steuermittel - Pauschalierte SV-Beiträge - Leistungen aus privater KV - Selbstbehalte - Eigenanteil Rechtsträger 	Bundesländer, weil SV-Leistungen pauschaliert
Spitalsambulanzen		
Niedergelassene Kassenärzte (FÄ + AM)	<ul style="list-style-type: none"> - SV-Beiträgen - Selbstbehalte 	SV-Träger
Ambulatorien mit Kassenvertrag		
Privatärzte (FÄ + AM – tw. Kostenrückerstattung)		

Abb. 1: Derzeitige Finanzierungsstruktur

2. Naheliegend, aber keine Lösung – Finanzierung aus einer Hand

Der wohl unstrittige Befund, dass das derzeitige Finanzierungssystem Mittelverschiebungen zwischen intra- und extramuralem Bereich in der Praxis nicht gerade begünstigt, führt bei allen, die sich damit befassen, zunächst geradezu intuitiv zum auf den ersten Blick auch nicht unplausiblen Lösungsvorschlag der Finanzierung aus einer Hand. Würde das gesamte intra- und extramurale Gesundheitssystem aus einer Hand finanziert werden, so das Kalkül, dann würde sich der Finanzier genau überlegen, ob die Leistung kostengünstiger extra- oder intramural erbracht werden kann. Er würde, was derzeit nicht der Fall ist, sehr genau den Kostenaufwand im spitalsambulanten Bereich messen und mit dem Kostenaufwand bei der extramuralen Leistungserbringung vergleichen und würde sich dann – hoffentlich auch noch unter Berücksichtigung des Patientenwunsches nach möglichst wohnortnaher Versorgung – überlegen, wo die Leistung am vernünftigsten erbracht werden könnte. Dieser einzige Finanzier in einem monistischen Finanzierungssystem hätte es dann wahrscheinlich auch in der Hand, seine Planungsüberlegungen umzusetzen und damit die Leistungserbringung am „Best Point of Service“ sicherzustellen.

Dieses auf den ersten Blick natürlich logische Modell trifft allerdings auf entscheidende Vorbehalte, die trotz der schon jahrzehntelangen Propagierung der Finanzierung aus einer Hand dazu geführt haben, dass das Finanzierungssystem immer noch dual aufgebaut ist. Abgesehen davon, dass möglicherweise bisher auch politische Machtfragen die Finanzierung aus einer Hand verhindert haben, gibt es schlagende sachliche Gegenargumente. Wünscht man sich nämlich eine Finanzierung aus einer Hand, dann muss auch die Frage beantwortet werden, wer diese eine Hand sein soll, die für die gesamte intra- und extramurale Finanzierung zuständig ist.

In Frage kommt dafür der Staat, also bei Beibehaltung der bisherigen österreichischen Rollenverteilung, die Länder, die die Kompetenz erhalten könnten, intra- und extramuralen Bereich zu finanzieren. Oder anders ausgedrückt: In diesem Fall würde das derzeitige Finanzierungssystem „Bismarck'scher Prägung“ in ein verstaatlichtes Gesundheitssystem umgewandelt, wie wir es durchaus in einer großen Anzahl von europäischen Staaten vorfinden. Die Erfahrung zeigt aber eindeutig, dass verstaatlichte Gesundheitssysteme – wahrscheinlich wegen der Konkurrenz mit anderen vom Staat zu finanzierenden Gemeingütern – viel deut-

licher unter Unterfinanzierung leiden als Systeme, in denen Krankenkassen eingerichtet werden, die gemeinsam mit dem Staat (also im Rahmen eines dualen Finanzierungssystems) für die Kosten der Gesundheitsleistungen aufkommen. Alle diesbezüglichen Untersuchungen kommen daher zum selben Ergebnis: Verstaatlichte Gesundheitssysteme leiden noch viel mehr als Bismarck-Systeme mit Krankenkassen unter Ressourcendefiziten und Wartezeiten und zeigen eine signifikant niedrigere Patientenzufriedenheit. Es ist daher kaum zu erwarten, dass ein verstaatlichtes Gesundheitssystem in Österreich auf Akzeptanz der Bevölkerung hoffen könnte.

Die zweite Variante wäre, die Finanzierung zur Gänze den Krankenkassen zu übertragen (ein derartiges Finanzierungssystem besteht derzeit in Europa nicht). Dabei wird davon auszugehen sein, dass die Belastung mit Sozialversicherungsbeiträgen, also Lohnnebenkosten, kaum gesteigert werden kann. Krankenkassen, die die Gesamtfinanzierung aller Gesundheitsleistungen übernehmen müssten, wären daher in einem erheblichen Ausmaß von Steuersubventionen abhängig und damit wieder von den Prioritäten, die der Staat bei der Verteilung von Steuermitteln auf alle von ihm zu finanzierenden öffentlichen Güter setzen muss. Mehr noch: Da Versorgungsdefizite in einem solchen System wahrscheinlich zunächst nicht dem Staat, sondern den Kassen vorgeworfen würden, wäre zu erwarten, dass eine Unterdotierung des Gesundheitssystems politisch noch leichter fällt als in verstaatlichten Systemen. Dazu kommt, dass bei einer subventionsgestützten Finanzierung über die Kassen wahrscheinlich am ehesten ein Gesamtpauschalbetrag für die Finanzierung des Gesundheitssystems durchsetzbar wäre. Damit wäre aber genau das Gegenteil von dem erreicht, was die Befürworter der Finanzierung aus einer Hand eigentlich anstreben: Der extramurale Bereich käme unter die Räder. Eine pauschale Gesamtfinanzierung des intra- und extramuralen Bereiches würde wohl dazu führen, dass die sicher knappen Mittel primär für die Spitalsfinanzierung verwendet würden, wo die Mehrzahl der akuten vitalen Behandlungen stattfindet und kostenintensive medizinische Neuerungen angeboten werden, während der extramurale Bereich mit dem Rest abgefunden und damit ausgedünnt würde.

Das Mantra der Finanzierung aus einer Hand ist daher nur auf den ersten Blick überzeugend. Denkt man es zu Ende, würde es unweigerlich dazu führen, dass Ausgabenlimits bei der Finanzierung von Gesundheitsleistungen wesentlich leichter als derzeit durchgesetzt werden könnten und damit auch realpolitisch zu erwarten sind. Es ist daher wenig überraschend, dass die aus einer Hand finanzierten europäischen Gesundheitssysteme, nämlich die Beveridge-Systeme (mit verstaatlichtem Gesundheitssystem) durchwegs wesentlich schlechter dotiert sind als Bismarck-Systeme mit Krankenkassen und damit dualer Finanzierung.

3. Das Konzept der Ärztekammern

Die Ärztekammern haben schon vor Jahren ein Modell beschlossen, mit dem versucht wird, die finanzielle Barriere zwischen Spitalsambulanten Leistungen und niedergelassenen Kassenärzten, insbesondere Kassenfachärzten, zu beseitigen, ohne die oben beschriebenen Nachteile des Konzepts der Finanzierung aus einer Hand in Kauf nehmen zu müssen.

Dieses Konzept geht, um die Vorteile der „Bismarck-Konzeption“ des österreichischen Finanzierungssystems nicht zu verlieren, weiterhin von einer dualen Finanzierung durch die gesetzlichen Krankenkassen und den Steuerzahler aus. Im Unterschied zum derzeitigen Modell wird aber vorgeschlagen, den gesamten ambulanten Bereich, also sowohl die Leistungen der Spitalsambulanzen als auch die Leistungen der niedergelassenen Kassenärzte aus einer Hand, konkret durch die Krankenkassen, zu finanzieren.

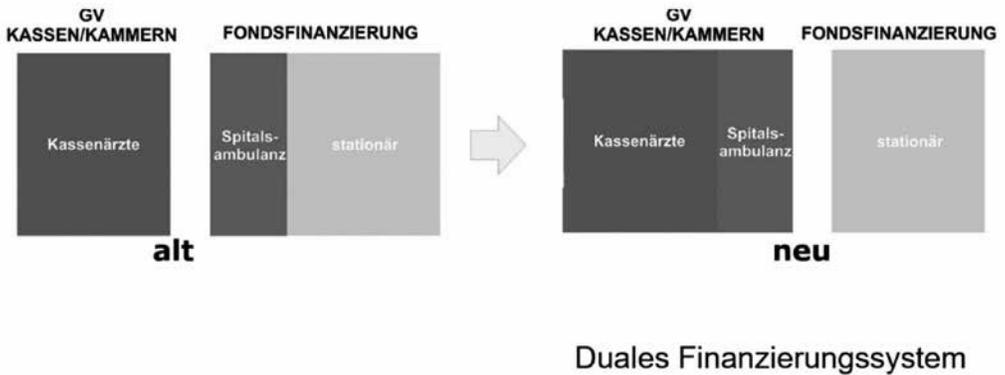


Abb. 2: Ärztekammer-Konzept

Diese Idee ist keineswegs neu, sondern hat sich in anderen Staaten vergleichsweise bewährt. Im Prinzip kennzeichnet das Prinzip der Finanzierung aller ambulanten Leistungen durch eine Hand zumindest die Grundstruktur des Finanzierungssystems in Deutschland. In Deutschland, wo die Finanzierung und Steuerung der ambulanten Leistungen bei den kassenärztlichen Vereinigungen liegt, vergüten diese nicht nur die Kassenleistungen der niedergelassenen Ärzte, sondern kaufen, sofern sie dies medizinisch oder strukturell für notwendig erachten, extramural nicht erbringbare Leistungen bei in den Spitalsambulanzen tätigen Spitalsärzten zu. Empirisch kann man jedenfalls feststellen, dass dieses System der Finanzierung aller Leistungen aus einer Hand dazu geführt hat, dass in Deutschland deutlich weniger Leistungen in Spitalsambulanzen erbracht werden als in Österreich (siehe dazu den Artikel von Greiling, Ansätze zur Verzahnung von intramuraler und extramuraler Krankenversorgung in Deutschland: Erfahrungen und eine kritische Einschätzung, Abschnitt 4).

Diese Konsequenz ist wenig erstaunlich. In Deutschland wurde die Steuerungsverantwortung für ambulante Leistungen zumindest grundsätzlich den Kassenärztlichen Vereinigungen in den einzelnen Bundesländern übertragen. Diese Kassenärztlichen Vereinigungen sind Körperschaften öffentlichen Rechts, die aus den im jeweiligen Bundesland tätigen Kassenärzten bestehen. Diese haben naturgemäß ein Interesse, möglichst viele Leistungen extramural zu finanzieren, sind aber gleichzeitig daran interessiert, völlig unwirtschaftlichen Aufwand zu vermeiden und diesfalls ausnahmsweise Ärzte in den Spitalsambulanzen unter Vertrag zu nehmen.

Eine ähnliche Entwicklung wäre in Österreich erwartbar. Sie würde allerdings voraussetzen, dass – so wie bisher – das Kassensystem nicht ausschließlich von den Kassen, sondern über den Weg des sogenannten Gesamtvertrages paritätisch gemeinsam durch Krankenkasse und Ärztekammer gesteuert wird. Natürlich müsste diese gemeinsame Steuerung des Kassenbereiches, die das österreichische Kassensystem seit Einführung des ASVG geprägt hat, auch dann weiterhin aufrecht bleiben, wenn der gesamte ambulante Bereich über die Kassen finanziert werden würde. Das System ist letztlich auch alternativlos. Die Alternativen, die in den anderen europäischen Staaten mit „Bismarck-Systemen“ bestehen, kommen für Österreich wohl nicht in Frage. Das deutsche System der praktisch gänzlichen Übertragung der Steuerung des ambulanten Systems an die Ärzte selbst (im Wege der Kassenärztlichen Vereinigungen) ist wohl ebenso wenig konsensfähig wie das in den Benelux-Staaten vorgesehene Geldleistungssystem (wo zwar die Steuerung bei den Kassen bleibt, die Ärzte aber prinzipiell ihre Honorare mit den Patienten direkt abrechnen können, vergleichbar unserem Wahlarztssystem).

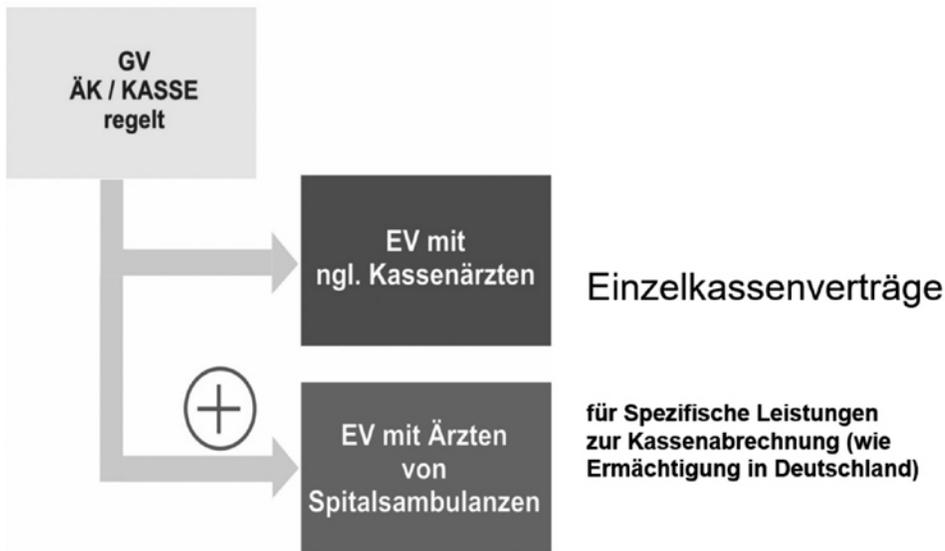


Abb. 3: Verhältnis Gesamtvertrag (GV) zu Einzelvertrag (EV)

Genauso wie bei den deutschen Kassenärztlichen Vereinigungen wäre wohl auch in Österreich zu erwarten, dass eine Steuerung der ambulanten Leistungen im gesamtvertraglich hergestellten Konsens zwischen Krankenkassen und Ärztekammern zu einem Ausbau des extramuralen Bereiches führen würde, ohne allerdings das Prinzip des Best Point Of Service zu verlassen. Im Endergebnis hätten nämlich beide Partner des Systems dieselben Anreize. Die Krankenversicherungsträger haben, um die Erwartungshaltung ihrer Versicherten zu befriedigen, den Druck, wohnortnahe Betreuung anzubieten und damit den extramuralen Bereich auszubauen, gleichzeitig aber den wirtschaftlichen Zwang, Leistungen, die extramural nur ineffizient erbracht werden können, bei den Ärzten in den Spitalsambulanzen zuzukaufen. Nicht anders verhält es sich bei den Ärztekammern. Auch innerhalb der Kammern besteht, sowohl von Seiten der niedergelassenen als auch von Seiten der angestellten Ärzte, die Forderung, den extramuralen Bereich auszubauen und die Spitalsambulanzen zu entlasten, um die Spitalsärzte für die als ihre zentrale Aufgabe empfundene stationäre Versorgung freizuspielen. Gleichzeitig haben natürlich auch die Ärztekammern kein Interesse an Ineffizienzen, weil unnötig aufwändige Leistungen dazu führen, dass sie das Honorarpotential der Ärzteschaft schmälern. Beide Seiten hätten daher ein natürliches Interesse daran, ambulante Leistungen am Best Point of Service anzubieten, wenn auch mit der aus Patientensicht sinnvollen Einschränkung, dass im Zweifel eher einer wohnortnahen und damit extramuralen Versorgung der Vorzug gegeben würde.

Von Seiten der Ärztekammern wird daher seit Jahren vorgeschlagen, das duale Finanzierungssystem zu belassen, allerdings den gesamten ambulanten Bereich durch die Krankenkassen zu finanzieren und der Steuerung durch den paritätischen Gesamtvertrag zwischen Ärztekammern und Krankenkassen zu überantworten. Im Rahmen dieser paritätischen Steuerung würden dann wie bisher Einzelverträge mit niedergelassenen Kassenärzten (bzw. Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten) abgeschlossen werden, darüber hinaus aber neu auch (Teil-)Kassenverträge mit Ärzten in den Spitalsambulanzen zur Sicherstellung und Erbringung jener Leistungen, die extramural aus fachlichen oder infrastrukturellen Gründen nicht sinnvoll erbringbar sind.

Dieses System hätte den Vorteil, dass es die Barriere zwischen der Finanzierung der Spitalsambulanzen und der niedergelassenen Kassenärzte überwinden würde und damit zwischen jenen Anbietern, die schon derzeit eine große Schnittmenge beim Leistungsangebot aufweisen. Gleichzeitig müsste das duale Finanzierungssystem, wie es auch in den anderen Staaten mit Krankenkassen besteht, nicht aufgegeben werden und es wäre damit eine – sonst drohende – Verstaatlichung der Gesundheitsversorgung vermieden.

4. Gegenargumente

Gegen das hier vorgestellte Modell wurden in der Vergangenheit einige Einwände geäußert, die allerdings nicht zutreffend sind.

Zum einen wurde darauf hingewiesen, dass die Krankenversicherungsträger derzeit nur geschätzt ein Drittel der Kosten der Spitalsambulanzen bezahlen und finanziell gar nicht in der Lage wären, die Gesamtkosten zu übernehmen. Dieser Einwand ist natürlich insofern richtig, als die Übernahme der Gesamtfinanzierung für den ambulanten Bereich durch die Krankenversicherungsträger nur möglich ist, wenn diesen auch die entsprechenden finanziellen Mittel zur Verfügung stehen. Technisch scheint dieses Problem allerdings einfach lösbar. Die Krankenversicherungsträger bezahlen derzeit ihren Anteil an der Spitalsfinanzierung durch Pauschalbeträge, getrennt für ambulante und stationäre Leistungen, an den bundesländerweise eingerichteten Landesgesundheitsfonds. Administrativ lösbar wäre daher die Abdeckung des zusätzlichen Finanzbedarfs relativ einfach. Wenn errechnet ist, welchen Finanzierungsbedarf die Übernahme der Gesamtfinanzierung für die Spitalsambulanzen durch die Krankenversicherungsträger auslöst, müsste dieser Betrag von der Pauschalzahlung der Krankenversicherungsträger für stationäre Aufenthalte abgezogen werden. Im Ergebnis käme es daher zu einer kostenneutralen Umschichtung. Was sich die Spitäler an Ambulanzaufwand ersparen würden, würden sie beim Finanzierungsbeitrag für den stationären Bereich verlieren.

Eingewendet wurde ferner, dass mit diesem Modell ein weiteres essentielles Problem für den Ausbau des extramuralen Bereiches bestehen bleibt. Der Zuwachs an Sozialversicherungsbeiträgen und damit der Spielraum, den die Krankenversicherungsträger für den Ausbau des extramuralen Sektors haben, ist an die Entwicklung der Beitragsgrundlagen, also an die Einkommensentwicklung der Versicherten, gekoppelt. Diese Entwicklung läuft aber natürlich nicht parallel zum Anstieg des Bedarfes an extramuralen Leistungen, der einerseits von der Morbidität der Versicherten abhängt, andererseits aber auch sehr vom medizinischen Fortschritt, der es möglich macht, vorher nur stationär erbringbare Leistungen in den ambulanten Bereich zu verschieben. Eine bedarfsgerechte Mittelverschiebung ist zwar derzeit schon in den einschlägigen Gliedstaatsverträgen zur Finanzierung des Gesundheitssystems vorgesehen, allerdings völlig zahnlos, weil dort nur das Gebot verankert ist, bei Leistungsverchiebungen Verhandlungen zwischen den Krankenversicherungsträgern und den Ländern aufzunehmen, diese aber kaum jemals nennenswerte Ergebnisse erbracht haben. Notwendig wäre daher ein wirksamer automatischer Ausgleichsmechanismus. Ein solcher

könnte darin bestehen, dass bei Ausweitung des Leistungsumfanges im ambulanten Bereich eine automatische Reduktion der Fondsfinanzierung durch die Krankenversicherungsträger nach fixen festgelegten Parametern greift und damit wieder der finanzielle Handlungsspielraum der Krankenversicherungsträger zur Finanzierung des extramuralen Bereiches erweitert wird.

Argumentiert wird auch, dass die Wahl des Best Point of Service dadurch verzerrt werden könnte, dass in den Spitalsambulanzen die Infrastruktur, die auch für stationäre Patienten genutzt wird, zu einem zu günstigen Preis beschaffbar wäre. Abgesehen davon, dass es damit bei öffentlichen, aus staatlichen Mitteln unterstützten Krankenanstalten zu rechtlichen Problemen mit dem Beihilferecht der Europäischen Union käme, wäre diese Konsequenz natürlich auch nicht im Sinne des Modelles. Durch das Modell soll es natürlich nicht zu einer künstlichen Kostenverschiebung zu Lasten der für die stationäre Versorgung hauptverantwortlichen Länder kommen. Es ist zwar kaum zu erwarten, dass die Spitals-Rechtsträger, die im Hinblick auf die gesetzlich vorgesehene Abgangsdeckung der wirtschaftlichen Aufsicht durch die Landesregierung unterliegen, ihre Infrastruktur den in den Spitalsambulanzen unter Vertrag genommenen Spitalsärzten zu unangemessen niedrigen Preisen zur Verfügung stellen. Um hier aber Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden, wäre es wohl am sinnvollsten, den Einzelvertrag über spitalsambulante Leistungen zu splitten. Denkbar wäre, schon im Gesamtvertrag (wie dies durchaus bei einigen diagnostischen Positionen auch derzeit bereits geschieht) zwischen ärztlichem Honorar und Sachaufwand zu unterscheiden bzw. dann den angemessenen Sachaufwand direkt den Rechtsträgern zu vergüten.

Zu berücksichtigen ist ferner, dass in Österreich öffentliche Krankenanstalten im Rahmen der Sonderklasse auch Privatpatienten behandeln können und dass diese Einnahmen für öffentliche Krankenanstalten von durchaus beachtlicher Relevanz sind. Die privaten Krankenversicherungen sind daher auch bereit, Leistungen, die aufgrund des medizinischen Fortschrittes nicht mehr stationär erbracht werden müssen, weiterhin zu bezahlen. So gibt es etwa einen immer größer werdenden Katalog von tagesklinischen Operationen, die mit der Privatversicherung abgerechnet werden können, aber auch abrechenbare internistische Leistungen (z.B. die Chemotherapie für onkologische Patienten). Natürlich soll das Finanzierungsmodell diese schon bestehenden Einkunftsöglichkeiten der Krankenanstalten nicht gefährden, weshalb auch bei der Erbringung von spitalsambulantem Leistungen Zuzahlungen durch Privatversicherungen weiterhin möglich sein müssten.

Skeptiker des Ärztekammer-Modells befürchten schließlich, dass dann, wenn die Finanzierungsgrenze nicht mehr zwischen intra- und extramural verläuft,

sondern in die Krankenanstalt „hineinverschoben“ wird, unkontrollierbare Leistungsverschiebungen in Richtung Spitalsambulanz entstünden, um den Abgang aus dem stationären Bereich zu reduzieren. Natürlich wäre auch dies eine völlig unerwünschte Konsequenz, die die Intention der Stärkung des ambulanten extramuralen Bereiches konterkarieren würde. Notwendig wäre daher tatsächlich eine genaue Leistungsabgrenzung bei den Finanzierungszuständigkeiten. So wäre es wahrscheinlich sinnvoll, tagesklinische Leistungen weiterhin aus den für den stationären Bereich gewidmeten Finanzmitteln zu vergüten. Lösbar scheint diese Problematik, indem natürlich nicht nur kalkuliert werden müsste, welchen zusätzlichen Finanzbedarf die Kassen hätten, sondern gleichzeitig auch exakt zu definieren wäre, welche Leistungsarten von den Kassen im Rahmen der ambulanten Finanzierung übernommen werden müssen und welche – allenfalls auch ambulanten Leistungen – weiterhin aus dem prinzipiell nur mehr für den stationären Bereich gedachten Finanzierungstopf der Landesgesundheitsfonds zu vergüten sind.

5. Zusammenfassung

1. Das Ärztekammer-Konzept versucht, bei Aufrechterhaltung der Vorteile der in allen Staaten mit Krankenkassen vorgesehenen dualen Finanzierung von Gesundheitsleistungen das Potential für den Ausbau des extramuralen Bereiches und die Entlastung der Spitalsambulanzen auszuschöpfen.
2. Damit die Erbringung von ambulanten Leistungen am Best Point of Service nicht an der Konkurrenz der Finanziers scheitert, wird vorgeschlagen, den gesamten ambulanten Sektor, also nicht nur die Leistungen der niedergelassenen Ärzte, sondern auch spitalsambulante Leistungen aus einer Hand zu finanzieren.
3. Die Finanzierung des gesamten ambulanten Sektors soll – so wie bisher die Finanzierung des extramuralen Bereiches – durch die Krankenversicherungsträger erfolgen. Um diesen auch die dafür benötigten Mittel zu verschaffen, sollte der Finanzierungsanteil der Krankenversicherungsträger am Aufwand für stationäre Krankenbehandlungen kostenneutral reduziert werden.
4. Die Einbindung der Leistungserbringer, insbesondere der Ärzte, ist grundsätzlich auf drei verschiedenen Wegen möglich, die alle in den europäischen Staaten mit „Bismarck-System“, also mit gesetzlichen Krankenkassen, vorkommen. Denkbar wäre wie in Deutschland die Pauschalhonorierung der Gesamtärzteschaft, die dann die Aufteilung des Gesamthonorars auf die einzelnen Leistungserbringer und damit auch weite Teile der Leistungssteuerung übernimmt. Denkbar wäre ein System wie in den Benelux-Staaten, wo – vergleichbar unserem Wahlarztssystem – grundsätzlich die Honorarbeziehung nur zwischen Arzt und Patienten besteht und die Kassen einen von ihnen festgelegten Rückersatz leisten. Und denkbar ist schließlich das in Österreich seit Jahrzehnten bestehende System der „sozialpartnerschaftlichen“ Steuerung des ambulanten Bereiches durch Gesamtverträge, die zwischen Krankenversicherungsträgern und Ärztekammern vereinbart werden. Da kaum vorstellbar ist, dass ein Konsens über eine Einführung von Kassenärztlichen Vereinigungen wie in Deutschland oder eines generellen Wahlarztssystems wie in den Benelux-Staaten bei uns erreichbar ist, besteht schon aus diesem Grund die Notwendigkeit, am bisherigen Gesamtvertragssystem festzuhalten. Das bedeutet im Zusammenhang mit dem Ärztekammer-Modell, dass die Steuerung und Honorierung des gesamten ambulanten Sektors (also im Modell nicht nur der in den kassenärztlichen Ordinationen, sondern auch in den Spitalsambulanzen erbrachten Leistungen) gesamtvertraglich zwischen Ärztekammern

und Krankenkassen geregelt werden müsste. Es wäre allerdings zu erwarten, dass beide Systempartner Interesse haben, das mit dem Modell angestrebte Ziel der Ambulanzentlastung und der Stärkung des extramuralen Bereiches zu erreichen. Die Krankenkassen stehen unter dem Druck ihrer Versicherten, Leistungen möglichst wohnortnahe anzubieten, haben aber umgekehrt aus wirtschaftlichen Gründen Interesse daran, extramural nicht zu vernünftigen wirtschaftlichen Bedingungen erbringbare Leistungen in Spitalsambulanzen zuzukaufen. Ebenso erwarten sowohl die Spitals- als auch die niedergelassenen Ärzte von ihren Ärztekammern, dass sie sich um Entlastung der Spitalsambulanzen und Ausbau des extramuralen Bereiches bemühen. Es kann daher mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass das vorgeschlagene Modell tatsächlich dazu führen würde, in beträchtlichem Umfang Leistungen aus den Spitalsambulanzen in den extramuralen Bereich zu verlagern.

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.*

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

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.¹

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

¹ Laimböck (2009), S. 139

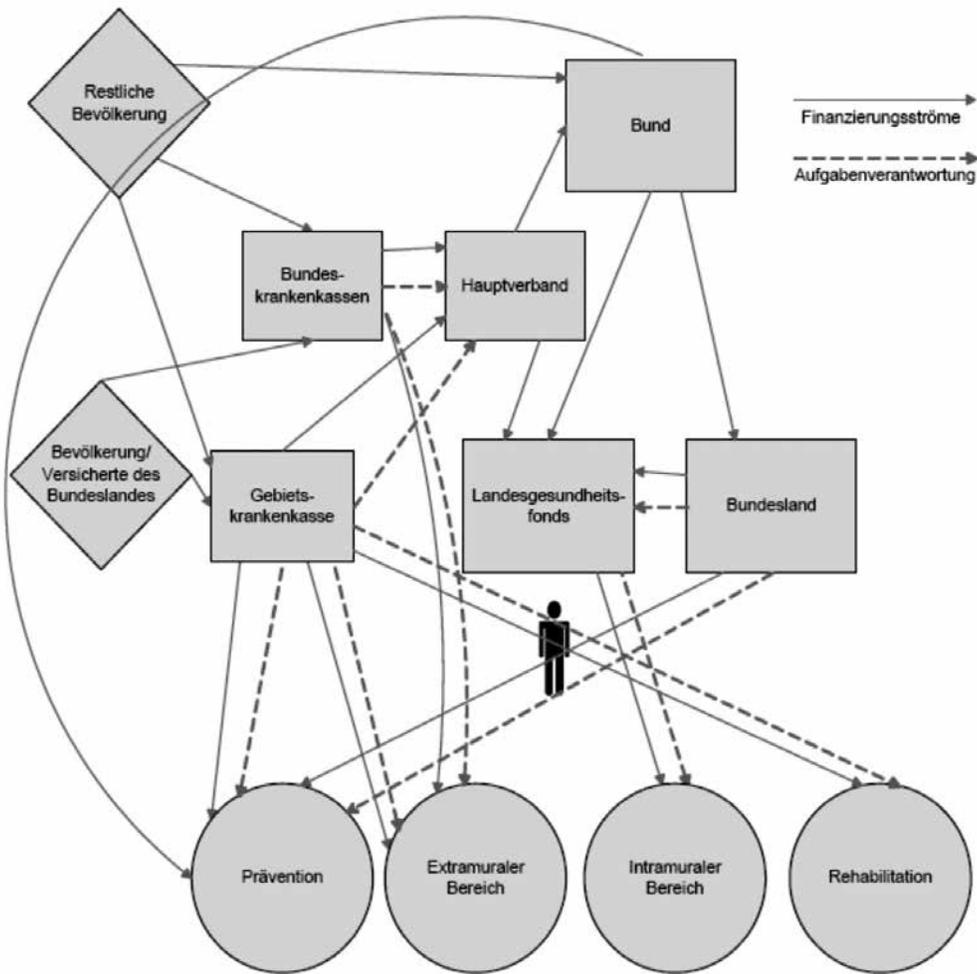


Abbildung 1: Status quo der Finanzierung des Gesundheitssystems²

² 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.³ 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 2017⁴

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. Euro⁵, 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.⁶

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 %.⁷ 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.

6 Laimböck (2009), S. 143

7 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.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 kritisierte in seinem Bericht vor allem die Mehrkosten für die Patienten (täglicher Kostenbeitrag, Tagespauschale).⁹ 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.¹⁰ 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 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 Kosten-

8 Laimböck (2009), S. 150f.

9 Der Rechnungshof (2011), S. 111

10 Laimböck (2009), S. 154

11 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.¹²

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.¹³ 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.

¹² Dörner (Hrsg.) (2009), S. 174

¹³ 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.¹⁴ 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.¹⁵

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 2012¹⁶ 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

¹⁶ 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.

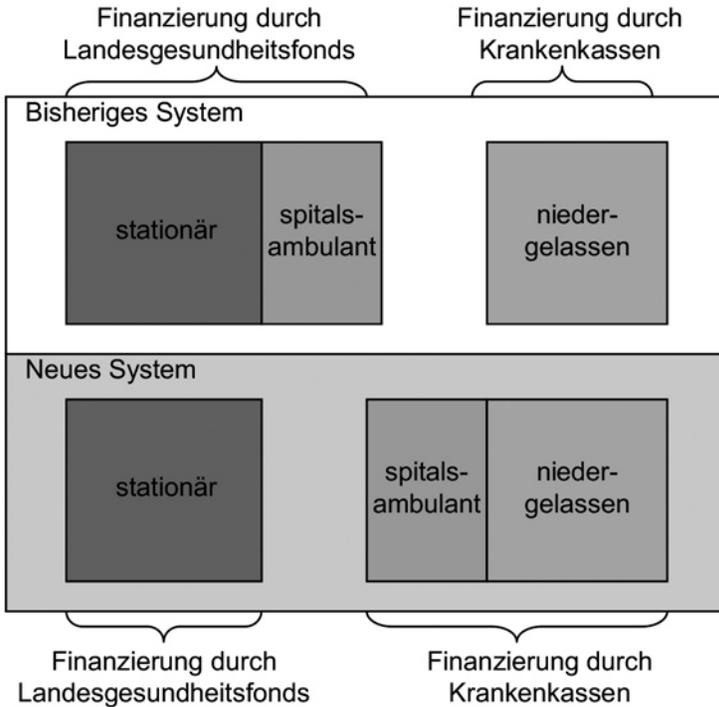


Abbildung 2: Finanzierungsmodell stationär/ambulant – alt und neu¹⁷

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.¹⁸

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

18 Cypionka 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 Hausarzt-systems. 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 Hausrücklass¹⁹ 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

¹⁹ 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 Evaluierung²⁰ 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 Evaluierung²¹ 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.²² Die stationäre Versorgung in den landesfondsfinanzierten Krankenanstalten kostete 2017 rd. 10,49 Mrd. Euro, die spitalsambulante Versorgung rd. 2,28 Mrd. Euro.²³ 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 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, 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.

Univ.-Prof.in Dr.in Dorothea Greiling

Institut für Management Accounting, Johannes Kepler Universität, Linz

Ansätze zur Verzahnung von intramuraler und extramuraler Krankenversorgung in Deutschland: Erfahrungen und eine kritische Einschätzung

Abbildungsverzeichnis	96
Tabellenverzeichnis	97
Abkürzungsverzeichnis	98
1. Problemstellung und Ausgangslage	99
2. Motive für eine sektorenübergreifende Versorgung	110
3. Gesetzgeberische Maßnahmen zur sektorübergreifenden Versorgung	111
4. Kritische Bewertung und zusammenfassende Schlussfolgerungen	142
Literaturverzeichnis	151

Die Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung steht seit mehr als drei Jahrzehnten auf der Agenda des bundesdeutschen Gesetzgebers. Das diesbezügliche Angebot reicht von einer Ermächtigung von Krankenhäusern und Spitalärzten im Fall von extramuralen Versorgungslücken über Spitalambulanzen, die Flexibilisierung vollstationärer Leistungsangebote und den Ausbau von spezialisierten Spitalambulanzen für bestimmte Personengruppen bis hin zum ambulanten Operieren und bisher wenig versorgungsrelevanten weiteren Formen der Leistungsverlagerung in den extramuralen Bereich. Im Vergleich zu Österreich ist der Anteil der Vergütung nach extramuralen Kriterien höher. Eine gemeinsame Kapazitätsplanung und einheitliche Qualitätsmaßstäbe für die sektorenübergreifende Versorgung sowie eine durchgängig einheitliche Vergütung stehen in Deutschland noch aus.

Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner, 2000 und 2015 (oder letztes verfügbares Jahr) Quelle: Greiling 2019, auf Basis von OECD-Daten aus dem Jahr 2017, S. 38
- Abbildung 2: Verteilung der Ärzte auf die Sektoren Quelle: Nagel u.a. 2017, auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes, S. 19
- Abbildung 3: Verteilung der Vertragsärzte Quelle: Nagel u.a. 2017, auf Basis von Daten des Kassenarzregisters, S. 20
- Abbildung 4: Unterversorgte und überversorgte Gebiete (Stand 31.12.2016) Quelle: Nagel u.a. 2017, auf Basis von Umfragedaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, S. 28
- Abbildung 5: Jahresergebnis deutscher Krankenhäuser 2017 Quelle: Deutsches Krankenhausinstitut 2018, S. 6
- Abbildung 6: Jahresergebnis deutscher Krankenhäuser nach Größenklassen Quelle: Deutsches Krankenhausinstitut 2018, S. 7
- Abbildung 7: Entwicklung der deutschen Spitallandschaft im Zeitverlauf 2007 bis 2017 in Prozent Quelle: Bölt 2019, S. 258
- Abbildung 8: Trägerstruktur und Bettenverteilung nach den Krankhasträgern 2017 Quelle: Bölt 2019, S. 259
- Abbildung 9: Entwicklung zentraler Krankenhausindikatoren 2007 bis 2017 (2007 = 100) Quelle: Bölt 2019, S. 250
- Abbildung 10: Entwicklung der KHG-Finanzierung im Zeitverlauf Quelle: Augurtzky und Pilny 2019, S. 186
- Abbildung 11: Einwicklung der Personalausstattung und der Fallauslastung 1991 bis 2015 Quelle: Geraedts 2017, S. 88 und 89
- Abbildung 12: Entwicklung des Belegarztwesens im Zeitverlauf Quelle: Nagel u.a. 2017, S. 38
- Abbildung 13: Ambulante Notfälle je 1000 GKV Versicherte Quelle: SVR 2018, S. 568
- Abbildung 14: Ambulante Notfälle nach Alter und Behandlungsort Quelle: SVR 2018, S. 569
- Abbildung 15: Anlaufstellen der Patienten außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten Quelle: SVR 2018, S. 570
- Abbildung 16: Entwicklung der vollstationären Fälle nach Aufnahmeanlass Quelle: SVR 2018, S. 577
- Abbildung 17: Stationäre Notaufnahmen und deren Anteil an den Gesamtnotfällen Quelle: SVR 2018, S. 339
- Abbildung 18: Vollsomatische stationäre Krankenhaufälle nach Verweildauer (2009 und 2014) Quelle: Leber und Wasem 2016, S. 7
- Abbildung 19: Entwicklung der ambulanten Operationen im Zeitverlauf Quelle: Nagel u.a. 2017, auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes, S. 19
- Abbildung 20: Umsetzung der ASV bis 2019 Schmedders 2019, S. 20

Abbildung 21: Verteilung der ambulanten Ausgaben auf den extra- und intramuralen Bereich in Deutschland, Stand 2016 (Gesamtvolumen 44,7 Mrd. Euro); Berechnung durch den SVR Quelle: SVR 2018, S.107

Abbildung 22: Modell des deutschen Gesundheitsministeriums zur Reform der Notfallversorgung Quelle: Homepage des deutschen Gesundheitsministeriums

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Chronologischer Überblick über die Rechtsformen der Sektorenverzahnungen seit 1955 Quelle: Eigene Zusammenstellung auf Basis von Leber und Wasem 2016, S. 15 und Nagel u.a. 2017

Tabelle 2: Verteilung ambulanter Notfälle auf Wochentage und Leistungserbringergruppen Quelle: Drähter und Schäfer 2017, S. 31

Tabelle 3: Entwicklung der Verteilung des Leistungsangebots 2005 bis 2017 Quelle: Bölt 2019, S. 268

Tabelle 4: Ausgabenvolumina ambulanter Krankenhausleistungen Quelle: Leber und Wasem 2016, S. 19

Tabelle 5: Vergütungssysteme für ambulante Krankenhausleistungen Quelle: in Anlehnung an Leber und Wasem (2016), S. 20

Abkürzungsverzeichnis

AVS	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
BIP	Bruttoinlandsprodukt
COPD	Chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen
DMP	Disease Management Programm(e)
DRG	Diagnosis Related Group
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
Erw.	Erwachsene
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GKV	Gesetzliche Krankenkasse
GiT	Gastrointestinale Tumore
Gyn	Gynäkologische Tumore
IGES	Beratungsinstitut für Infrastruktur- und Gesundheitsfragen
KH	Krankenhaus
KHEntG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KJ	Statistikteil für die GKV im Rahmen der GBE
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MammaCa	Mammakarzinom
Mrd.	Milliarden
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PH	Pulmonalen Hypertonie
PKV	Private Krankenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
Subsp.	Subspecies
TBC	Tuberkulose
Uro	Urologische Tumore
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

1. Problemstellung und Ausgangslage

Die Trennung der ambulanten und stationären Versorgung hat in Deutschland seine Wurzeln in der Weimarer Zeit und ist im Nachkriegsdeutschland durch das Gesetz über das Kassenarztrecht 1955 verankert worden.¹ Seit Ende der 1980er Jahre ist ein Eckpfeiler der deutschen Gesundheitspolitik, die Sektorengrenzen zwischen akut-stationärer Krankenversorgung einerseits und der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung zu lockern. Beispiele hierfür sind die Einführung einer vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus, das ambulante Operieren, verschiedene Formen von Institutsambulanzen im Krankenhaus, Formen der integrierten Versorgung und die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (AVS). Die Hauptintention ist es, teure stationäre Leistungen auf ein Minimum zu reduzieren und durch kostengünstigere ambulante Leistungen zu ersetzen und somit das Postulat „ambulant vor stationär“ zu etablieren.

Die Abgrenzung zwischen ambulanter (extramuraler) und stationärer (intramuraler) Leistungen erfolgt traditionell auf Basis des Ortes der Leistungserbringung, d.h. jenen Gesundheitsversorgungsleistungen die außerhalb der Kliniken erbracht werden.² Neben der ambulanten hausärztlichen Leistung, den ambulanten fachärztlichen Leistungen und den ambulanten ärztlichen Leistungen und den Leistungen der ambulanten ärztlichen Notfallversorgung zählen dazu auch psychotherapeutische Leistungen, die Arzneimittelversorgung und die Heil- und Hilfsmittelversorgung. In Deutschland haben die gesetzlich versicherten Patienten grundsätzlich eine Wahlfreiheit bei der Inanspruchnahme extramuraler ärztlicher Leistungen, sofern sie nicht diese Wahlfreiheit selber durch die Teilnahme an einem krankenkassenspezifischen Disease-Management-Programm (DMP) oder im Rahmen eines besonderen Versorgungsangebotes eingeschränkt haben.

Die stationäre Krankenhausversorgung ist aufgrund der 24-stündigen medizinischen und pflegerischen Vorhalteleistungen und der mit der Unterbringung und Verpflegung der Patienten verbundenen Hotelleistungskomponente die teurere Versorgungsform. Grundsätzlich gilt, dass Patienten primär ambulant versorgt werden sollten. Das Postulat „ambulant vor stationär“ ist in § 39 des deutschen Sozialgesetzbuchs (SGB) V verankert. Dort ist festgelegt, dass Versicherte einen

1 vgl. Leber und Wasem 2016, S. 3

2 vgl. Nagel u.a. 2017, S. 11

Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung durch ein zugelassenes Krankenhaus haben,

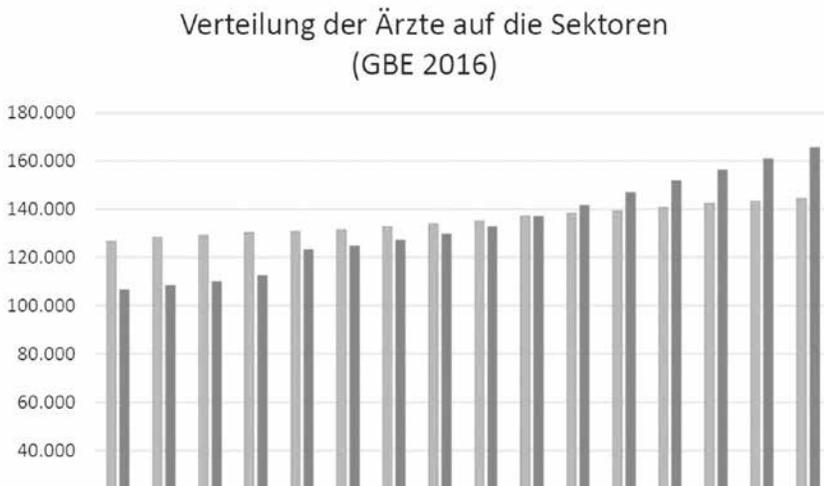
„wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann“ (§ 39 Abs. 1, Satz 2 SGB V).

Ergänzend verpflichtet § 73 Abs. 4 SGB V die Vertragsärzte dazu, dass eine Krankenhausbehandlung nur verordnet werden darf,

„wenn eine ambulante Versorgung der Versicherten zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolgs nicht ausreicht. Die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ist bei der Verordnung zu begründen. In der Verordnung von Krankenhausbehandlung sind in den geeigneten Fällen auch die beiden nächsterreichbaren, für die vorgesehene Krankenhausbehandlung geeigneten Krankenhäuser anzugeben.“³

Die Diskussion um die Umsetzung des Postulats „ambulant vor stationär“ erfolgt vor dem Hintergrund eines im internationalen Vergleich spitallastigen Angebots. Dies ist eine Gemeinsamkeit des deutschen und österreichischen Gesundheitswesens, wie Abb. 1 zeigt.

Abbildung 1: Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner, 2000 und 2015 (oder letztes verfügbares Jahr)

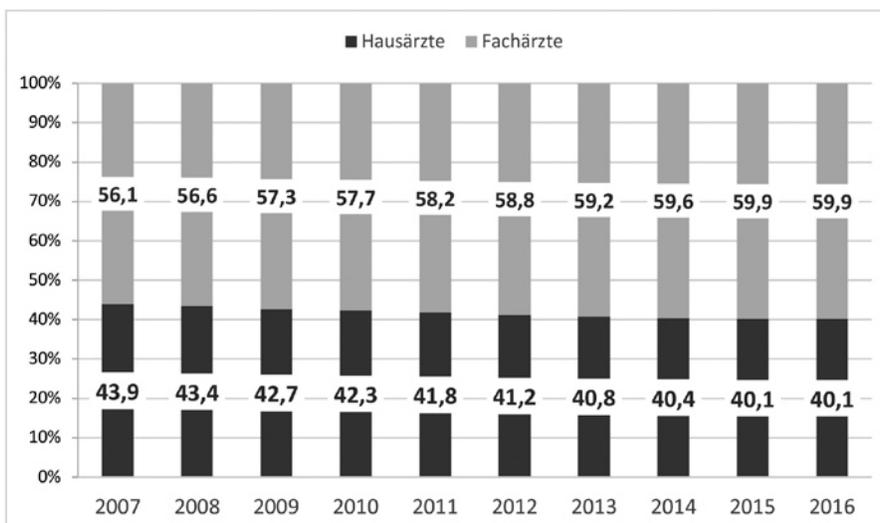


Quelle: Greiling 2019, auf Basis von OECD-Daten aus dem Jahr 2017, S. 38

3 § 73 Abs. 4 SGB V

Abb. 2 gibt einen Überblick über die Entwicklung der im Krankenhaus tätigen Ärzte und der niedergelassenen Ärzte in Deutschland. Die Anzahl der im Krankenhaus angestellten Ärzte und Ärztinnen ist in Deutschland höher als die Anzahl der Ärzte im ambulanten Bereich. Eine weitere Gemeinsamkeit des deutschen und des österreichischen Gesundheitswesens ist die doppelte Facharztstruktur. Anders als in den Niederlanden sind Fachärzte sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Krankenversorgung tätig. Im niedergelassenen Bereich sind mehr Fachärzte, d.h. Ärzte mit Gebietsbezeichnung, als Hausärzte (inklusive der Internisten mit hausärztlicher Zulassung) tätig, wie Abb. 3 zu entnehmen ist.

Abbildung 2: Verteilung der Ärzte auf die Sektoren

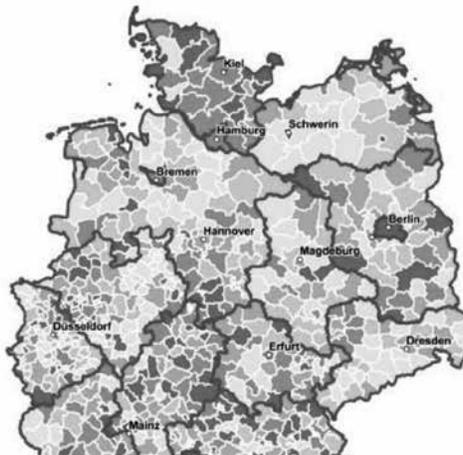


Quelle: Nagel u.a. 2017, auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes, S. 19

Abbildung 3: Verteilung der Vertragsärzte

Hausärzte, Versorgungsgrad in %, Mittelbereiche, 2016

- von 60,0 bis 96,3
- von 96,3 bis 104,1
- von 104,1 bis 109,5
- von 109,5 bis 115,5
- von 115,5 bis 206,0



Quelle: Nagel u.a. 2017, auf Basis von Daten des Kassenarzregisters, S. 20

Innerhalb der ambulanten ärztlichen Versorgung gibt es zwei zentrale Problem-
bereiche: erstens die zurückgehende Bereitschaft, eine Praxis im ländlichen
Raum zu übernehmen, und zweitens die teilweise massiven Nachwuchspro-
bleme der hausärztlichen Versorgung. Auch hier ist wieder die Situation im
ländlichen Raum dramatischer. Zentrale Herausforderungen der hausärztlichen
Versorgung sind⁴

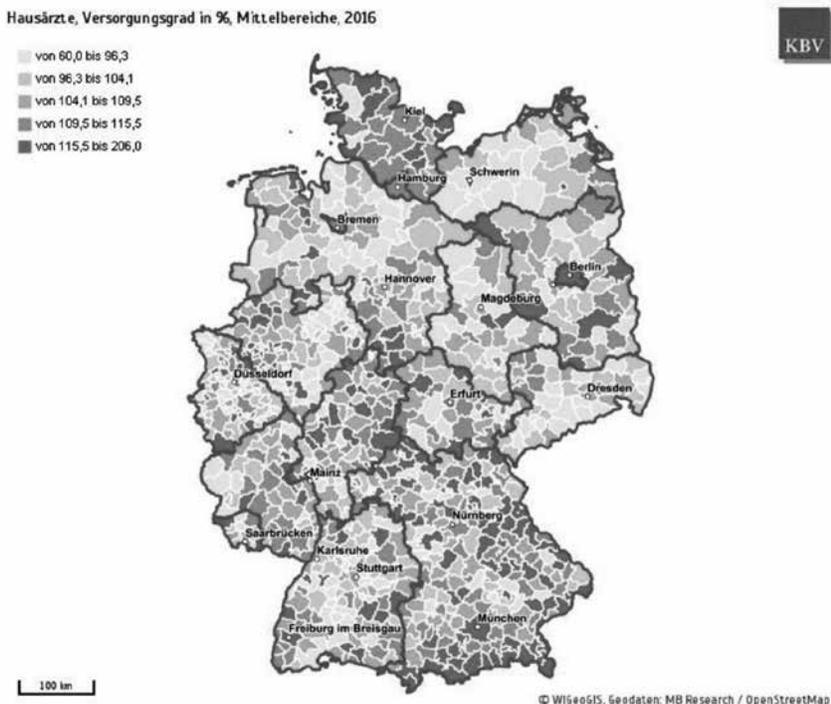
- die Altersstruktur: ein Drittel der Hausärzte ist älter als 60 Jahre,
- eine Diskrepanz zwischen Neuzulassungsbedarf (rund 2.000) und tatsächlichen Neuzulassungen (600 bis 700) pro Jahr,
- die sinkende Niederlassungsbereitschaft im ländlichen Raum,
- Veränderungen im Berufsbild und den Berufserwartungen mit einer zurückgehenden Attraktivität der Einzelpraxis.

Unterversorgte Gebiete gehören in Deutschland heute trotz zahlreicher Initiati-
ven, wie die Möglichkeit der Eröffnung von Filialpraxen bzw. Gruppenpraxen, die
Etablierung von medizinischen Versorgungszentren, die Teilzeitarbeit und Ver-
tretung in der Familienphase, die Aufhebung der Altersgrenze von 68 Jahren für
eine Vertragsarztzulassung, die Aufhebung der Residenzpflicht, das Aussetzen

⁴ vgl. Nagel u. a. 2017, S. 16

der Mengenabstaffelung von ärztlichen Leistungen in unterversorgten Gebieten sowie das Setzen finanzieller Anreize für die Niederlassung im ländlichen Raum und zur Schaffung von Weiterbildungsstellen für Allgemeinmediziner, zur versorgungspolitischen Realität in Deutschland.⁵ Eine Bestandsaufnahme der hausärztlichen Unterversorgung aus dem Jahre 2016 enthält Abb. 4.

Abbildung 4: Unterversorgte und überversorgte Gebiete (Stand 31.12.2016)



Quelle: Nagel u.a. 2017, auf Basis von Umfragedaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, S. 28

Auch der deutsche Krankenhaussektor hat seit Beginn der gesetzgeberischen Initiativen zur Lockerung der Versorgungsgrenzen einen massiven Wandel durchgemacht. Als einschneidendste Reform ist sicherlich die Umstellung von Tagespauschalen auf die Vergütung in Form der Diagnosis Related Groups (DRGs) für die Vergütung der Betriebskosten anzusehen, die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 erfolgte. Das Selbstkostendeckungsprinzip war schon 1986 abgeschafft worden und wird jetzt im Bereich der Pflege wieder eingeführt. Heute kämpfen nicht nur kleine Krankenhäuser mit finanziellen Problemen. Laut

⁵ vgl. Nagel u.a. 2017

Angaben des Krankenhausbarometers 2018 sind knapp ein Drittel der deutschen Krankenhäuser defizitär (siehe Abb. 5).

Abbildung 5: Jahresergebnis deutscher Krankenhäuser 2017

Jahresergebnis der Krankenhäuser 2017
(Krankenhäuser in %)

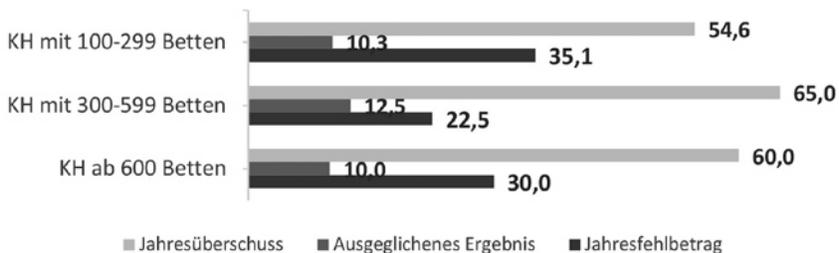


Quelle: Deutsches Krankenhausinstitut 2018, S. 6
© Deutsches Krankenhausinstitut

Waren es früher primär Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, sind auch heute sehr große Spitäler nicht immer kostendeckend (siehe Abb. 6).

Abbildung 6: Jahresergebnis deutscher Krankenhäuser nach Größenklassen

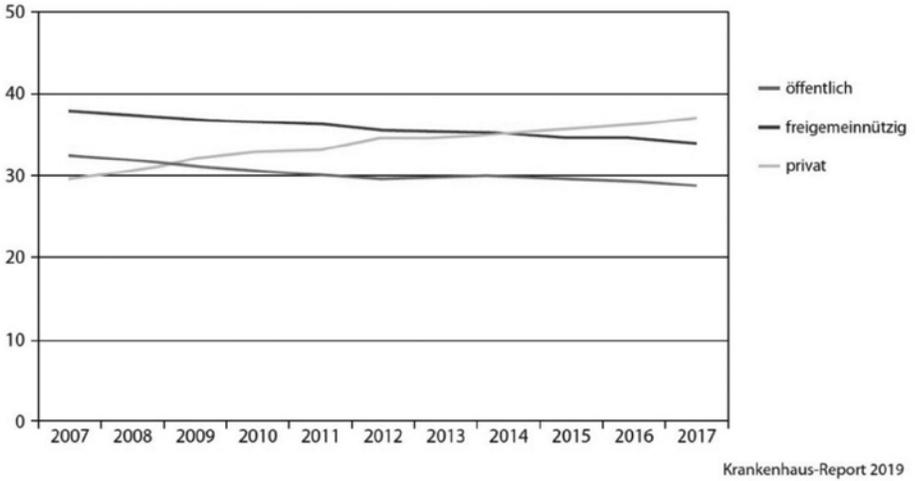
Jahresergebnis der Krankenhäuser 2017 nach Bettengrößenklassen
(Krankenhäuser in %)



Quelle: Deutsches Krankenhausinstitut 2018, S. 7
© Deutsches Krankenhausinstitut

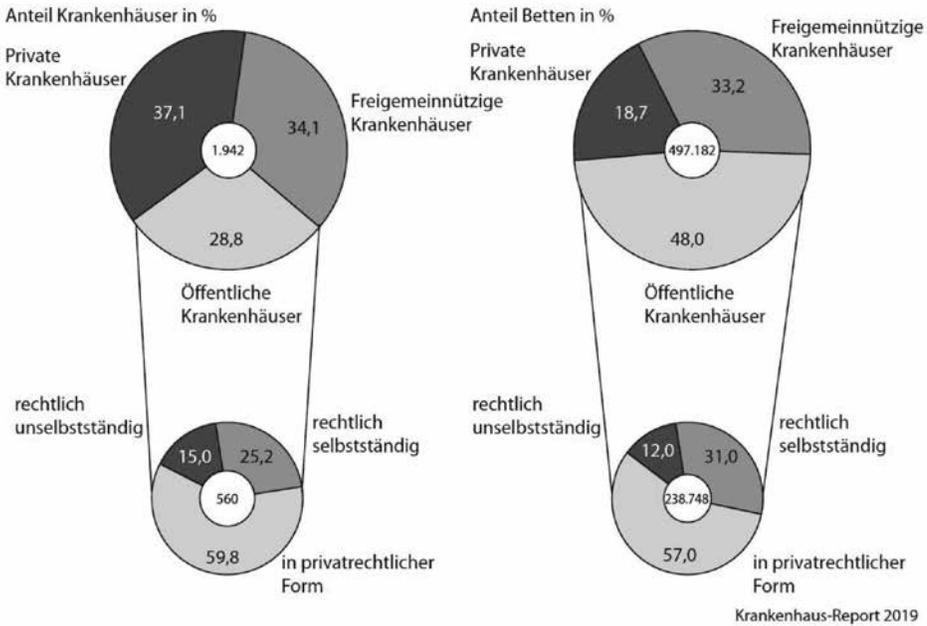
Wie Abb. 7 zeigt, hat sich in den vergangenen drei Jahrzehnten zudem durch das Vordringen privat-kommerzieller Krankenhausträgerketten (z.B. Sana Kliniken, Asklepios Kliniken, Helios Kliniken) eine deutliche Marktanteilsverschiebung zugunsten privat-kommerzieller Träger vollzogen, auch wenn die Mehrzahl der Spitalbetten in Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft steht (siehe Abb. 8).

Abbildung 7: Entwicklung der deutschen Spitallandschaft im Zeitverlauf 2007 bis 2017 in Prozent



Quelle: Bölt 2019, S. 258

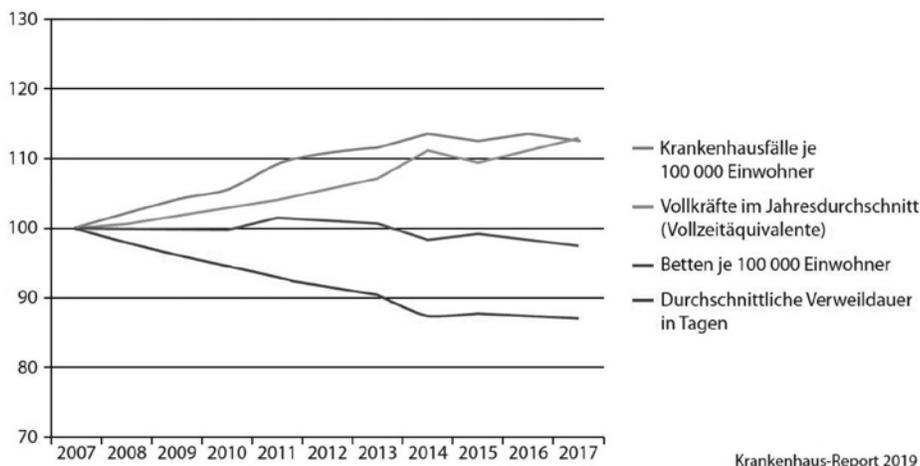
Abbildung 8: Trägerstruktur und Bettenverteilung nach den Krankhaus-trägern 2017



Quelle: Bölt 2019, S. 259

Die Entwicklung zentraler statistischer Kenngrößen deutscher Spitäler im Zeitverlauf ist Abb. 9 zu entnehmen. Bei einer deutlichen Verweildauerkürzung ist die Anzahl der Krankenhaufälle deutlich gestiegen.

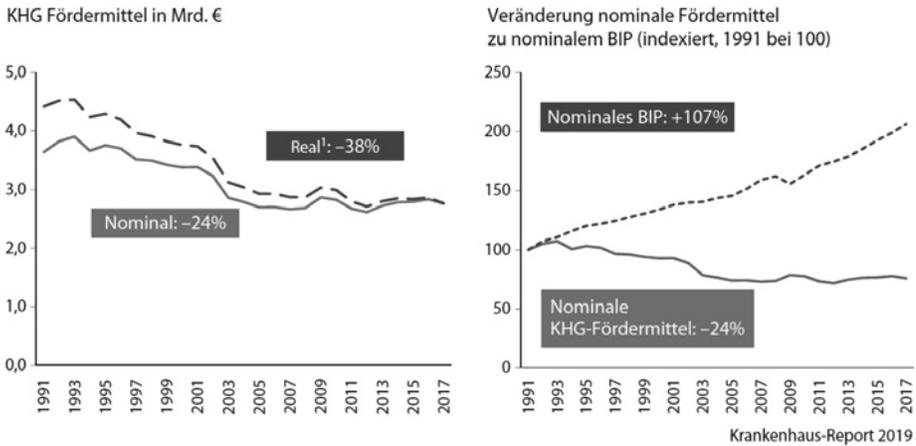
**Abbildung 9: Entwicklung zentraler Krankenhausindikatoren 2007 bis 2017
(2007 = 100)**



Quelle: Bölt 2019, S. 250

Eine zunehmend größere Herausforderung in deutschen Spitälern ist der Rückgang der öffentlichen Investitionsfördermittel. Im Rahmen der dualen Finanzierung haben deutsche Spitäler, welche in die Landeskrankenhauspläne als bedarfsnotwendig aufgenommen wurden, einen Anspruch auf öffentliche Investitionsfördermittel. Realiter ist dieser von ehemals 10 % in den 1990er Jahren auf 3,5 % des Gesamtumsatzes gesunken. Diese Problematik wird seit langem als Investitionsstau diskutiert, wobei die einzelnen Bundesländer und die verschiedenen Krankenhausträger unterschiedlich betroffen sind. Jahrelang hat das bevölkerungsintensivste Bundesland Nordrhein-Westfalen besonders schlecht im Vergleich zu den besser fördernden Südländern (Bayern und Baden-Württemberg) abgeschnitten. Die privat-kommerziellen Krankenhausträger haben früher damit begonnen, alternative Finanzierungsmittel für Investitionen zu lukrieren. Die Entwicklung der öffentlichen Investitionsfördermittel im Zeitverlauf ist Abb. 10 zu entnehmen. Es zeigt sich ein realer Rückgang um 38 % und ein nominaler Rückgang um 24 %.

Abbildung 10: Entwicklung der KHG-Finanzierung im Zeitverlauf



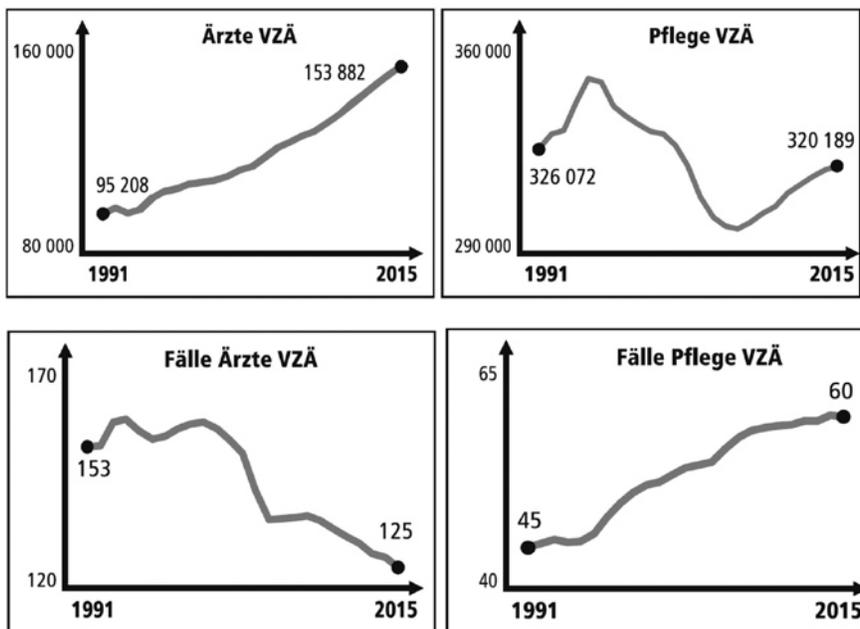
Quelle: Augurtzky und Pilny 2019, S. 186

Ein derzeit wieder aktuelles Problem ist die Diskussion um die Personalausstattung im Pflegebereich. Während im ärztlichen Bereich im Vergleich zur Fallzahlentwicklung eine Verbesserung der Personalausstattung in den vergangenen Jahrzehnten erfolgte, hat sich die Personalausstattung im Pflegebereich verschlechtert.⁶ Es ist im pflegerischen Bereich zu einer deutlichen Arbeitsverdichtung gekommen, was dazu führt, dass in Deutschland im internationalen Vergleich die Anzahl der durch eine Pflegekraft betreuten Patienten besonders hoch ist.⁷

6 vgl. Geraedts 2017, S. 92

7 vgl. Geraedts 2017, S. 93

**Abbildung 11: Einwicklung der Personalausstattung und der Fallauslastung
1991 bis 2015**



Quelle: Geraedts 2017, S. 88 und 89

Im Anschluss an diese kurze Beschreibung der deutschen Ausgangslage, in der das Postulat „ambulant vor stationär“ (oder in österreichischer Diktion „extramural vor intramural“) umgesetzt werden soll, werden in Punkt 2 die Motive für eine sektorenübergreifende Versorgung dargestellt, bevor Punkt 3 einen Überblick über zahlreiche Initiativen des deutschen Gesetzgebers zur Überwindung der Sektorengrenzen gibt. Daran schließen sich eine kritische Bewertung sowie zusammenfassende Schlussfolgerungen in Punkt 4 an.

2. Motive für eine sektoren- übergreifende Versorgung

Die Motive für eine sektorenübergreifende Versorgung lassen sich in zwei Gruppen einteilen. Der erste Argumentationsstrang betont die Kosteneffizienz. Hier steht im Zentrum, dass bei einer ambulanten Leistungserstellung die Unterbringungskosten und die Notwendigkeit einer durchgängigen 24-Stunden-Betreuung wegfallen. Unter Kosteneffizienzgesichtspunkten erfolgte ab Ende der 1980er Jahre die Flexibilisierung des stationären Leistungsangebots um kostengünstigere teil-, vor- und nachstationäre Leistungen sowie die Einführung des ambulanten Operierens. Später wurde dies um explizite Angebote zur Leistungsverlagerung in den extramuralen, primär fachärztlichen Bereich ergänzt, wie beispielsweise die AVS oder die nie implementierten Praxiskliniken. Ein aktuell sehr intensiv diskutiertes Thema ist die Neugestaltung der Notfallversorgung, da in den vergangenen Jahren auch in Deutschland die Spitalsambulanzen immer stärker frequentiert wurden. Die Implementierung des Postulats „ambulant vor stationär“ wird unter Systemeffizienzaspekten als Beitrag zur Vermeidung einer Überversorgung diskutiert. Eine Überversorgung liegt vor, wenn Patienten auf einer zu hohen Versorgungsstufe versorgt werden. Hierbei geht es primär um die Vermeidung von unnötigen vollstationären Krankenhausaufenthalten, d.h. jenen, die nicht medizinisch geboten sind, weil eine ambulante Leistungserstellung ausreicht. In diesem Kontext wird in Deutschland und in Österreich das unnötige Aufsuchen von Spitalsambulanzen diskutiert, obwohl eine hausärztliche Versorgung zu normalen Praxisöffnungszeiten ausreichen würde. Ebenfalls der Gruppe der Effizienzargumente ist jenes der Vermeidung von Doppeluntersuchungen zuzurechnen.

Ein zweiter Argumentationsstrang setzt an der Sicherung der Versorgungskontinuität und den Qualitätsaspekten an. Es geht es um eine effektive Patientenversorgung. Inhaltlich zählen zu dieser Gruppe Angebote, die eine Leistungserbringung für Spitäler vorsehen, wenn kein ausreichendes ambulantes Angebot vorhanden ist. Für diese Fälle ist eine in aller Regel zeitlich begrenzte Ermächtigung von Spitalern, Spitalsabteilungen oder Spitalsärzten vorzusehen oder aber es erfolgte die Einrichtung von spezialisierten Spitalsambulanzen. Erst ab den 2000er-Jahren kamen Angebote wie DMP oder integrierte Versorgungsangebot hinzu, welche die sektorenübergreifende Versorgungskontinuität für bestimmte Personengruppen sichern sollen. Es sind Versorgungsbrüche durch eine unkoordinierte Leistungserstellung zwischen dem extra- und intramuralen Bereich im

Interesse des Patientenwohls zu vermeiden. Eine besondere Aufmerksamkeit gilt dabei chronisch kranken Patienten und Patientinnen. Ab den 2000er Jahren begann auch das Argument an Bedeutung zu gewinnen, dass der medizinische und medizintechnische Fortschritt eine ambulante Leistungserbringung in jenen Bereichen ermöglicht, in denen traditionell eine vollstationäre Versorgung erfolgte. Neben angebotsseitigen Argumenten wird in jüngerer Zeit auch mit der Förderung des Patientenwohls argumentiert. So findet sich im aktuellen Gutachten des SVR das Argument, dass die bessere sektorenübergreifende Versorgung nicht nur effektiver sei, sondern auch den Patientenpräferenzen entspricht.⁸

3. Gesetzgeberische Maßnahmen zur sektorübergreifenden Versorgung

3.1. Gesetzgeberische Maßnahmen im Zeitverlauf

Seit 1989 gibt es im deutschen SGB V die Verpflichtung zu einer Verzahnung des intra- und extramuralen Versorgungsangebots in Deutschland. Die Verantwortung liegt dabei auf der Ebene der Selbstverwaltungsträger in den 16 Bundesländern. § 115 SGB V sieht vor, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausesgesellschaft oder die Vereinigungen der Krankenhausträger in einem Bundesland gemeinsame dreiseitige Verträge abschließen, um durch eine Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern eine nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten zu gewährleisten.

Gegenstand der dreiseitigen Verträge auf Landesebene sind nach § 115 Abs. 2 SGB V insbesondere

- die Förderung des Belegarztwesens und die (nie implementierten) Praxiskliniken,

⁸ vgl. SVR 2018, S. 364

- die gegenseitige Unterrichtung über die Behandlung der Patienten sowie über die Überlassung und Verwendung von Krankenunterlagen,
- die Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes,
- die Durchführung einer vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach § 115a, einschließlich der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Verhinderung von Missbrauch,
- die allgemeinen Bedingungen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus und
- ergänzende Vereinbarungen zu Voraussetzungen, Art und Umfang des Entlassungsmanagements.

Die in den vergangenen 30 Jahren vorgenommenen gesetzgeberischen Maßnahmen der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung lassen sich in vier Untergruppen einteilen:

- Ergänzung der vertragsärztlichen (extramuralen) Versorgung durch ermächtigte Krankenhausärzte bzw. ermächtigte Krankenhausabteilungen inklusive der Notfallversorgung,
- Erweiterung der intramuralen (stationären) Spitalstätigkeit um ambulante und teilstationäre Leistungen sowie um Spezialambulanzen,
- Erweiterung des intra- und extramuralen Leistungsspektrums durch ambulantes Operieren und besondere Versorgungsformen bzw. integrierte Versorgungsangebote,
- Erweiterung des extramuralen Leistungsspektrums in Form von Praxisklinken und der AVS.

Eine chronologische Übersicht (Tab. 1) zeigt, dass es bereits Vorformen der Lockerung der Versorgungsgrenzen seit 1955 gab. In regelmäßigen Abständen ist der Gesetzgeber in den vergangenen drei Jahrzehnten aktiv geworden, um die Vernetzung der extra- und intramuralen Versorgung zu verbessern. Materiell erfolgte eine Lockerung der Sektorengrenzen vor allem durch eine Vielzahl an neuen Optionen für ambulante Leistungen durch die Spitäler.

Tabelle 1: Chronologischer Überblick über die Rechtsformen der Sektorenverzahnungen seit 1955

Rechtsform	SGB V	Start	Initialgesetz /
Ermächtigte Krankenhausärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen	§ 116	1955 1988	Gesetz über das Kassenarztrecht (GKAR) Gesundheitsreformgesetz (GRG)
Hochschulambulanzen	§ 117	1955	Gesetz über das Kassenarztrecht
Psychiatrische Institutsambulanzen	§ 118	1986	Gesetz zur Verbesserung der ambulanten und stationären Versorgung psychisch Kranker
Sozialpädiatrische Zentren	§ 119	1989	Gesundheitsreformgesetz
Teilstationäre Behandlung	§ 39	1989	Gesundheitsreformgesetz
Notfallambulanzen	§ 75 (1) und 76 (1)	1989	Gesundheitsreformgesetz
Praxiskliniken (dreiseitige Verträge)	§ 115 und § 122	1989 2009	Gesundheitsreformgesetz und Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
Ambulantes Operieren	§ 115	1993 und 2000	Gesundheitsstrukturgesetz erweitert durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000
Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus	§ 115a	1993	Gesundheitsstrukturgesetz
Integrierte Versorgung	§ 140 a-d	2000	GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz
Ambulante Behandlung im Krankenhaus bei Unterversorgung	§ 116 a	2004	GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz
Strukturierte Behandlungsprogramme	§ 137 f	2004	GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz
Pädiatrische Spezialambulanzen/ Spezialambulanzen an Kinderkliniken	§ 120	2009	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
Ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV)	§ 116 b	2012	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
Geriatrische Institutsambulanzen	§ 118 a	2013	Psychiatrie-Entgeltgesetz
Besondere Versorgung	§ 140 a	2015	GKV-Versorgungsverstärkungsgesetz
Integrierte Notfalleinheiten		2019	in Planung

Quelle: Eigene Zusammenstellung auf Basis von Leber und Wasem 2016, S. 15 und Nagel u.a. 2017

Trotz dieser zahlreichen Initiativen sehen sowohl die deutsche Bundesregierung als auch der deutsche Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) noch einen großen Handlungsbedarf bei der Förderung der ambulanten Leistungserbringung und einer deutlichen Effizienz- und Effektivitätserhöhung⁹, wie nachfolgende Zitate zeigen. Im aktuellen Koalitionsvertrag der großen Koalition (Koalition aus CDU und SPD) heißt es dazu:¹⁰

„Die Zusammenarbeit und Vernetzung im Gesundheitswesen müssen ausgebaut und verstärkt werden. Zur Erreichung einer sektorenübergreifenden Versorgung wollen wir nachhaltige Schritte einleiten, damit sich die Behandlungsverläufe ausschließlich am medizinisch-pflegerischen Bedarf der Patientinnen und Patienten ausrichten. Wir werden eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Einbeziehung der Regierungsfractionen im Deutschen Bundestag einrichten. Diese Arbeitsgruppe wird Vorschläge für die Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems im Hinblick auf Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Kodierung, Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der telematischen Infrastruktur bis 2020 vorlegen. Dabei sollen Spielräume für regionale Ausgestaltungen ermöglicht werden.“

Der SVR urteilt über den derzeitigen Stand ähnlich kritisch:¹¹

„Neben bestehenden Ineffizienzen und Ineffektivitäten innerhalb der einzelnen Leistungsbereiche leidet die Gesundheitsversorgung in Deutschland vor allem an der unzureichenden Koordination und Kooperation an den jeweiligen Schnittstellen der immer noch stark abgeschotteten Sektoren. Es existiert quasi eine „unsichtbare Mauer“ [...]. Die zu geringe Durchlässigkeit und Flexibilität an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor behindern insbesondere die Hebung des aktuellen und künftigen Potenzials der ambulanten Versorgung. Dabei handelt es sich bei der „Ambulantisierung“ um einen vom medizinischen Fortschritt und vom verbesserten Gesundheitszustand der Patienten, der zunehmend mehr ambulante Eingriffe ermöglicht, getriebenen globalen Trend. Die Substitution von stationären durch ambulante Leistungen vermag die Qualität und Effizienz der Versorgung zu verbessern und dürfte in der Regel auch den Präferenzen der Patienten entsprechen.“

Nicht in der Tabelle enthalten ist das Belegarztwesen, das bereits in die Weimarer Zeit zurückreicht und bis 1955 die dominante Form der sektorenübergreifenden Leistungserbringung war. Das Belegarztwesen ist seit Jahren rückläufig,

9 vgl. Bundesregierung 2018, S. 86 f und SVR 2018, S. 364 ff.

10 Bundesregierung 2018, S. 96

11 SVR 2018, S. 364

wie Abb. 12 zu entnehmen ist. Die meisten Belegärzte gibt es derzeit noch im HNO-Bereich, gefolgt von der Orthopädie und der Frauenheilkunde.¹² Die Ursachen für den Belegarztrückgang sind vielfältig.¹³ Dazu zählen neben teilweise prohibitiv hohen Versicherungssummen, einer zu hohen Arbeitsbelastung und den Vorstellungen der jüngeren Ärztegeneration von einer ausgewogeneren Work-Life-Balance eine Reihe von systemverzerrenden Gründen. Krankenhäuser erhalten für ihre Belegabteilungen rund 20 bis 30 % niedrigere DRGs als für Hauptabteilungen. Für die Teilnahme von Spitälern an der Notfallversorgung zählen nur die Hauptabteilungen. Belegärzte werden für ihre Leistungen nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) entlohnt, der hinsichtlich der abrechenbaren Tatbestände engere Grenzen als die Vergütungsregelungen für Krankenhäuser setzt. Dies betrifft beispielsweise die Abrechnung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die Belegärzte nur abrechnen dürfen, wenn diese vom Gemeinsamen Bundesausschuss genehmigt sind. Die Abrechnungsmodalitäten der Spitäler sind hier großzügiger. Belegärzte können zudem, anders als Hauptabteilungen, die Leistungen für eine prä- und nachstationäre Leistung im Krankenhaus nicht abrechnen. Seit einem Urteil des Bundesgerichtshofs in Jahr 2014 dürfen außerdem nur im Krankenhaus angestellte Ärzte neben den Fallpauschalen auch bei Privatpatienten zusätzliche ärztliche Leistungen liquidieren.¹⁴ Unterschiede in den Abrechnungsmodalitäten zwischen der Statusgruppe Belegarzt und den im Krankenhaus angestellten Ärzten führen dazu, dass das Postulat „gleiche Vergütung für gleiche Leistungen“ nicht durchgängig eingehalten wird. Für die niedergelassenen Fachärzte ist deswegen die Tätigkeit als Belegarzt häufig finanziell unattraktiv.¹⁵

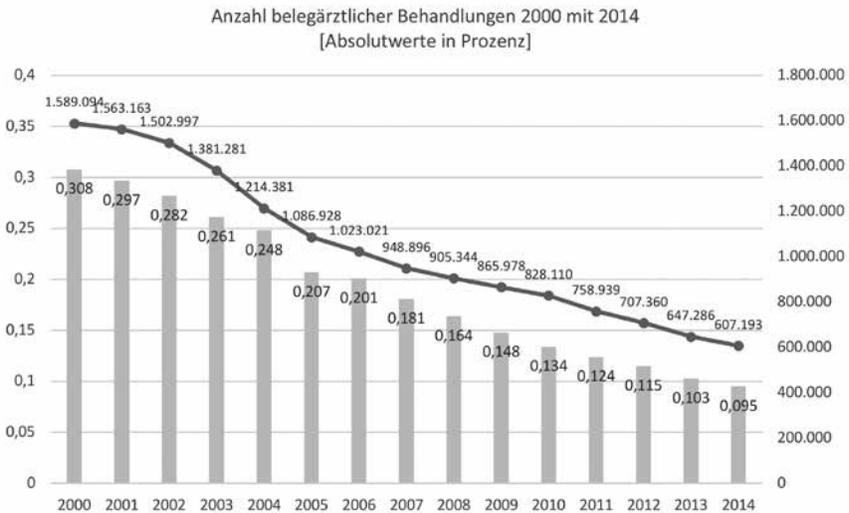
12 vgl. Korzilius 2019, S. 1459

13 vgl. Korzilius 2019 und Nagel u.a. 2017

14 vgl. Nagel u.a. 2017, S. 38

15 vgl. Korzilius 2019, S. 1460

Abbildung 12: Entwicklung des Belegarztwesens im Zeitverlauf



Quelle: Nagel u.a. 2017, S. 38

Das Belegarztwesen in der derzeitigen Form scheint ohne intensive Reformansätze ein Auslaufmodell zu sein. Die folgenden Unterpunkte stellen die seit mehr als drei Jahrzehnten in Deutschland unternommenen gesetzgeberischen Maßnahmen geclustert nach den Hauptstoßrichtungen vor. Punkt 3.2. widmet sich den Maßnahmen, bei denen es um die Ergänzung der kassenärztlichen Versorgung durch ermächtigte Krankenhausärzte geht. Hauptintention dieser Maßnahmen ist es, Versorgungslücken im niedergelassenen Bereich, in aller Regel durch eine temporäre Ermächtigung, zu schließen. Außerdem werden die Spitalsnotfallambulanzen, die ebenfalls subsidiär die ambulante vertragsärztliche Versorgung ergänzen sollen, unter diesem Punkt vorgestellt. Punkt 3.3. behandelt die vielfältigen Formen der Ambulantisierung von Spitalsleistungen. Hierbei geht es einerseits um die Ergänzung der stationären Leistungen um ambulante und teilstationäre Leistungen und damit die Flexibilisierung der Leistungserbringung durch Spitäler. Andererseits werden Formen der Komplementierung des ambulanten oder extramuralen Bereichs durch spezialisierte Spitalsambulanzen vorgestellt. Punkt 3.4. beschreibt Ansätze, die sowohl den Spitalern als auch dem niedergelassenen Bereich offenstehen und Punkt 3.5. widmet sich jenen Versuchen, mit denen neue extramurale Angebote geschaffen werden sollten.

3.2. Ergänzung der vertragsärztlichen (ambulanten) Versorgung durch ermächtigte Krankenhausärzte

Die zeitlich begrenzte **Ermächtigung von Krankenhausärzten** durch die kasernenärztlichen Zulassungsausschüsse **zu einer ambulanten Behandlung** wurde als Notlösung für den Fall der Unterversorgung bereits 1955 eingeführt und 1989 um die Ermächtigung von Abteilungen ergänzt.¹⁶ Die zentrale gesetzliche Grundlage ist § 116 SGB V, welcher folgendes festlegt:

„Ärzte, die in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag [...] oder in einer stationären Pflegeeinrichtung tätig sind, können, soweit sie über eine abgeschlossene Weiterbildung verfügen, mit Zustimmung des jeweiligen Trägers der Einrichtung, in der der Arzt tätig ist, vom Zulassungsausschuss (§ 96) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Ärzten der in Satz 1 genannten Einrichtungen nicht sichergestellt wird.“¹⁷

Vom Versorgungsvolumen kommt der Ermächtigung keine große Bedeutung zu. In der Praxis verharrt seit den 1990er Jahren das Niveau der Ermächtigungen bei rund 9.500, obwohl die Anzahl der niedergelassenen Vertragsärzte seitdem deutlich gestiegen ist.¹⁸

Seit 2004 ist der § 116a SGB V dazugekommen, der eine **ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung** ermöglicht. Auch diese ist auf die Beseitigung von temporären Versorgungsengpässen ausgerichtet und die Zulassung ist jeweils auf zwei Jahre begrenzt.

Wörtlich heißt es in § 116 a SGB V:

„Der Zulassungsausschuss muss zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eingetretene Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Absatz 3 festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Beseitigung der Unterversorgung oder zur Deckung

¹⁶ vgl. Leber und Wasem 2016, S. 6

¹⁷ § 116 SGB V

¹⁸ vgl. Leber und Wasem 2016, S. 6

*des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist. Der Ermächtigungsbeschluss ist nach zwei Jahren zu überprüfen.*¹⁹

Vom Versorgungsvolumen spielt der § 116a SGB V ebenfalls keine nennenswerte Rolle. Nagel und Koautoren stufen die ambulante Behandlung im Krankenhaus bei Unterversorgung in ihrem Gutachten für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) als wenig wettbewerbsrelevant ein.²⁰

Ganz anders sieht es bei Leistungen der **Notfallambulanzen** in Krankenhäusern aus. Von der Idee her sollen diese subsidiär zum Notdienst des ambulanten Bereichs sein. Der Sicherstellungsauftrag für den Notdienst liegt primär bei den kassenärztlichen Vereinigungen. Ganz in diesem Sinne hat das Bundessozialgericht eine Rechtsprechung etabliert, dass die Vergütung der Notfallambulanzen in den Krankenhäusern durch die Gesamtvergütung für den niedergelassenen Bereich zu erfolgen hat.²¹ Da Wunsch und Wirklichkeit auseinanderklaffen, ist durch das GKV-Versorgungsverstärkungsgesetz 2015 der gelebten Praxis der starken Frequentierung der Notfallambulanzen der Krankenhäuser teilweise Rechnung getragen worden. Wörtlich heißt es seitdem in § 75 Abs. 1b SGB V:

*„Der Sicherstellungsauftrag umfasst auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit das Landesrecht nichts anderes bestimmt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen den Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen; hierzu sollen sie entweder Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern einrichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden.“*²²

Obwohl der ambulante Bereich in den vergangenen Jahrzehnten zahlreiche Anstrengungen zur Ausweitung des Notdienstangebots unternommen hat, sind die Notfallambulanzen der Krankenhäuser eine stark frequentierte Form der Ergänzung der vertragsärztlichen Versorgung, bei denen eine Abstimmung mit den Füßen seitens der Patienten stattfindet. 2015 haben laut SVR die Krankenhäuser rund 10 Millionen Notfälle ambulant behandelt, die Zahl im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst lag bei circa 9 Millionen Notfällen.²³ Eine aktuelle Auswertung des SVR zeigt die Verschiebungen in Richtung Spitalsnotfallambulanzen (siehe Abb. 13).

19 § 116 a SGB V

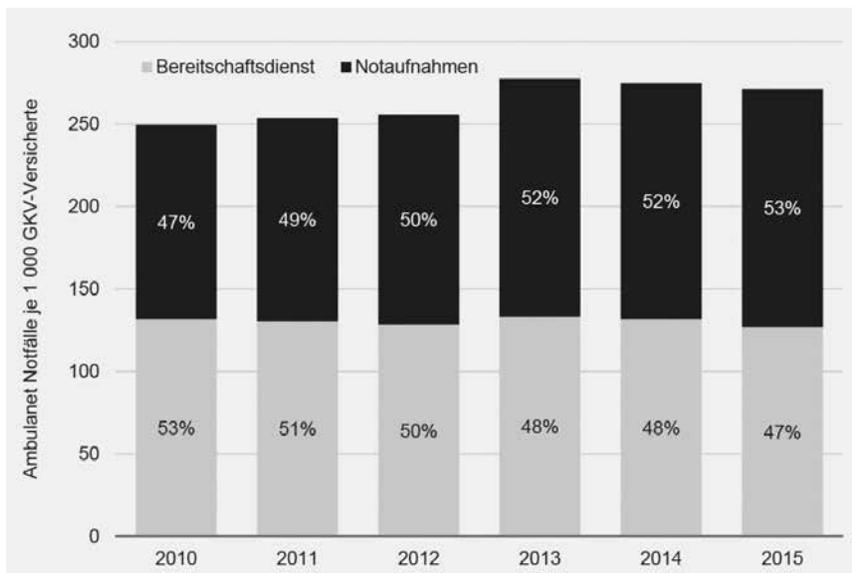
20 vgl. Nagel u. a. 2017, S. 19

21 vgl. Leber und Wasem 2016, S.15

22 § 75 Abs. 1b SGB V

23 vgl. SVR 2018, S. 573, S. 571

Abbildung 13: Ambulante Notfälle je 1000 GKV Versicherte

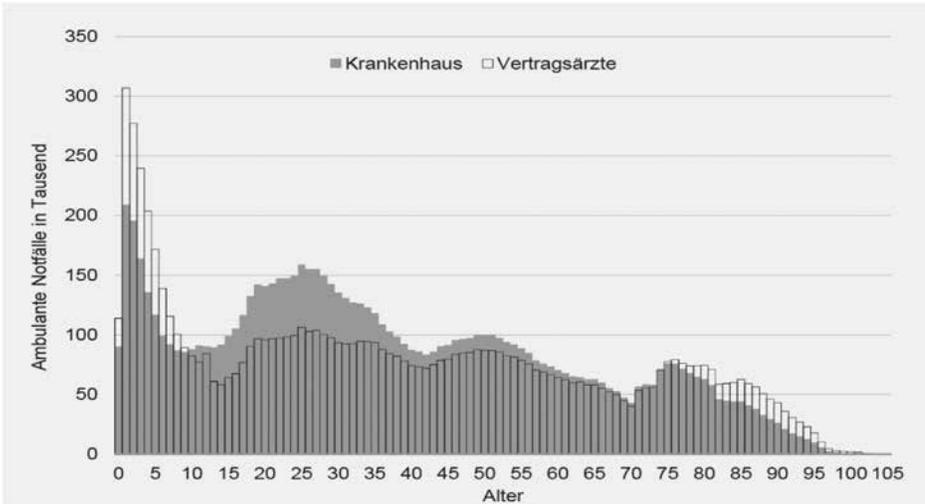


Quelle: SVR 2018, S. 568

Anmerkung: Ohne Bremen, Hessen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein

In nur fünf Jahren hat sich das Verhältnis zwischen der intra- und extramuralen Notfallversorgung umgekehrt. Das Gutachten des SVR aus dem Jahr 2018 enthält auch eine altersmäßige Differenzierung, aus der deutlich wird, dass besonders junge und alte Patienten eher den vertragsärztlichen Notdienst wählen, während die anderen Gruppen (von 10 Jahren bis 60 Jahren) eher die intramuralen Notfallambulanzen aufsuchen (siehe Abb.14).

Abbildung 14: Ambulante Notfälle nach Alter und Behandlungsort



Quelle: SVR 2018, S. 569

Tabelle 2 zeigt die wochentagsbezogenen Schwankungen.

Tabelle 2: Verteilung ambulanter Notfälle auf Wochentage und Leistungserbringergruppen

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	Gesamt
Verteilung auf die Wochentage								
Ambulante Ärzte	6,4 %	4,8 %	12,2 %	6,2 %	13,8 %	30,1 %	26,5 %	100,0 %
Notfallambulanzen	13,2 %	11,8 %	13,3 %	11,9 %	14,4 %	17,9 %	17,5 %	100,0 %
Gesamt	10,3 %	8,9 %	12,8 %	9,5 %	14,1 %	23,1 %	21,3 %	100,0 %
Anteil der Notfallambulanzen und ambulanten Ärzte an der Notfallversorgung je Wochentag								
Ambulante Ärzte	25,9 %	22,9 %	40,1 %	27,4 %	41,2 %	54,9 %	52,4 %	42,1 %
Notfallambulanzen	74,1 %	77,1 %	59,9 %	72,6 %	58,8 %	45,1 %	47,6 %	57,9 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Quelle: Abrechnungsdaten von AOK-Versicherten mit mindestens 180 Versichertentagen im Jahr 2014 und Wohnort in Schleswig-Holstein, Hamburg, Westfalen-Lippe, Nordrhein, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen, Sachsen-Anhalt oder Sachsen und ambulanten Notfallversorgung in diesen Regionen. Eigene Berechnung.

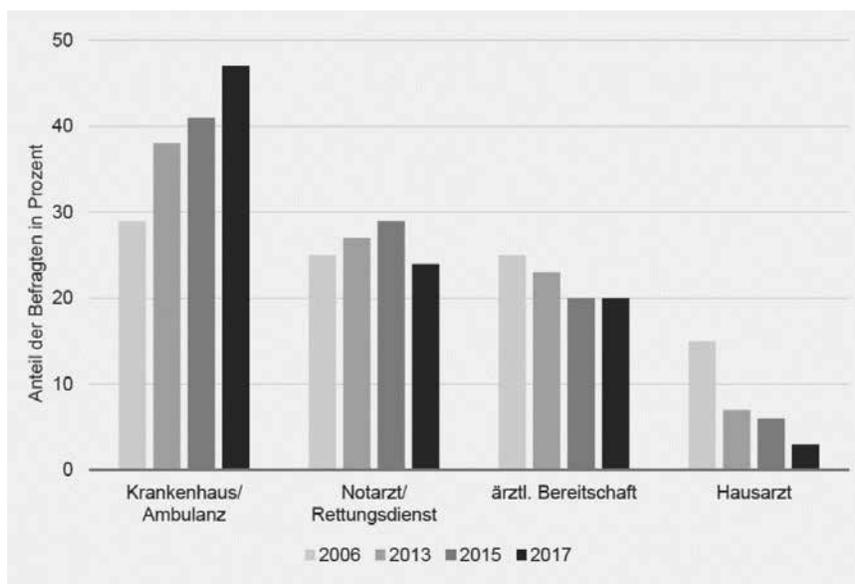
Krankenhaus-Report 2017

WIdO

Quelle: Drähter und Schäfer 2017, S. 31

Die Zunahme der Bedeutung des stationären Sektors bei der Notfallversorgung zeigt sich auch in der folgenden Abb. 15, der eine Befragung von 18- bis 79-jährigen Personen zugrunde liegt. Diese wurden gefragt: „Wenn Sie oder ein naher Angehöriger nachts oder am Wochenende ärztliche Hilfe brauchen, wohin wenden Sie sich?“²⁴ Hierbei ist anzumerken, dass bewusst nach Zeiten außerhalb der normalen Praxisöffnungszeiten gefragt wurde.

Abbildung 15: Anlaufstellen der Patienten außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten



Quelle: SVR 2018, S. 570

Eine Auswertung der Motive durch den SVR und durch Slowik und Coautoren zeigt, dass die starke Frequentierung von Notfallambulanzen bereits mit der Definition, was ein Notfall ist, anfängt.²⁵ Der medizinische Notfallbegriff stimmt auf die Notwendigkeit einer unverzüglichen medizinischen und pflegerischen Behandlung und die Rettungsdienstgesetze stimmen auf das Vorliegen einer Lebensgefahr oder auf die Befürchtung schwerer gesundheitlicher Schäden ab.²⁶ Patienten und Patientinnen haben teilweise einen wesentlich weiteren Notfallbe-

²⁴ vgl. SVR 2018, S. 570

²⁵ vgl. SVR 2018, S. 547 ff und Slowik et al. 2018, S. 239 f.

²⁶ vgl. SVR 2018, S. 547

griff, der stärker an einer subjektiv empfundenen Behandlungsfähigkeit ansetzt. Neben Unterschieden in der Einstufung als Notfall umfasst das Motivspektrum:²⁷

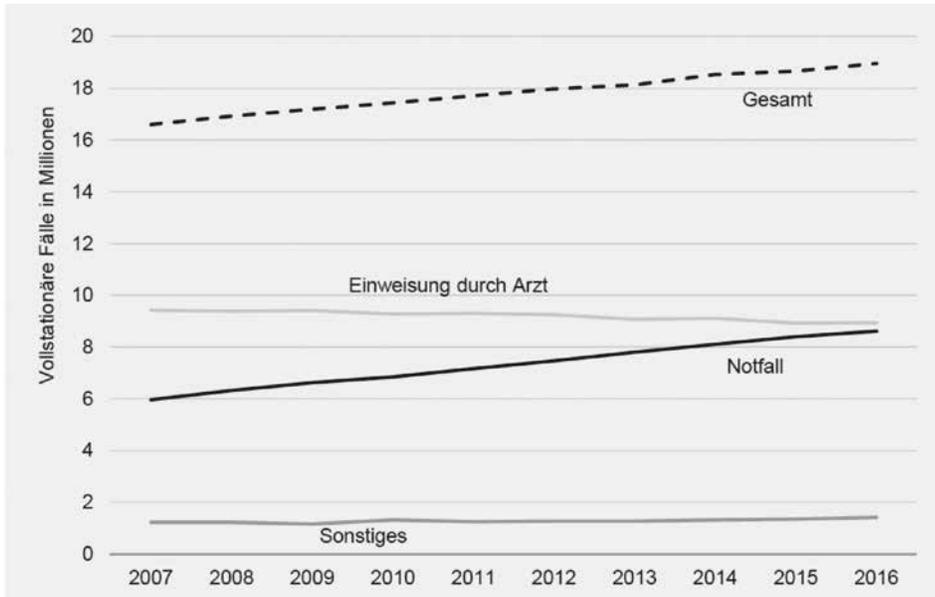
- Eine „Doc-to-go“-Mentalität mit einer 24-Stunden-/7-Tage-Zugangserwartung insbesondere bei jüngeren Versicherten, auch aufgrund einer fehlenden Hausarztbindung und langer Wartezeiten im extramuralen Bereich. Dass hier bei den GKV-Versicherten ein größerer Handlungsbedarf besteht als bei den privatversicherten (PKV) Patienten, zeigt sich unter anderem daran, dass PKV-Patienten eher den niedergelassenen Bereich kontaktieren. Die für GKV-Patienten 2015 implementierten Terminservicestellen sind ein erster Ansatz, die Wartezeiten auf Facharzttermine zu verkürzen.
- Sorgen um den eigenen Gesundheitszustand, insbesondere bei Patienten mit komplizierten Diagnosen.
- Zeitautonomie, da die Praxisöffnungszeiten im extramuralen Bereich sich teilweise schwer mit einer Vollerwerbstätigkeit in Einklang bringen lassen und auch in der Nacht und am Wochenende Patienten eine größere Hemmschwelle haben, niedergelassene Ärzte zu kontaktieren.
- Möglichkeiten der Röntgenuntersuchung oder Computertomographie (CT), da die Spitäler über bessere diagnostische Möglichkeiten verfügen und diese nicht weitere Termine erfordern.
- High-Tech-Medizin statt Hausarzt und somit All-Inclusive-Leistungen, da Patienten die Erwartung einer qualitativ hochwertigeren Versorgung im Spital haben.
- Empfehlungen des niedergelassenen Arztes, die Notaufnahme zu besuchen.
- Unkenntnis über den ambulanten Notdienst.

Für die Spitäler sind die eigenen Notfallambulanzen ein relevanter Weg, um Patienten und Patientinnen aufzunehmen. Von den 2016 rund 19 Millionen behandelten vollstationären Fällen entfielen laut DRG-Statistik rund 8,6 Millionen Fälle auf den Aufnahmeanlassfall Notfall, was einem Anteil von 45,5 % der vollstationären Patienten entspricht.²⁸ Seit 2007, als der Anteil noch bei 37,5 % lag, betrug die Steigerungsrate fast 50 %. Grafisch ist diese Entwicklung in Abb. 16 dargestellt.

²⁷ vgl. Slowik u.a. 2018, S. 239

²⁸ vgl. SVR 2018, S. 577

Abbildung 16: Entwicklung der vollstationären Fälle nach Aufnahmeanlass



Quelle: SVR 2018, S. 577

International belegt Deutschland hier einen Spitzenplatz, was den Anteil an stationären Notfällen betrifft (siehe Abb. 17). Unter Allokationsgesichtspunkten kann die Inanspruchnahme der Notfallambulanzen zu Fehlallokationen führen, da objektiv weniger dringliche Patienten Kapazitäten in Anspruch nehmen, die durch den ambulanten Notdienst oder sogar durch eine Versorgung im Rahmen der regulären Praxisöffnungszeiten der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen abgedeckt werden könnten. Schätzungen gehen davon aus, dass zwischen 20 und 30 % der Notfallambulanzfälle in einer Hausarztpraxis hätten behandelt werden können.²⁹ In diesen Fällen liegt eindeutig eine Überversorgung vor. Kapazitäten, die für echte Notfälle gebraucht werden, werden hier fehlgesteuert.

²⁹ vgl. SVR 2018, S. 560

Abbildung 17: Stationäre Notaufnahmen und deren Anteil an den Gesamtnotfällen



Quelle: SVR 2018, S. 339

Der Betrieb einer Notfallambulanz ist häufig für Spitäler defizitär. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) geht von durchschnittlichen Behandlungskosten pro Notfallpatient in der Spitalsambulanz von 120 Euro aus und kritisiert eine viel zu geringe ambulante Notfallpauschale von 32 Euro pro Fall.³⁰ Erwartungsgemäß zu einem höheren Kostendeckungsgrad kommt die kassenärztliche Bundesvereinigung, die unter Einrechnung weiterer Vergütungsaspekte auf eine Vergütung der Krankenhäuser zwischen 79 und 93 Euro je ambulanten Notfallpatienten kommt.³¹ Die Teilnahmebereitschaft an der Notfallversorgung ist bei den Spitälern dennoch hoch, was ökonomisch gesehen auf eine Umwegrendite schließen lässt. Nur rund 6 % oder, in absoluten Zahlen, 83 von 1.329 der als bedarfsnotwendig anerkannten Krankenhäuser (Stand 2018) nehmen nicht an der Notfallversorgung teil.³² Dafür müssen sie einen DRG-Abschlag von 50 Euro pro Fall in Kauf nehmen. Die Vergütung der ambulanten Notfallbehandlung erfolgt, wie im niedergelassenen Bereich, nach dem EBM. Spitäler haben jedoch durch die Notfallpatienten einen Ansatzpunkt zur Bettenauslastung. Den Anteil der sogenannten pseudostationären Stundenfälle, d.h. jener Fälle, die nach den DRGs vergütet werden, beziffert der SVR unter Rückgriff auf GKV-Daten für 2016 auf 390.000 Fälle.³³ Rund 10 % der stationären Notfälle sind vorstationäre Fälle, d.h. abrechnungstechnisch werden sie zur Vorbereitung einer stationären Behandlungseindikation eingestuft und mit einer DRG-Pauschale abgerechnet.³⁴ Für besonders aufwendige Untersuchungen in der Notaufnahme (z.B. CT- oder MRT-Untersuchungen) oder die Behandlung von Patientengruppen mit einem besonderen

30 vgl. SVR 2018, S. 561

31 vgl. Neubauer 2016

32 vgl. SVR 2018, S. 560

33 vgl. SVR 2018, S. 560

34 vgl. SVR 2018, S. 559

Versorgungsbedarf (z.B. Säuglinge oder demente Patienten) können die Spitäler Zuschläge abrechnen.³⁵ Seit 2017 ist zudem der Investitionskostenabschlag für die Notfallambulanzen entfallen.

Im nächsten Unterkapitel werden all jene gesetzgeberischen Maßnahmen vorgestellt, bei denen das vollstationäre Behandlungsspektrum der Krankenhäuser um teilstationäre und ambulante Regelleistungen sowie Leistungen für bestimmte Personengruppen seit Ende der 1980er Jahre erweitert wurde.

3.3. Erweiterung der stationären Krankenhaus-tätigkeit um ambulante und teilstationäre Leistungen

3.3.1. Zeitliche Flexibilisierung des vollstationären Angebots durch eine vor-, teil- und nachstationäre Behandlung

Seit 1989 hat der Bundesgesetzgeber zahlreiche Schritte unternommen, um das stationäre Leistungsspektrum der Krankenhäuser um ambulante und teilstationäre Leistungen zu erweitern. Bereits 1989 wurde die teilstationäre Behandlung eingeführt und 1993 folgten die vor- und nachstationäre Behandlung.

Die gesetzlichen Regelungen zur **teilstationären Behandlung** sind in § 39 SGB V festgelegt. Laut Leber und Wasem (2016) ist die teilstationäre Behandlung ein deutsches Unikum, für das bis heute eine Legaldefinition jenseits der reinen Nennung in § 39 Abs. 1 SGB V fehlt. Dort heißt es:

„Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind.“³⁶

35 vgl. SVR 2018, S. 559

36 Leber und Wasem 2016, S. 14

In der Krankenhauspraxis lassen sich zwei Haupteinsatzgebiete der teilstationären Behandlung unterscheiden:

- sequentielle Mehrtagesfälle, bei denen die Patienten nicht durchgängig im Krankenhaus sind, beispielsweise in Form von Schlaflaboren oder geriatrischen Tagesbehandlungen, sowie
- Intervallbehandlungen, beispielsweise in Form der Dialyse oder Chemotherapie.³⁷

De facto handelt es sich bei den teilstationären Leistungen um Leistungen, bei denen die Hotelleistungskomponente eingeschränkt ist. Der Großteil der teilstationären Leistungen wird von reinen Tages- und Nachtkliniken angeboten, wobei der Anteil mit knapp 800.000 Fällen im Vergleich zu den rund 19,4 Millionen stationären Fällen umfangmäßig wenig ins Gewicht fällt (Bezugsjahr 2017).³⁸ Rund 40 % der teilstationären Fälle entfallen auf Leistungen der Inneren Medizin. Während die Einführung der teilstationären Behandlung 1989 ein bedeutender Schritt war, handelt es sich heute um de facto ambulante Leistungen, die über das Krankenhausbudget abgerechnet werden und für bestimmte Krankheitsbilder eine historisch gewachsene Behandlungsform darstellen.³⁹ Die Intervallbehandlungen werden heute auch im Rahmen von ambulanten Facharztpraxen erbracht. 1989 war die Ausgangssituation noch eine andere.

1993 erfolgte die Erweiterung des Leistungsspektrums der Krankenhäuser um die **vor- und nachstationäre Behandlung**. Die rechtliche Grundlage für die vor- und nachstationäre Behandlung sind in § 115 a SGBV geregelt. Dort heißt es:

„Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

1. *die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder*
2. *im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).“⁴⁰*

Die vor- und nachstationären Behandlungen dienen dazu, die teuren vollstationären Tage zu reduzieren. Für die vor- und nachstationäre Behandlung bestehen enge Zeitgrenzen. Für die vorstationäre Behandlung, die frühestens fünf Tage vor einem vollstationären Aufenthalt erfolgen darf, beträgt das Maximum drei

37 Leber und Wasem 2016, S. 14

38 vgl. Bölt 2019, S. 268

39 vgl. Leber und Wasem 2016, S. 14

40 SGB V § 115 a

Tage. Die nachstationäre Behandlung ist auf sieben Tage innerhalb eines Zeitintervalls von 14 Tagen nach einem vollstationären Aufenthalt begrenzt. Die Vergütung erfolgt innerhalb der zeitlichen Grenzen über DRG-Fallpauschalen. Ergänzende Vergütungen sind als Ausnahmeregelungen beim Überschreiten der Grenzverweildauern möglich. Aus Krankenhaussicht ermöglicht die vor- und nachstationäre Vergütung Ressourceneinsparungen, was aktuell in Zeiten des Ärzte- und Pflegepersonalmangels wieder an Attraktivität gewinnt. Volumenmäßig war die vorstationäre Behandlung von Anfang an die bedeutendere Variante. 2005 wurden knapp 1,97 Millionen vorstationäre Behandlungen abgerechnet und 2017 4,6 Millionen Behandlungsfälle, was einer Steigerung um 138 % entspricht.⁴¹ Die nachstationären Behandlungen sind dagegen nur um 68 % gestiegen.

Die Bedingungen für die vor- und nachstationäre Behandlung werden in dreiseitigen Verträgen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und der jeweils zuständigen Landeskrankengesellschaft bzw. den Vereinigungen der Krankenträger geregelt. § 115a Abs. 3 SGB V schreibt zudem vor, dass die Vergütung der Leistungen pauschaliert erfolgt und geeignet sein muss, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen.

Eine weitere Form der Leistungserweiterung der Akutkrankenhäuser sind die sogenannten Stundenfälle, die in den vergangenen Jahren intensiv im Rahmen einer Fehlbelegungsquote diskutiert wurden. Eine aus dem Jahre 2014 stammende Analyse von Krankenhausabrechnungsdaten hat das damalige Volumen mit rund 200 Millionen Euro oder rund 235.000 Fälle beziffert, was damals einem Anteil von 1,2 % an allen vollstationären Fällen entsprach.⁴²

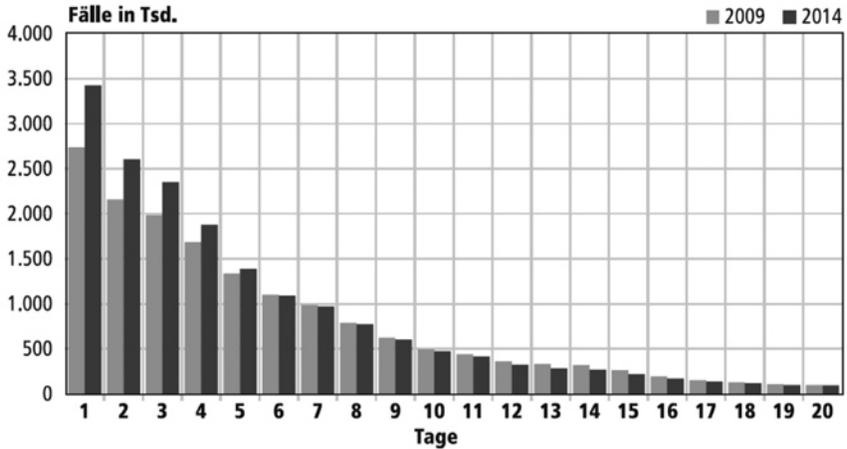
Ein deutlich höheres Ambulantisierungspotenzial besteht, wenn man die zeitliche Verteilung der vollstationären Krankenhaufälle anschaut. Insbesondere bei den vollstationären Fällen mit einer Verweildauer von bis zu drei Tagen wird davon ausgegangen, dass diese in einem großen Ausmaß die ambulanten Fälle der Zukunft sind.

41 vgl. Bölt 2019, S. 268

42 vgl. Leber und Wasem 2016, S. 6

Abbildung 18: Vollsomatische stationäre Krankenhaufälle nach Verweildauer (2009 und 2014)

Vollstationäre somatische Fälle nach Verweildauer (Entlassungen 2009 und 2014)



Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG

Krankenhaus-Report 2016

WlD0

Quelle: Leber und Wasem 2016, S. 7

Zu wesentlich höheren Zahlen kommt eine von der IGES (Forschungs- und Beratungsinstitut für Infrastruktur- und Gesundheitsfragen) im Auftrag des ZI 2015 durchgeführte Erhebung auf Basis von 21 Hauptdiagnosen, wobei hier Kurzlieger mit bis zu 3 Tagen einbezogen wurden. Für das Jahr 2012 ermittelte die IGES-Studie 1,955 Millionen Krankenhaufälle, im Jahr 2013 waren es 2,03 Millionen.⁴³ Der Anteil der Notfälle betrug dabei 57 %, das entspricht mehr als 1,1 Millionen Fällen.⁴⁴

Die Diskussion um eine mögliche Fehlbelegung durch Stundenfälle oder eine Fehlallokation durch die ungerechtfertigte Hospitalisierung von Notfallpatienten ist eine Facette der Diskussion über eine Über- und Fehlversorgung.

Tabelle 3 gibt unter Einbezug des weiter unten vorgestellten ambulanten Operierens einen Überblick über die Entwicklung der Fallzahlen im ambulanten, teilstationären und vollstationären Bereich.

43 vgl. IGES 2015, S. 16

44 vgl. IGES 2015, S. 20

Tabelle 3: Entwicklung der Verteilung des Leistungsangebots 2005 bis 2017

Jahr	Behandlungsfälle ¹⁾				ambulante Operationen
	vollstationär	teilstationär	vorstationär	nachstationär	
	Anzahl				
2005	16.539.398	527.213	1.965.027	654.277	1.371.708
2006	16.832.883	623.657	2.266.670	703.488	1.513.716
2007	17.178.573	675.082	2.714.169	781.197	1.638.911
2008	17.519.579	702.649	2.991.986	820.371	1.758.305
2009	17.817.180	667.093	3.298.544	875.259	1.813.727
2010	18.032.903	673.080	3.510.861	905.602	1.854.125
2011	18.344.156	686.364	3.820.969	958.163	1.865.319
2012	18.620.442	734.263	4.092.333	988.307	1.967.934
2013	18.787.168	724.685	4.336.205	993.593	1.897.483
2014	19.148.626	743.561	4.581.160	1.031.277	1.953.727
2015	19.239.574	764.745	4.656.886	1.057.015	1.978.783
2016	19.532.779	773.807	4.670.177	1.075.006	1.962.051
2017	19.442.810	790.947	4.684.575	1.070.750	1.970.516
Vergleichs- jahr	Veränderung in %				
2016	0,5	2,2	0,3	0,4	0,4
2005	17,6	50,0	138,4	63,7	43,7

1) Vor Inkrafttreten der 1. Novellierung der Krankenhausstatistikverordnung wurde lediglich die Anzahl der aus teilstationärer Behandlung entlassenen Patientinnen und Patienten erhoben.

Quelle: Bölt 2019, S. 268

3.3.2. Krankenhausambulanzen für bestimmte Patientengruppen oder zu Zwecken der Ausbildung

Wie dem chronologischen Überblick über die zahlreichen gesetzgeberischen Maßnahmen zur Ambulantisierung von vollstationären Spitalsleistungen in Tab. 1 zu entnehmen ist, haben innerhalb dieser Gruppe die **Hochschulambulanzen** nach § 117 SGB V die längste Tradition. Bereits 1955 wurden die Hochschulambulanzen etabliert und 1998 erfolgte im Rahmen des Psychotherapeutengesetzes die Erweiterungen um poliklinische Institutsambulanzen an psychologischen

Universitätsinstituten.⁴⁵ Heute haben die Hochschulambulanzen nach § 117 Abs. 1 SGB V zwei Hauptschwerpunkte:

Sie dienen erstens Zwecken der Forschung und Lehre. Neben der Ausbildung von Medizinstudierenden in den Hochschulambulanzen sind diese auch im Forschungsbetrieb eingebunden, wobei Leber und Wasem die Einbindung von an Hochschulambulanzen betreuten Patienten in Forschungsstudien mit rund 30 % angeben.⁴⁶

Zweitens sollen Hochschulambulanzen dazu dienen, Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch eine Hochschulambulanz bedürfen, medizinisch zu versorgen. Diese Option wurde durch das GKV-Versorgungsverstärkungsgesetz im Jahre 2012 geschaffen und hat als Vorbedingung, dass ein niedergelassener Arzt, in der Regel ein niedergelassener Facharzt, Patienten mit einem besonderen Schwierigkeitsgrad an eine Hochschulambulanz zur weiteren Abklärung überweist. Laut Leber und Wasem handelt es sich dabei in aller Regel um Patienten und Patientinnen mit schwierigen Diagnosen, vermehrten Begleiterkrankungen und jene in einem höheren Alter.⁴⁷

Ein dreiseitiger Vertrag auf Bundesebene zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen (inklusive der Ersatzkassen), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft legt fest, welche Patientengruppen auf Grund der Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung einer Versorgung durch die Hochschulambulanzen bedürfen. Auf Landesebene können im Einvernehmen zwischen den drei Vertragsparteien Abweichungen festgelegt werden. In diesem Fall ist eine Überweisung durch einen Facharzt notwendig.⁴⁸ Die Vergütung der Hochschulambulanzen wird auf Landesebene zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Hochschulträgern ausgehandelt. Primär erfolgt die Vergütung durch Fallpauschalen mit Mengengrenzungen.⁴⁹

Der Einsatz der Krankenhausambulanzen in der ambulanten Versorgung von Patienten hat ab Mitte der 1980er Jahre durch Angebote für besondere Patientengruppen eine substantielle Ausweitung erfahren. Den Auftakt machten 1986 die **psychiatrischen Institutsambulanzen**. Im Gegensatz zu anderen Spezialambulanzen haben die psychiatrischen Krankenhäuser bzw. psychiatrischen Abteilungen in den Krankenhäusern einen Anspruch auf Ermächtigung.⁵⁰ Damit stehen

45 vgl. Leber und Wasem 2016, S. 10

46 vgl. Leber und Wasem 2016, S. 10

47 vgl. Leber und Wasem 2016, S. 10

48 vgl. Leber und Wasem 2016, S. 11

49 vgl. Leber und Wasem 2016, S. 11

50 vgl. Leber und Wasem 2016, S. 12

sie nicht unter dem Ermächtigungsvorbehalt, der erfordert, dass es zu geringe Angebotskapazitäten im extramuralen Bereich gibt. Bei ihrer Einführung bildeten die psychiatrischen Institutsambulanzen einen wichtigen Eckstein im Rahmen der damaligen Enthospitalisierungsmaßnahmen in der Psychiatrie.

Die gesetzlichen Bestimmungen für die psychiatrischen Institutsambulanzen sind in § 118 SGB V enthalten. Dort heißt es:

„(1) Psychiatrische Krankenhäuser sind vom Zulassungsausschuss zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen. Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die für die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte sowie die notwendigen Einrichtungen bei Bedarf zur Verfügung stehen.

(2) Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung sind zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der im Vertrag nach Satz 2 vereinbarten Gruppe von Kranken ermächtigt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung legen in einem Vertrag die Gruppe psychisch Kranker fest, die wegen ihrer Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der ambulanten Behandlung durch die Einrichtungen nach Satz 1 bedürfen. [...]

(3) Absatz 2 gilt für psychosomatische Krankenhäuser sowie für psychiatrische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen entsprechend.“⁵¹

Auch hierzu sind wieder dreiseitige Verträge auf Bundesebene erforderlich. Gesetzlich krankenversicherte Patienten können die psychiatrischen Institutsambulanzen nicht eigenmächtig aufsuchen. Es bedarf einer Überweisung durch einen Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder durch Ärzte mit einer äquivalenten Weiterbildung oder Zusatzweiterbildung. Die Vergütung der psychiatrischen Institutsambulanzen ist sehr heterogen. Laut Leber und Wasem (2016, S. 12) wendet ein Drittel der Bundesländer das bayrische Modell der Einzelleistungsvergütung an, in zwei Dritteln der Bundesländer basiert die Vergütung auf undifferenzierten Quartalspauschalen.⁵²

51 § 118 SGB V

52 vgl. Leber und Wasem 2016, S. 12

1989 wurde das Spektrum der Spezialambulanzen für bestimmte Personengruppen um die **sozialpädiatrischen Zentren** zur sozialpsychiatrischen Betreuung von Kindern erweitert. Das Angebot ist komplementär zu den Angeboten der Frühförderstellen. § 119 SGB V lautet wie folgt:

„(1) Sozialpädiatrische Zentren, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten, können vom Zulassungsausschuss (§ 96 SGB V) zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung sicherzustellen.

(2) Die Behandlung durch sozialpädiatrische Zentren ist auf diejenigen Kinder auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Die Zentren sollen mit den Ärzten und den Frühförderstellen eng zusammenarbeiten.“⁵³

Die entsprechenden Zulassungsausschüsse nach § 96 SGB V sind paritätisch mit Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und der Krankenkassen besetzt und sind jeweils für KV-Regionen oder KV-Unterbezirke einzurichten. Wie bei den in Punkt 3.2. angeführten Ermächtigungen können die sozialpädiatrischen Zentren zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern nur so lange zugelassen werden, soweit und solange dies notwendig ist, um eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung sicherzustellen. Die Leistungen der rund 130 sozialpädiatrischen Zentren werden unmittelbar von den gesetzlichen Krankenkassen in Form von quartalsbezogenen Fallpauschalen vergütet.⁵⁴

Seit 2009 gibt es außerdem noch zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen die **Pädiatrischen Spezialambulanzen**, die in § 120 Abs. 1 SGBV geregelt sind. Die Krankenhäuser vereinbaren hier mit den gesetzlichen Krankenkassen fall- und einrichtungsbezogene Pauschalen.⁵⁵ Die Behandlung in einer pädiatrischen Spezialambulanz kann nur nach Überweisung durch einen niedergelassenen Arzt erfolgen.

Als vierte Gruppe der Spezialambulanzen sind die seit 2013 bestehenden **Geriatrischen Institutsambulanzen** anzuführen. Diese gewinnen nicht zuletzt auf Grund der demografischen Entwicklung in Deutschland an Bedeutung. Im Vergleich zu Österreich hat Deutschland einen höheren Alterslastquoten, d.h.,

⁵³ § 119 SGB V

⁵⁴ vgl. Leber und Wasem 2016, S. 11

⁵⁵ vgl. Leber und Wasem 2016, S. 11

der Anteil der über 60-Jährigen an der Gesamtbevölkerung ist höher. Die rechtlichen Bestimmungen sind § 118a SGB V Abs. 1 zu entnehmen, der Folgendes festlegt.

„(1) Geriatrische Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen geriatrischen Abteilungen, geriatrische Rehabilitationskliniken und dort angestellte Ärzte sowie Krankenhausärzte können vom Zulassungsausschuss zu einer strukturierten und koordinierten ambulanten geriatrischen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende ambulante geriatrische Versorgung nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 sicherzustellen. Voraussetzung für die Erteilung einer Ermächtigung ist, dass die Einrichtung unter fachärztlich geriatrischer Leitung steht; die Ermächtigung eines in der geriatrischen Rehabilitationsklinik angestellten Arztes oder eines Krankenhausarztes setzt voraus, dass dieser über eine geriatrische Weiterbildung verfügt.“⁵⁶

Wie bei den meisten anderen Formen der Spezialambulanzen ist die Ermächtigung auch hier auf ein komplementäres Versorgungsangebot begrenzt, da sie nur erteilt werden darf, solange das ambulante vertragsärztliche Angebot nicht ausreicht. Auch hier sind wieder dreiseitige Verträge auf Bundesebene notwendig. Pflichtinhalte sind krankheitsverlaufsbezogene Bestimmungen bezüglich der zu versorgenden Patienten sowie Bestimmungen zu der Leistungserbringung und den Maßnahmen zur Qualität.⁵⁷ Das Aufsuchen einer geriatrischen Institutsambulanz bedarf der Überweisung durch den Hausarzt. Inhaltlich ist das Leistungsspektrum auf ein geriatrisches Assessment und die Erstellung eines Behandlungsplans beschränkt.⁵⁸ Von der Verabschiedung des Gesetzes bis zum Inkrafttreten der Vereinbarung zu den geriatrischen Institutsambulanzen hat es mehr als zwei Jahre gedauert. Die Notwendigkeit von dreiseitigen Verträgen macht in Deutschland die Verfahren zeitintensiv. Sofern noch landesweite Verträge Rahmenvereinbarungen auf Bundesebene ergänzen, wirkt sich dies ebenfalls negativ auf die Implementierungsgeschwindigkeit aus. Das Ausbalancieren der Partikularinteressen ist ein schwieriges Unterfangen.

56 § 118a Abs. 1 SGB V

57 vgl. Leber und Wasem 2016, S. 12

58 vgl. Leber und Wasem, 2016, S. 13

3.4. Erweiterung des intra- und extramuralen Leistungsspektrums durch ambulantes Operieren und besondere Versorgungsformen

3.4.1. Ambulantes Operieren

Anders als die vor-, teil- und nachstationäre Behandlung sowie die Spezialambulanzen hat der Gesetzgeber 1993 mit dem **ambulanten Operieren** ein Angebot geschaffen, das sowohl dem niedergelassenen als auch dem stationären Bereich zur Verfügung steht. Das Mengenvolumen des ambulanten Operierens ist für Akutkrankenhäuser durchaus ein Beträchtliches. 2017 führten die Spitäler rund 1,7 Mio. ambulante Operationen durch. Die Mehrzahl der ambulanten Operationen wird jedoch extramural durchgeführt. Ohne den medizinisch-technischen Fortschritt und die Umstellung auf das DRG-System hätte das ambulante Operieren sicherlich nicht diesen Aufschwung in Deutschland erfahren. Leistungen, wie z.B. Katarakt-Operationen, wurden vor Einführung der DRGs ganz selbstverständlich stationär erbracht. Heute ist die stationäre Aufnahme der Ausnahmefall.

Die gesetzlichen Grundlagen zum ambulanten Operieren sind in § 115b SGB V geregelt. Dort heißt es:

„(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren

- 1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe,*
- 2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.*

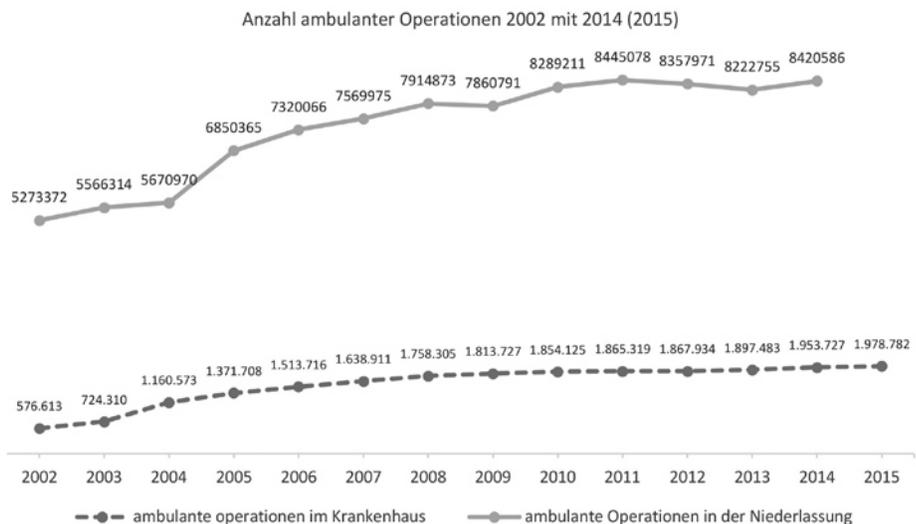
(2) Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen und stationsersetzenden Eingriffe zugelassen. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss (§ 96); die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landeskrankenkassen über den Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung. Das Krankenhaus ist zur Einhaltung des Vertrages nach Absatz 1 verpflichtet. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen; die Krankenhäuser übermitteln den Krankenkassen die Daten nach § 301, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich ist.“⁵⁹

59 § 115b SGB V

Der Leistungskatalog der ambulanten Operationen wird durch einen dreiseitigen Vertrag auf Bundesebene festgelegt. Dieser ist jährlich anzupassen, wobei es seit 2004 keine substantielle Fortschreibung des Katalogs der ambulanten Operationen gab.⁶⁰ Der aktuelle Koalitionsvertrag der deutschen Bundesregierung sieht eine Reform des ambulanten Operierens vor.

Die Vergütung des ambulanten Operierens erfolgt weitestgehend auf Basis des EBM. Sowohl die Krankenhäuser als auch der niedergelassene Bereich hatten das ambulante Operieren insbesondere in den Anfangsjahren als zusätzliche Einnahmequelle entdeckt. Abb. 19 zeigt die Entwicklung im Zeitverlauf, differenziert nach dem Leistungserstellungssektor. Während es sehr hohe Steigerungsraten in den Anfangsjahren gab, waren die Steigerungsraten in den vergangenen Jahren eher bescheiden, so dass sich das Volumen an ambulanten Operationen und die Sektorenverteilung eingespielt haben.

Abbildung 19: Entwicklung der ambulanten Operationen im Zeitverlauf



Quelle: Nagel u.a. 2017, auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes, S. 19

60 vgl. Leber und Wasem 2016, S. 7

3.4.2. Besondere Versorgungsformen

Die Option einer sektorenübergreifenden Versorgung ist auch in den besonderen Versorgungsformen enthalten. Als Varianten sind hier die strukturierten Behandlungsprogramme/DMP nach § 137 f und g SGB V und die integrierte Versorgung, die seit 2015 unter dem Begriff der besondere Versorgung firmiert, anzuführen.⁶¹

Die 2001 eingeführten DMP zur Versorgung chronisch kranker Patienten wurden 2003 durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz für den Krankenhaussektor geöffnet.⁶² Die sogenannten Chronikerprogramme sind auf ausgewählte Krankheitsbilder beschränkt. Zurzeit ist die in § 137 SGB V enthaltene Liste möglicher Krankheitsbilder noch keineswegs abgearbeitet. Zu Beginn des Jahres 2018 gab es DMP für Asthma, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Brustkrebs, Diabetes mellitus (Typ 1 und Typ 2) und koronare Herzkrankheiten. Intention der DPM ist es, durch einen abgestimmten Therapieplan zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern und einer ausgereiften Diagnostik die Beschwerden chronisch Kranker zu verringern und das Fortschreiten einer chronischen Erkrankung sowie das Entstehen von Begleiterkrankungen aufzuhalten. Die Lebensqualität chronisch kranker Patienten soll gesteigert werden, ebenso wie die medizinische Behandlungseffektivität. In DMP arbeiten verschiedene Spezialisten aus dem ambulanten und stationären sowie dem Rehabilitationsbereich in einer strukturierten Weise zusammen. Die Richtlinien zur Ausgestaltung der DMP werden vom gemeinsamen Bundesausschuss der Selbstverwaltungsträger erlassen.

Die integrierte oder – wie sie seit 2015 heißt – besondere Versorgung nach § 140a SGB V basiert auf selektiven Verträgen mit den Krankenkassen. § 140a SGBV legt fest, dass die Krankenkassen Verträge über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. Die besondere Versorgung zielt von der Intention her entweder auf eine bessere Verzahnung der verschiedenen Leistungsektoren und damit eine übergreifende Versorgung oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung. Neben ärztlichen Leistungserbringern, den kassenärztlichen Vereinigungen und Spitälern können auch Pflegeheime und Pflegekassen, Rehabilitationskliniken und MedizinproduktHersteller Vertragspartner sein. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die gesetzlich Krankenversicherten freiwillig. Die Versicherten müssen explizit ihre Mitwirkungsbereitschaft erklären. Das Ausgabenvolumen für die besondere Versorgung nach § 140a SGB V lag laut SVR im Jahr 2017 bei 1,934 Milliarden.

61 vgl. § 140a SGB V

62 vgl. Leber und Wasem 2016, S. 13

Exkurs: Finanzvolumina und Vergütungsformen ambulanter Spitalsleistungen

Bevor jene Versuche beschrieben werden, mit denen der Gesetzgeber versucht hat, der de facto häufig gegebenen Dominanz bei Spitälern bei den Maßnahmen zur Überwindung der Sektorengrenzen durch eine bewusste Förderung der extramuralen Versorgung entgegenzusteuern, wird zum Abschluss der Behandlung der Ambulantisierung von Spitalleistungen ein Blick auf die Entwicklung der Finanzvolumina und die Vergütungsformen von ambulanten Spitalsleistungen gerichtet. Die Ausgabenvolumina ambulanter Krankenhausleistungen sind Tab. 4 zu entnehmen. Erkennbar ist, dass die ausgabenstärksten Positionen die teilstationäre Behandlung und das ambulante Operieren sind, gefolgt von den Hochschulambulanzen und den psychiatrischen Institutsambulanzen.

Tabelle 4: Ausgabenvolumina ambulanter Krankenhausleistungen

Versorgungsform (SGB V)	Kosten (in Mio. Euro)		Differenz (in %)	Anmerkungen/ Erläuterungen
	2009	2014		
Ermächtigte Krankenhausärzte	-	-	0	Keine Zahlen vorhanden
Pseudostationäre Behandlungen (Stundenfälle)	325	424	31	DRG-Abrechnungsstatistik
Ambulantes Operieren im Kran- kenhaus	627	612	2	KJ-1-Statistik
Vor- und nachstationäre Behand- lung im Krankenhaus	287	388	35	KJ-1-Statistik (ca. 95 % davon vorstationär)
Ambulante Behandlung im Kran- kenhaus bei Unterversorgung	0	0	0	kein Anwendungsfall
Ambulante Behandlung im Kran- kenhaus	37	-		KJ-1-Statistik
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (AVS)		175		KJ-1-Statistik
Hochschulambulanzen	-	536		
Sozialpädiatrische Zentren	164	205	25	KJ-1-Statistik
Pädiatrische Spezialambulanzen	-	-		Keine Zahlen vorhanden
Psychiatrische Institutsambulanzen	387	523	35	KJ-1-Statistik
Geriatrische Institutsambulanzen	0	0	0	Noch keine Angaben
Strukturierte Behandlungsprogram- me (DMP)	-	1		KJ1-Statistik (ab 2013)
Besondere Versorgung (VSG) (ehemals Integrierte Versorgung)	0,65+	1,64 +	-	Bislang keine gesonderten Krankenhausdaten ausge- wiesen
Teilstationäre Behandlung	-	1586	0	DRG-Abrechnungsstatistik (kein Ausweis im Jahr 2009)

+ Angabe für den niedergelassenen und den stationären Bereich laut SVR

Quelle: Leber und Wasem 2016, S. 19 2018

3.5. Spezielle Versorgungsformen für den extramuralen Bereich

3.5.1. Praxiskliniken

Bereits 1989 wurde die Möglichkeit der Einrichtung von Praxiskliniken eingeführt.⁶³ Nach § 115 Abs. 2 Nr. 1 SGB V sind Praxiskliniken Einrichtungen, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden können. Die Bedingungen für Praxiskliniken regeln dreiseitige Verträge zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landeskrankenhausgesellschaften. Da bis 1995 keine einzige Praxisklinik ihren Betrieb aufgenommen hatte, gab es 1995 einen Gesetzesentwurf, welcher die Bedingungen für Praxiskliniken spezifizierte. Der Gesetzesentwurf sah eine Begrenzung auf maximal vier Betten je teilnehmenden Vertragsarzt und eine Begrenzung der stationären Versorgung auf maximal vier Tage vor.⁶⁴ Materiell scheiterte der Regierungsentwurf im Bundesrat.⁶⁵ 2009 gab es einen erneuten gesetzgeberischen Anlauf, die Idee der Praxisklinik umzusetzen. § 122 SGB V sieht deswegen Folgendes vor:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der in Praxiskliniken tätigen Vertragsärzte gebildete Spitzenorganisation vereinbaren in einem Rahmenvertrag

- 1. einen Katalog von in Praxiskliniken nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 ambulant oder stationär durchführbaren stationärsersetzenden Behandlungen,*
- 2. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse.“⁶⁶*

2010 hat dann der GKV-Spitzenverband Verhandlungen mit der Spitzenorganisation der Praxiskliniken, der Deutschen Praxisklinikgesellschaft e.V. aufgenommen, die 2011 von Seiten des GKV-Spitzenverbandes abgebrochen wurden. Bis heute gibt es sehr wenige Praxiskliniken, die ihren Schwerpunkt in der tagesklinischen kurzstationären Behandlung haben. Auf der Homepage der Deutschen Praxisklinikgesellschaft e.V. sind derzeit 34 Praxiskliniken angeführt, deren Schwerpunkt überwiegend im Bereich des ambulanten Operierens liegt.

63 vgl. § 122 SGB V

64 vgl. Nagel u. a. 2017, S. 37

65 vgl. Nagel u.a. 2017, S. 337

66 § 122 SGB V

3.5.2. Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung und als Maßnahme gegen den Trend, dass die Verzahnung der Versorgungssektoren zu einer Ausweitung der Leistungserbringung durch die Spitäler geführt hat, wurde 2012 die **ASV** eingeführt. § 116b Abs. 1 SGB V enthält folgende Definition:

„Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern.“⁶⁷

§ 116b enthält eine Liste, welche Leistungen für eine ASV in Betracht kommen. Hierbei lassen sich drei Blöcke unterscheiden:

- Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (z.B. onkologische Erkrankungen, rheumatologische Erkrankungen, HIV/AIDS, Multiple Sklerose, Epilepsie),
- seltene Erkrankungen oder Erkrankungen mit geringen Fallzahlen (z.B. Tuberkulose, Mukoviszidose, Hämophilie, schwerwiegende immunologische Erkrankungen, seltene Lebererkrankungen, pulmonale Hypertonie) und zwei
- hochspezialisierte Leistungen (CT-/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen oder die Brachytherapie).

Von der Intention her wollte der Gesetzgeber, dass die niedergelassenen Fachärzte hier eine zentrale Rolle spielen.⁶⁸ Die Vergütung der Leistungen der ASV, die durch Praxis- und Klinikärzte erbracht werden kann, erfolgt extrabudgetär zu festen Preisen, was diese Leistungen attraktiv macht.⁶⁹

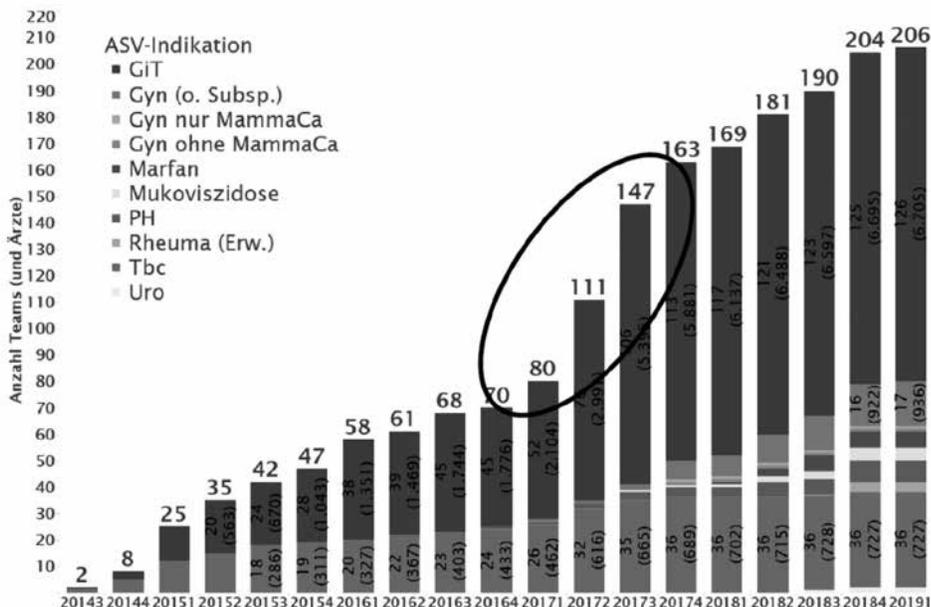
Die Bedingungen für die AVS werden durch den gemeinsamen Bundesausschuss spezifiziert. In § 116b Abs. 3 SGB V heißt es dazu, dass der gemeinsame Bundesausschuss die Erkrankungen konkretisiert, den Behandlungsumfang bestimmt sowie die sächlichen und personellen Anforderungen spezifiziert sowie die Anforderungen an die Qualitätssicherung festlegt. Sofern Spitäler an der ASV teilnehmen, ist festzulegen, unter welchen Bedingungen eine teil- oder vollstationäre Versorgung erfolgen kann.

67 § 116b Abs. 1 SGB V

68 vgl. Nagel u.a. 2017

69 vgl. SVR 2018, S. 368

Abbildung 20: Umsetzung der ASV bis 2019



Schmedders 2019, S. 20

Die derzeitige Praxis ist noch weit von einem Abarbeiten der in § 116b SGB V genannten Krankheiten entfernt. Abb. 20 gibt einen Überblick über die Implementierung bis zum 16.01.2019. Der Prozess zur Umsetzung der ASV ist somit schleppend angelaufen und ist nach Leber und Wasem (2016) extrem konfliktreich. Die ältesten Regelungen zu der ASV stammen aus dem Jahr 2014 und beziehen sich auf die Tuberkulose (TBC) und die atypische Mykobakteriose, gastrointestinale Tumore (GiT) und Tumore der Bauchhöhle. 2015 erfolgten dann die Beschlussfassungen zu den gynäkologischen Tumoren (Gyn), zum Marfan-Syndrom und zur Pulmonalen Hypertonie (PH). Die Bestimmungen für rheumatologische Erkrankungen und zu den urologischen Tumoren (Uro) traten erst 2018 in Kraft. Auch hier zeigt sich wieder, dass Maßnahmen, die an spezifischen Krankheitsbildern ansetzen und dreiseitige Verträge erfordern, extrem zeitintensiv sind.

4. Kritische Bewertung und zusammenfassende Schlussfolgerungen

Die abschließende kritische Bewertung erstreckt sich auf einige zentrale Beobachtungen. Zunächst ist im Vergleich zu Österreich festzuhalten, dass deutsche Spitäler einen geringeren Anteil an den extramuralen Leistungen haben. Die aktuellsten deutschen Berechnungen stammen aus dem Jahre 2016. Von den damaligen 44,7 Milliarden Euro für die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung entfielen knapp 11 % auf Spitalleistungen.

Der Anteil deutscher Spitäler an der extramuralen ärztlichen Versorgung ist geringer als in Österreich.

Die genaue Aufteilung ist Abbildung 21 zu entnehmen.

Abbildung 21: Verteilung der ambulanten Ausgaben auf den extra- und intramuralen Bereich in Deutschland, Stand 2016 (Gesamtvolumen 44,7 Mrd. Euro); Berechnung durch den SVR



Quelle: SVR 2018, S.107

Die Umsetzung des Postulats „ambulant vor stationär“ war Gegenstand zahlreicher gesetzgeberischer Initiativen, die teilweise über 30 Jahre zurückreichen. Dennoch ist der Erfolg eher bescheiden. Die Lockerung der Sektorengrenzen ist noch nicht weit fortgeschritten, da nach wie vor eine unsichtbare Mauer zwischen der extramuralen und intramuralen Versorgung besteht. Unter Allokationsaspekten geht damit das Problem der Überversorgung, d.h. eine Versorgung auf einem zu teuren Versorgungsniveau, einher. Dass das Großprojekt zur Umsetzung des Postulats „ambulant vor stationär“ und damit die Einhaltung des § 39 SGB V bei Weitem noch nicht abgeschlossen ist, erkennt die Bundesregierung an, wie der in Punkt 3.1. angeführte Auszug aus dem Koalitionsvertrag der großen Koalition aus dem Jahr 2018 zeigt. Dies führt zu folgender Schlussfolgerung:

Seit 30 Jahren bemüht sich der Gesetzgeber mit mäßigem Erfolg um eine bessere sektorenübergreifende Versorgung.

Diese Meinung teilt auch der deutsche SVR, der in seinem aktuellen Gutachten mit dem programmatischen Titel „Bedarfsgerechte Versorgung“ aus dem Jahr 2018 ein ganzes Kapitel den konkreten Ansätzen der sektorenübergreifenden Versorgung widmet. Der SVR sieht ebenfalls noch einen großen Handlungsbedarf. Der SVR kritisiert, dass es weder eine gemeinsame Planung der versorgungsstufenübergreifenden Behandlungskapazitäten noch einheitliche Qualitätsanforderungen oder eine durchgehend konsistente gemeinsame Vergütung gibt. Aus Patienten- und Patientinnensicht rügt der SVR, dass das derzeitige sektorenübergreifende Angebot nicht im Einklang mit deren Präferenzen stehe. Angebotsseitig weist der SVR, wie das in Punkt 3.1. angeführte Zitat zeigt, darauf hin, dass auf Grund des medizinischen und medizin-technischen Fortschritts das Potential für eine ambulante Leistungserstellung in den vergangenen Jahrzehnten gestiegen sei. Implizit wird damit suggeriert, dass dieses Potential noch besser genutzt werden könnte.

Wie bereits angedeutet, haftet zahlreichen deutschen Regelungen die Tendenz zur Überbürokratisierung an. Der Weg, zahlreiche Maßnahmen an bestimmten Krankheitsbildern anzusetzen, ist in der Kombination mit dreiseitigen Verträgen auf Bundes- und Landesebene sehr zeitintensiv. Die jeweiligen Partikularinteressen der verschiedenen Vertragsparteien gilt es auf den vertragsrelevanten Ebenen (Bund und/oder Bundesländer) auszubalancieren, was zu komplizierten Regelungen führt. Schiedsstellenverfahren wirken in manchen Anwendungsbe-
reichen zudem verfahrensverlangsamend. Die Neigung, komplizierte Regelungen zu treffen, ist in Deutschland keineswegs nur auf den Gesundheitsbereich beschränkt. Im Vergleich zu Österreich sind auch die steuerrechtlichen Vorschriften in Deutschland komplexer. Zusammenfassend führt dies zu folgender Schlussfolgerung:

Die gesetzgeberischen Anforderungen zur besseren Verzahnung der extra- und intramuralen Versorgung sind häufig kompliziert und neigen zu einer Überbürokratisierung.

Die nachfolgenden Bewertungen beziehen sich auf eine Bewertung ausgewählter gesetzgeberischer Ansatzpunkte. Während bei den in Punkt 3.2. vorgestellten Formen die Ermächtigungen als versorgungsmäßig irrelevant eingestuft werden können, gilt dies nicht für die Notfallversorgung durch Spitalsambulanzen. Wie bereits ausgeführt, ist es zu Verschiebungen zugunsten der Spitalsambulanzen gekommen. Während historisch gesehen der Versorgungsauftrag bei den kassenärztlichen Vereinigungen lag, ist es in 2015 zu einer Relativierung der Ausschließlichkeit gekommen. Heute ist der ärztliche Notdienst in Kooperation mit den Krankenhäusern durchzuführen. Auch die derzeitigen Vorschläge des gemeinsamen Bund-Länder-Ausschusses zielen eindeutig auf Formen der kooperativen Zusammenarbeit ab. Der Bundesgesetzgeber will die Notfallversorgung umfassend reformieren. Dies schließt die Neuordnung des Rettungswesens, die Erweiterung des Leistungsspektrums der Rettungssanitäter sowie die Reorganisation der Notfallversorgung in den Spitälern mit ein. Da eine Verfassungsänderung notwendig wäre, um die Pläne des deutschen Gesundheitsministers Spahn umzusetzen, wird mit einem längeren Umsetzungszeitraum gerechnet. Ob dies noch in dieser Legislaturperiode (planmäßig bis Herbst 2021) geleistet werden kann, ist fraglich. Die geplante organisatorische Ausgestaltung ist Abbildung 21 zu entnehmen.

Abbildung 22: Modell des deutschen Gesundheitsministeriums zur Reform der Notfallversorgung



Quelle: Homepage des deutschen Gesundheitsministeriums

In Punkto Notfallversorgung lässt sich zusammenfassend festhalten:

Die derzeitige Reform der Notfallversorgung ist ein gesetzgeberisches Großprojekt, das auf das veränderte Nachfrageverhalten reagiert und weiter den Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung relativiert.

Ein Blick auf die Wachstumsraten der vollstationären Spitalsfälle (plus 17,6 %) im Vergleich zu jenen der unter Punkt 3.3. vorgestellten vor- und nachstationären sowie teilstationären Leistungen zeigt, dass letztere deutlich über der Fallzahlsteigerung im vollstationären Bereich liegen und volumenmäßig auch über den Steigerungsraten des extramuralen Angebots liegen dürften, da große Teile der extramuralen ärztlichen Versorgung des Leistungsumfangs mengenmäßig begrenzt sind. Mit der Einführung der DRGs sind vielfältige Formen der Ergänzung der vollstationären Versorgung um ambulante und teilstationäre Leistungen entstanden. Dies hat es den Spitälern erlaubt, ihr Leistungsspektrum um Angebote ohne das Erfordernis der 24-Stunden-Betreuung zu erweitern. Der Handlungsspielraum der deutschen Spitäler hat sich deutlich erhöht. Besonders hohe Steigerungsraten weist in den vergangenen 15 Jahren die vorstationäre Behandlung mit knapp 140 % seit 2005 auf, die unter anderem zum Abklären der Notwendigkeit einer vollstationären Versorgung genutzt werden kann. Durch die Ergänzung der vollstationären Behandlung um die teilstationären und ambulanten Angebote sind die Wahlmöglichkeiten und damit die Erlösoptimierungsmöglichkeiten der Spitäler gestiegen. Im Laufe der Zeit ist eine Reihe von personengruppenbezogenen Spezialambulanzen dazugekommen, die ebenfalls das Leistungsspektrum der Spitäler erweitern. Nicht alle Formen der Spitalambulanzen sind auf das Schließen von Versorgungslücken und damit auf ein zeitlich begrenztes Angebot ausgerichtet. So fehlen entsprechende Vorgaben bei den Hochschulambulanzen und den psychiatrischen Institutsambulanzen. Die Ambulanzen für bestimmte Personengruppen stellen grundsätzlich einen interessanten Ansatz für eine bessere Verzahnung der extramuralen Versorgung mit der intramuralen Versorgung dar. Die besseren diagnostischen Möglichkeiten der Spitäler und auch das in den Spezialambulanzen vereinte fachärztliche Know-how bieten komplementäre Möglichkeiten zur extramuralen Betreuung. Vom Anteil an den Gesamt-GKV-Ausgaben für den stationären Bereich ist der Einnahmeanteil der Spezialambulanzen gering. Zusammenfassend lässt sich festhalten:

Die Spitäler haben vielfältige Formen der Flexibilisierung der vollstationären Versorgung um teilstationäre und ambulante Leistungen hinzugewonnen. Deren Wachstumsraten liegen über denjenigen der vollstationären Fälle.

Der Blick auf die Nutzung der Gesetzesreformen, die danach streben, für beide Leistungsanbietergruppen neue Angebotsformen zu schaffen, zeigt, dass nur das ambulante Operieren eine versorgungsrelevante Bedeutung erlangt hat. So entfielen 2016, wie weiter oben dargestellt (Abb. 21), rund 2,6 Milliarden Euro auf ambulante Operationen. Die Mengendynamik hat über die Jahre abgenommen, was angesichts der extramuralen fachärztlichen Versorgung und des medizintechnischen Fortschritts nicht nachzuvollziehen ist. Der deutsche Gesetzgeber will nun hier aktiv werden, wobei zu kritisieren ist, dass der Planungshorizont der angestrebten Ausdehnung des Leistungskataloges über die derzeitige Legislaturperiode hinausgeht. Ein Beitrag zu einer sektorenübergreifenden Versorgung ist nicht gegeben, da beide Sektoren von dieser Angebotsform Gebrauch machen. Hochtechnisierte ambulante OP-Zentren als Leistungsort können potentiell einem unterausgestatteten Krankenhaus überlegen sein. Der in den Anfangsjahren bestehende Qualitätsvorsprung der intramuralen Angebote besteht heute nicht mehr in gleichem Umfang. Zusammenfassend führt dies zu folgender Feststellung:

Das ambulante Operieren ist das einzige in die Jahre gekommene nennenswerte und versorgungsrelevante Beispiel der Leistungserweiterung, das sowohl neue Leistungsmöglichkeiten für den extramuralen als auch intramuralen Bereich geschaffen hat. Allerdings leistet das ambulante Operieren keinen Beitrag zur sektorenübergreifenden Versorgung.

Die anderen unter Punkt 3.4. vorgestellten Versorgungsformen haben noch ein deutliches Steigerungspotential hinsichtlich ihres Anteils an der Patientenversorgung. Weder die besondere Versorgung nach § 140a SGB V noch die strukturierten Behandlungsprogramme führen zu einem versorgungsrelevanten Angebot. Zu einer sehr kritischen Einschätzung der strukturierten Behandlungsprogramme kommt der SVR. Die bisherigen qualitativen Evaluationsergebnisse der DMP sind heterogen. Laut SVR zeigen die Evaluationen von DMP zwar „*einige Verbesserungen medizinischer Parameter und Fortschritte bei der Prozessqualität*“, vermochten aber „*bei uneinheitlichen Ergebnissen hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität keinen Nutzenbeleg für DMP erbringen*“.⁷⁰

Mit einem Ausgabenanteil von rund 1 % an den GKV-Ausgaben bleiben die krankenkassenindividuellen Leistungen im Rahmen der integrierten oder besonderen Versorgung ebenfalls hinter den ursprünglichen Erwartungen des deutschen Gesetzgebers zurück. Kritisch merkt der SVR in seinem Gutachten aus dem Jahr 2018 zudem die fehlende sektorenübergreifende Versorgung an, da bisher kaum

⁷⁰ SVR 2018, S. 377

Verträge mit Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, pharmazeutischen oder Medizinproduktherstellern im Rahmen der besonderen Versorgung geschlossen wurden.⁷¹ Damit ist die sektorenübergreifende Versorgung de facto nicht gegeben. Zwischenresümierend ist festzuhalten:

Sowohl bei den Disease-Management-Programmen als auch bei den Varianten der besonderen Versorgung gibt es noch ein Steigerungspotential, was den Umfang und die Vernetzung der extra- und intramuralen Versorgung betrifft.

Wendet man sich den gesetzgeberischen Maßnahmen zur Erweiterung der Leistungsangebote für die Vertragsärzte zu, so befindet sich das Belegarztwesen seit vielen Jahren auf dem Rückzug. Wie bereits in Punkt 3.1. ausgeführt, sind Ursachen für die mangelnde Attraktivität des Belegarztwesens vielfältig. Ohne substantielle Reformen ist dies ein Auslaufmodell. In Bezug auf die in Punkt 3.5. vorgestellten Formen ist Folgendes festzuhalten:

Weder die Idee der Praxiskliniken noch die ambulante spezialfachärztliche Versorgung konnten sich bisher durchsetzen.

Besonders negativ fällt der Implementierungsstand bei den Praxiskliniken aus. Hierbei handelt es sich um eine Versorgungsform, die de facto trotz mehrfacher gesetzgeberischer Initiativen nie vom Boden abgehoben hat. Der Abbruch der Verhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und der bundespolitischen Interessenvertretung der Praxiskliniken war dabei (in 2011) ein Tiefpunkt. Seitdem hat der Gesetzgeber keine Initiativen zur Wiederbelebung ergriffen.

Die AVS ist, laut SVR, ein sehr sinnvoller Ansatz zur Lösung der Schnittstellenprobleme, der aber weit hinter den ursprünglichen Erwartungen zurückbleibt.⁷² Regional konzentrieren sich die ASV-Teams primär auf Großstädte (mehr als 50.000 Einwohner) in den alten Bundesländern und sind somit bisher regional unausgewogen.⁷³ Die Implementierung der AVS verläuft schleppend, was unter anderem an den hohen Qualifikationsanforderungen und dem Antragsumfang (im Durchschnitt zwischen 300 und 500 Seiten) liegt.⁷⁴ Rund zwei Drittel der Leistungen der AVS werden in stationären Einrichtungen erbracht, bei den onkologischen ASV-Krankheitsbildern sind es sogar 75 % (bezogen auf 2016).⁷⁵ Ob

71 vgl. SVR 2018, S. 376

72 vgl. SVR 2018, S. 317

73 vgl. SVR 2018, S. 370

74 vgl. SVR 2018, S. 271

75 vgl. Nagel u.a. 2017, S. 34

die Spitalslastigkeit eine Kinderkrankheit zu Beginn dieser Versorgungsform ist, lässt sich nicht abschätzen. Bei dem unter Versorgungsaspekten bedeutsameren medizinischen Versorgungszentren war dies so, wie das 2018-er Gutachten des SVR zeigt. Um einen nachhaltigen Beitrag zur sektorenübergreifenden Versorgung zu leisten, müsste die Teilnahmeanforderungen entbürokratisiert und die Schlagzahl der krankheitsspezifischen Bestimmungen des gemeinsamen Bundesausschusses deutlich erhöht werden. Empfehlenswert wäre, dass man sich zunächst auf sehr häufige Krankheiten fokussiert und dort ein Best-practice-Lernen initiiert.

Die Planung der Versorgungskapazitäten im intra- und extramuralen Bereich erfolgt bisher getrennt. Es gibt keine sektorenübergreifende populations- und morbiditätsbezogene regionale Bedarfsplanung. Somit ist festzuhalten:

Bisher fehlt es an einer gemeinsamen Planung des sektorenübergreifenden Leistungsangebots. Dies begünstigt Überkapazitäten.

Im ambulanten Bereich geht die Grundstruktur der Bedarfsplanung auf das Gesundheitsstrukturgesetz aus dem Jahr 1992 zurück und sieht eine Bedarfsplanung auf Basis definierter Verhältniszahlen vor.⁷⁶ Die Anpassungen des Versorgungsbedarfs werden auf Basis diagnosebezogener und demografischer Faktoren vorgenommen. Die stationäre Bedarfsplanung erfolgt in Deutschland durch die Bundesländer in Form von Landeskrankenhausplänen, die nach verschiedenen Versorgungsstufen sowie nach den bettenführenden Abteilungen differenzieren. Zwischen den Bundesländern bestehen teilweise deutliche Unterschiede hinsichtlich des angewendeten Planungsverfahrens und der Planungszyklen. Sowohl der extramurale als auch der intramurale Bereich haben systemimmanente Anreize, den Bedarf möglichst hoch anzusetzen. Ohne eine gemeinsame Bedarfsplanung ist auch kein stufenweises Verfahren möglich, das als Regelform die Leistungserbringung im extramuralen Bereich vorsieht und die ambulante Leistungserbringung im stationären Bereich auf kompliziertere Leistungen oder auf jene Personengruppen mit einem erhöhten Behandlungs- und Betreuungsbedarf begrenzt. Wünschenswert wäre, wenn das Prinzip der Subsidiarität zugunsten des extramuralen Bereichs stärker zum Einsatz kommen würde.

Nachdem die Beurteilung sich bisher auf die mengenmäßige Versorgungsrelevanz bezogen hat, sollen abschließend noch die Vergütungsregelungen für ambulante Spitalsleistungen betrachtet werden. Die Vergütungsregelungen für im Spital erbrachte ambulante Leistungen sind historisch gewachsen und heterogen, wie Tab. 5 deutlich macht.

⁷⁶ vgl. Nagel u.a. 2017, S. 13

Tabelle 5: Vergütungssysteme für ambulante Krankenhausleistungen

Quelle: in Anlehnung an Leber und Wasem (2016), S. 20

Versorgungsform	SGB V	Vergütung
Notfallambulanz	§ 75	EBM plus Zuschläge
Ambulantes Operieren	§ 115b	EBM
Hochschulambulanzen	§ 117	Frei vereinbart, überwiegend Quartalspauschalen oder Vergütung nach dem bayerisches Einzelleistungssystem
Vor- und nachstationäre Leistungen	§ 115a	DRGG-Fallpauschalen oder abteilungsbezogene Pauschalen
Teilstationäre Leistungen	§ 39	Hauspezifische Tages- und Fallpauschalen
Ermächtigungen	§ 116 ff.	EBM
Leistungen bei Unterversorgung	§ 116a	EBM
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung	§ 116b	EBM mit Ergänzungen
Strukturierte Behandlungsprogramme	§ 137f	Frei vereinbart
Pseudostationäre Behandlung		DRGs
Integrierte/besondere Versorgung	§ 140a	Frei vereinbart

Dabei kommt dem EBM zwar eine gewisse Bedeutung zu, er ist aber keineswegs die einzige Vergütungsform für ambulante Spitalsleistungen. Spitäler können aus einem breiten Spektrum wählen, was Ansatzpunkte zur Erlösoptimierung bietet. Der SVR fordert in seinem aktuellen Gutachten, einen Katalog von ambulanten Prozeduren zu definieren, die im ambulanten und im stationären Sektor in gleicher Höhe abgerechnet werden können, und schlägt vor, den Spitälern zunächst eine Vergütung oberhalb des EBM zu bezahlen und diese im Laufe der Zeit degressiv abzusenken.⁷⁷ Zwischensummierend lässt sich festhalten:

Deutschland sieht für eine Reihe von ambulanten Spitalsleistungen bereits den EBM vor. Andere ambulante Spitalsleistungen werden nach DRGs oder individuell abgegolten. Damit gibt es noch kein durchgängiges, vom Leistungsort unabhängiges Vergütungssystem für ambulante Leistungen.

⁷⁷ vgl. SVR 2018, S. 772

Die kritische Bewertung zeigt, dass noch ein großer Handlungsbedarf besteht, was die Überwindung der Sektorengrenzen betrifft. In Deutschland ist zurzeit die Neuordnung der Notfallversorgung ein hochaktuelles Thema. Obwohl in Teilbereichen Schritte zu einem Honorierungssystem unabhängig vom Leistungsort gegangen wurden und die diesbezüglichen Regelungen umfassender als die derzeitige Situation in Österreich sind, sind auch in Deutschland noch weitere gesetzgeberische Schritte notwendig, damit die noch bestehenden Mauern zwischen der intra- und extramuralen Versorgung abgebaut werden. Eine sektorenübergreifende Versorgung bedarf einer gemeinsamen Bedarfsplanung, eines einheitlichen Honorierungssystems und einheitlicher Qualitätsstandards. Bei allen drei Ansatzpunkten besteht in Deutschland mit seinen föderalen Strukturen und den systemimmanenten Interessensgegensätzen in der Selbstverwaltung noch ein Handlungsbedarf.

Literaturverzeichnis

- Augurtzky, Boris und Adam Pilny (2019), Wer wird wie gefördert? Eine kritische Analyse der KHG Investitionsdaten, in: Krankenhausreport 2019, hrsg. von Jürgen Klauber u.a., Stuttgart, S. 185-199.
- Bölt, Ute (2019), Statistische Krankenhausdaten: Grunddaten der Krankenhäuser 2017, in: Krankenhausreport 2019, hrsg. von Jürgen Klauber u.a., Stuttgart, S. 247-270.
- Bundesregierung (2018), Ein Aufbruch für Europa, eine neue Dynamik für Deutschland, Ein neuer Zusammenhalt für unser Land, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 12. März 2018, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (2019), So soll, die Notfallversorgung reformiert werden, online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/notfallversorgung.html#c15889> (Abruf: 16. Oktober 2019).
- Deutsches Krankenhausinstitut (2018), Krankenhausbarometer 2018, Düsseldorf.
- Drähter, Hendrik und Tobias Schäfer (2017), Die ambulante Notfallversorgung in Notfallambulanzen und bei Vertragsärzten im Zeitraum 2009 bis 2014, in: Krankenhausreport 2017, hrsg. von Jürgen Klauber u.a., Stuttgart, S. 25-40.
- Geraedst, Max (2017), Personalausstattung der Krankenhäuser: Entwicklung der letzten 25 Jahre, in: Krankenhausreport 2017, hrsg. von Jürgen Klauber u.a., Stuttgart, S. 79-94.
- Greiling, Dorothea (2019), Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, in: Gut versorgt? Ökonomie und Ethik im Gesundheitsbereich, hrsg. von Michael Fuchs, Dorothea Greiling und Michael Rosenberger, Baden-Baden 2019, S. 23-44.
- IGES (2015), Ambulantes Potential in der Notfallversorgung. Ergebnisbericht zur Projektphase I, online verfügbar unter: http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e10849/e11992/e11996/e11998/attr_objs12650/IGES_Ambulantes_Potential_Notfaelle_WEB_ger.pdf (Abruf: 25. September 2019).
- Korzilius, Heike (2019), Belegärzte: Die letzten ihrer Art, in: Deutsches Ärzteblatt, 2019, 116. Jg., Heft 33-34, S. 1459-1461.
- Leber, Wulf-Dietrich und Jürgen Wasem (2016), Ambulante Krankenhausleistungen – Ein Überblick, eine Trendanalyse und einige Anmerkungen, in: Krankenhaus-Report 2016: Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus, hrsg. von Jürgen Klauber u.a., Stuttgart, S. 3-29.
- Nagel, Eckhard u.a. (2017), Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland, Gutachten im Auftrag des ZI (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland), Berlin.
- Neubauer, Günther (2016), Kritische Analyse des „Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus – Fallkostenanalyse und Strukturanalyse“, Expertise für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, München.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2018), Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden.

Slowik, Michael u.a. (2018), Sektorenübergreifende Neuordnung der Notfallversorgung, in: Krankenhausreport 2019, hrsg. von Jürgen Klauber u.a., S. 233-255.

Schmedders, Mechthild, Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (AVS) – eine ordnungspolitische Einordnung, Vortrags auf der Jahrestagung der Sozialmedizinischen Expertengruppe 2019 des Medizinisches Dienstes der Kranken am 29. Jänner 2019, Stuttgart.

Auf den StandPunkt gebracht

Die Rubrik „Auf den StandPunkt gebracht“ beinhaltet Positionen und ExpertInnenwissen aus der Standesvertretung der Ärzte und Ärztinnen in Österreich und aus weiteren Interessensgruppen zum Schwerpunktthema „Homogene Finanzierung von Spitalsambulanzen und Kassenärzten“.

Dieses Mal mit Beiträgen von

**Dr. Peter Niedermoser, Präsident der Ärztekammer
für Oberösterreich**

**Mag. Karl Lehner, MBA, Geschäftsführer Oberösterreichische
Gesundheitsholding (OÖG)**

**Mag. Franz Kiesel, MPM, Ressortdirektor
der OÖ Gebietskrankenkasse**

Dr. Peter Niedermoser

Präsident, Ärztekammer für Oberösterreich

Seit ich standespolitisch tätig bin, höre ich Kritik am dualen österreichischen Finanzierungssystem. Genauso lange höre ich, dass gejamert wird, dass der extramurale Bereich stagniert und die Spitalsambulanzen zunehmend überlastet sind. Und ebenfalls seit Jahrzehnten lese ich in praktisch jedem Regierungsprogramm, dass sich die Bundesregierung zum Ausbau der extramuralen Versorgung bekennt und die Spitäler entlastet werden müssen.

Geschehen ist aber faktisch nichts. Allen Systembeteiligten ist natürlich klar, dass unser Finanzierungssystem kontraproduktiv ist, was die Ambulanzentlastung anlangt. Während die Kassen für die Spitalsfinanzierung einschließlich der Spitalsambulanzen Pauschalbeträge bezahlen, faktisch unabhängig davon, in welchem Ausmaß sich das Leistungsvolumen entwickelt, müssen sie den Ausbau der extramuralen Medizin alleine finanzieren. Ob ein stärkerer Ausbau des extramuralen Bereiches mit den zur Verfügung stehenden Kassenmitteln in der Vergangenheit möglich gewesen wäre, sei dahingestellt. Faktum ist jedenfalls, dass in einigen Bundesländern die Kassen die Versicherungsbeiträge nicht zur Gänze investiert und Gewinne erzielt haben. Faktum ist aber auch, dass sie dafür als besonders wirtschaftlich gelobt und meiner Erinnerung nach nie mit dem Argument kritisiert wurden, dass man dieses Geld für den Ausbau der kassenärztlichen Versorgung nutzen hätte können. Nachvollziehbar ist aber jedenfalls, dass Krankenkassen von Beitragseinnahmen abhängen, deren Höhe sie nicht selbst bestimmen und die sie auch nicht beliebig erhöhen können, und nachvollziehbar ist auch, dass es für die Kassen schwieriger ist, so wie der Staat Schulden zu machen, und dass sie daher bemüht sind, mit ihren Beitragseinnahmen auszukommen.

Auf der anderen Seite stehen die öffentlichen Spitäler mit ihren Spitalsambulanzen, für die Aufnahmepflicht gilt. In der Praxis steht daher jeder Ambulanzzarzt mit einem Fuß im Kriminal, wenn er Patienten, die die Ambulanz aufsuchen, unbehandelt nach Hause schickt. Es ist daher wenig erstaunlich, dass die Ambulanzen mittlerweile in einem unerträglichen Ausmaß überfüllt sind. Wir sind damit weit weg von der ursprünglichen Konzeption des Gesetzgebers, der eigentlich die Vorstellung hatte, dass Spitalsambulanzen nur solche Leistungen erbringen sollen, die aus fachlichen oder strukturellen Gründen außerhalb des Spitals nicht erbringbar sind. Tatsächlich weiß ich aus vielen Gesprächen mit den Kolleginnen und Kollegen, dass ein sehr gro-

ßer Anteil der ärztlichen Leistungen, die in den Spitalsambulanzen erbracht werden, genauso gut in Ordinationen erbringbar wäre.

Es gibt eine ganze Reihe von Gründen, weshalb Patienten Spitalsambulanzen mit Beschwerden aufsuchen, die genauso gut bei niedergelassenen Kassenärzten behandelbar sind. Einer der Gründe mag sein, dass die Behandlung in einer Spitalsambulanz die einzige Inanspruchnahme ärztlicher Leistung ohne jeglichen Selbstbehalt ist. Während in Apotheken die Rezeptgebühr selbstverständlich ist, beim Aufsuchen von Ärzten die kleinen Kassen prozentuelle Selbstbehalte verrechnen und selbst die Gebietskrankenkassen eine e-card-Gebühr einheben, ist das Aufsuchen einer Spitalsambulanz in Österreich völlig kostenlos.

Ein weiterer, immer wieder angeführter Grund für unnötige Inanspruchnahmen von Spitalsambulanzen wird von vielen darin gesehen, dass – vor allem aus anderen Kulturkreisen mit anderen Gesundheitssystemen kommende – Patientinnen und Patienten die Spitalsambulanz aufsuchen, weil sie gar nicht gewöhnt sind und nicht daran denken, einen niedergelassenen Arzt zu konsultieren. Auch das mag stimmen.

Der Hauptgrund für die zunehmende Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen liegt aber ganz woanders, nämlich im unzureichenden Angebot an extramuralen Leistungen, sowohl was die Anzahl der niedergelassenen Ärzte anlangt als auch was ihr Leistungsspektrum betrifft. Und der Grund dafür ist auch ganz simpel: finanzielle Mittel fehlen, um den extramuralen Bereich entsprechend auszubauen.

In der Theorie gibt es zwar den politischen Schlachtruf, dass Geld der Leistung zu folgen habe und dass daher entsprechende Mittel zum Ausbau des extramuralen Sektors zur Verfügung gestellt werden sollten. Rechtlich sieht das dann so aus, dass der Bundesgesetzgeber seit mittlerweile über zehn Jahren mit verschiedenen Kommissionen auf Landesebene experimentiert, die sich den Kopf über Mittelverschiebungen zerbrechen sollen. Faktisch handelt es sich dabei aber um Alibimechanismen, weil alle diese Gremien immer paritätisch zwischen Land und Kassen besetzt wurden. Die Kassen haben aber von jeher den Ausbau des extramuralen Bereiches von zusätzlichen finanziellen Mitteln abhängig gemacht und auf die damit erreichbare Spitalsambulanzentlastung und damit Kostensenkung bei den Ländern verwiesen. Umgekehrt waren die Spitäler aber nie bereit, ihrerseits Mittel einzusparen, einerseits weil sie an diese Entlastung nie recht geglaubt haben, vor allem aber, weil auch im Spitalsbereich jeder Cent abgeht.

Ich höre daher auch ständig von vielen echten und auch selbsternannten Experten, dass die Idee des Best Point of Service, also der Leistungserbringung am wirtschaftlich und fachlich besten Ort, in einem dualen Finanzierungssystem nicht verwirklichtbar sei, sondern die Finanzierung aus einer Hand voraussetzt. Ich, aber auch viele meiner Kollegen in der Landesvertretung, waren diesem Vorschlag gegenüber immer skeptisch. Ich habe mir angewöhnt, diese Forderung immer mit der Gegenfrage zu beantworten, wer denn eigentlich diese eine Hand sein sollte, die für die Finanzierung des intra- und extramuralen Bereiches gemeinsam verantwortlich wäre. Plausibel könnte dies wohl nur der Staat sein, auf welcher Ebene auch immer. Finanzierung aus einer Hand kennen wir daher in Europa gerade nicht in den Staaten, in denen es Krankenkassen gibt, sondern nur in den Staaten mit verstaatlichtem Gesundheitssystem. Wir wissen aber auch, dass gerade verstaatlichte Gesundheitssysteme besonders unter Unterfinanzierung leiden und ausnahmslos durch lange Wartezeiten und wesentlich höhere Patientenunzufriedenheit geprägt sind als die Finanzierungssysteme, in denen auch die Kassen eine Rolle spielen, anders gesagt in den Gesundheitssystemen mit dualer Finanzierung.

Wir haben uns daher innerhalb der Ärztekammern schon vor vielen Jahren den Kopf darüber zerbrochen, welchen Ausweg es dann eigentlich gibt, um die derzeit bestehende Barriere zwischen der Finanzierung der intra- und extramuralen Medizin zu überwinden. Gerade wenn man nach Deutschland blickt, scheint es uns naheliegend, ein System anzudenken, bei dem zwar die duale Finanzierung erhalten bleibt, aber die gesamte ambulante Finanzierung aus einer Hand erfolgt. Dieses System wurde mehrfach im Vorstand der Österreichischen Ärztekammer befürwortet, hat aber außerhalb bisher wenig Anhänger gefunden.

Ich fürchte, dass dies nicht an der Idee selbst liegt, sondern sich einem anderen Phänomen, das der österreichischen Gesundheitspolitik zugrunde liegt, verdankt: Beklagt werden zwar ständig und laut die Unzulänglichkeiten der aktuellen Situation. Wenn aber Änderungen vorgeschlagen werden, wird nicht in einem konstruktiven Diskurs versucht, die Tauglichkeit solcher Änderungsvorschläge zu prüfen und korrigierend zu verbessern. Neue Vorschläge werden vielmehr zunächst einmal als Bedrohung angesehen und es werden mit großer Akribie Argumente gesammelt, weshalb dann doch das Weiterwursteln mit bestehenden Lösungen sinnvoller ist als ein Systemwechsel.

Mag. Karl Lehner, MBA

Geschäftsführer, Oberösterreichische Gesundheitsholding (OÖG)

Ausgangsbasis des Modells der Ärztekammer ist die gemeinsame Finanzierung und Steuerung des Spitalsambulanten und des niedergelassenen Bereichs. Darüber hinaus fordert die Ärztekammer eine stärkere Patientenlenkung im Sinne wirksamer Gatekeeping-Systeme und damit eine Entlastung der Spitalsambulanzen.

Aus Sicht eines flächendeckend agierenden Spitalsträgers wie der OÖ Gesundheitsholding mit Angeboten sowohl im Ballungsraum als auch in der Peripherie und zudem in den verschiedensten Versorgungsstufen¹ sind folgende Kritikpunkte anzuführen:

- Das Modell der Ärztekammer verschiebt die oft kritisierte Sektorengrenze zwischen intra- und extramuralem Bereich unmittelbar in den Spitalsbereich und ist daher als problematisch abzulehnen.
- Die sogenannte Entlastung der Spitalsambulanzen erfordert einerseits eine wirksame Patientenlenkung, die höchst unpopulär, in Österreich ohne Tradition und bzgl. einer politischen Umsetzung unrealistisch ist, und führt andererseits zu einer geringeren Deckung der Fixkosten sowie zu Remanenzkosten.
- Die Umsetzung wirksamer Gatekeeping-Systeme hat in Österreich keine bzw. keine gute Tradition.
- Das Modell der Ärztekammer sieht eine Regelung durch das Gesamtvertragssystem vor. Damit regeln die Vertragspartner Ärztekammer und Sozialversicherung die ambulante Versorgung inkl. Spitalsambulanzen, was alleine schon aus dem Blickwinkel einer stringenten Betriebsführung abzulehnen ist.

Die Entwicklung von Primärversorgungsmodellen im Rückblick:

- Dazu zunächst ein Blick in die jüngere Vergangenheit in der Österreichischen Gesundheitspolitik: Seit der Gesundheitsreform im Jahr 2013

1 Universitäts-Klinik, Schwerpunktspitäler, regionale Standardspitäler

besteht in Österreich das Ziel zur Behandlung der Patientinnen und Patienten am „Best Point of Service“ (BPos).²

- Ein Jahr später wurde das neue Modell im Bereich der Primärversorgung mit „Primary Health Care Centers“ (PHC-Modellen) etabliert. Die PHC wurden zu „Primärversorgungseinheiten“ (PVE) weiterentwickelt bzw. begrifflich neu gefasst.

Viele Spitalsambulanzen haben einen hohen Zulauf an Patientinnen und Patienten, die zwar eine Versorgung benötigen, nicht aber als Akutpatientinnen/-patienten einzustufen sind und daher die Versorgung nicht notwendigerweise im Krankenhaus erfolgen müsste.

Folgende Ansätze können zu einer Lösung der Problematik beitragen:

- **Im Rahmen innovativer verschränkter Versorgungsmodelle** wie z.B. dem Pädiatriemodell im Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum Kirchdorf³, dem Gyn-Modell im Klinikum Freistadt⁴, dem Model für MRT-Leistungen im Klinikum Rohrbach⁵ oder ganz generell einer Primärversorgungseinheit an einem Krankenhaus oder in dessen unmittelbarer Nähe kann eine **vernünftige Triagierung** dieser Patientinnen und Patienten **Richtung Primärversorgung** einerseits **und im erforderlichen Fall Richtung Krankenhausambulanz** oder weiterer Einrichtungen des Spitals andererseits erfolgen.
- Im fachärztlichen Bereich können **neue attraktive Modelle für Spitalsärztinnen und -ärzte** geschaffen werden, die zugleich auch in solchen „Gesundheitszentren“ Patientinnen und Patienten vor und nach der notwendigen Krankenhausbehandlung betreuen. Diese Modelle sind **nicht in Konkurrenz, sondern in Abstimmung mit der niedergelassenen Ärzteschaft** und selbstständigen nichtärztlichen Berufsgruppen (wie z.B.

² Bundesgesetzblatt / Nr. 200/2013 (Zielsteuerung Gesundheit)

³ Eine im Klinikum verortete Kassen-Gruppenpraxis für Pädiatrie wird von den ÄrztInnen des Klinikums betrieben.

⁴ Auf der Gyn.-Geb.-Abteilung des Klinikums werden durch eine Vereinbarung zwischen dem Klinikum und der OÖ Gebietskrankenkasse zu definierten Zeiten auch Gyn.-Leistungen aus dem niedergelassenen Bereich angeboten, weil im gesamten Bezirk keine Kassenordination für diesen Fachbereich verfügbar ist

⁵ Mit dem intramuralen MRT-Gerät werden durch eine Vereinbarung zwischen dem Klinikum und der OÖ Gebietskrankenkasse auch extramurale PatientInnen versorgt

Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Logopädinnen und Logopäden, Hebammen, Gesundheits- und Krankenpfleger-/Innen) zu etablieren.

- **Die Vorteile liegen auf der Hand:** Synergien bei der Raum- und Geräternutzung bzw. ganz generell im gesamten Infrastrukturbereich, Behandlungskontinuität, interessante Teilzeitmodelle, Triagierung der Patientinnen und Patienten ohne politisch kaum durchsetzbare Gatekeeping-Systeme, längere Öffnungszeiten, nach dem Subsidiaritätsprinzip abgestufte Behandlungskonzepte, multiprofessionale Zusammenarbeit, bessere Gesamtkoordination zwischen den Leistungsanbietern, Nutzung von an den Klinikum-Standorten verfügbaren Kinderbetreuungsmodellen usw.
- **Großgeräte** wie z.B. CT, MRT **oder ganze medizinische Servicebereiche** (z.B. Radiologieinstitute) könnten im Klinikum **gemeinsam für intramurale und extramurale Leistungen** bzw. im klinikumnahen Bereich z.B. in Form eines Ambulatoriums betrieben werden. Dabei ist die Einbindung der externen Partner sowohl in Form einer Beteiligung und damit in selbstständiger als auch in einem Angestelltenverhältnis möglich. Das ist auch deshalb von Relevanz, weil insbesondere junge Ärztinnen und Ärzte zunehmend weniger Bereitschaft zeigen, unternehmerisches Risiko zu übernehmen.
- Bezüglich der integrativen **Versorgungsmodelle** gibt es **in Deutschland** seit Jahren insbesondere im fachärztlichen Bereich medizinische Versorgungszentren (MVZ), die in und um Kliniken situiert sind und vielfach auch von diesen oder gemeinsam mit anderen Partnern betrieben werden. **Zielsetzung ist dabei immer die sektorenübergreifende abgestufte Versorgung** insbesondere auch im ländlichen Raum. In diesem Bereich hat Österreich eindeutigen Nachholbedarf.

Es muss gelingen und es ist auch die klare Zielsetzung der OÖG, diese neuen Modelle stärker mit den Spitälern zu vernetzen. Ja, es muss auch möglich sein, dass Spitäler selbst solche Zentren im Sinne von Gesundheitszentren an ihren Standorten oder deren Umfeld gemeinsam mit niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten und nicht ärztlichen Berufsgruppen betreiben.

Es muss den Spitalsträgern möglich sein, innovative Versorgungsmodelle, wie Primärversorgungseinheiten, Gesundheitszentren bzw. medizinische Versorgungszentren an bzw. in der Nähe ihrer Standorte anbieten zu können. Darüber hinaus ist einzufordern, bei nachweisbaren Versorgungspro-

blemen im niedergelassenen Bereich (z.B. längerfristige Nichtbesetzung von Kassenstellen) diese in die Verantwortung von Spitalsträgern zu übergeben und MVZ-ähnliche Strukturen unter deren Trägerschaft zu etablieren. Damit können sowohl der Zustrom ambulanter Patientinnen und Patienten in die Spitalsambulanzen effizient gesteuert, die Bevölkerung in peripheren/ländlichen Regionen suffizient versorgt und zudem attraktive, individuelle Modelle für die ärztlichen und nichtärztlichen Berufe geschaffen werden.

Mag. Franz Kiesel, MPM

Ressortdirektor, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

Im Mittelpunkt der Kritik des österreichischen Gesundheitssystems steht die Trennung in den sogenannten „intra- und extramuralen“ Bereich.

Gemeint ist damit, dass es Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen außerhalb der Mauern des Krankenhauses (extramural) und innerhalb der Mauern des Krankenhauses (intramural) gibt. Die intramuralen Leistungen (stationäre und ambulante Spitalsleistungen) werden über den Gesundheitsfonds finanziert, der insbesondere aus Steuermitteln und aus pauschalisierten SV-Beiträgen gespeist werden. Die extramuralen Leistungen werden von den Krankenkassen (also über Beiträge) finanziert. Diese duale Finanzierung führt tatsächlich dazu, dass die Leistungen nicht primär am Best Point of Service (BPoS), also dort erbracht werden, wo es bei definierter Qualität gesamtwirtschaftlich am sinnvollsten ist, sondern dort, wo es den Interessen der Finanziere (also der Länder und der Kassen) entgegenkommt.

Eine Intention und aus meiner Sicht auch der einzige zumindest theoretisch positive Effekt des Ärztekammermodells „Finanzierung aller ambulanten Leistungen aus einer Hand“ liegt darin, dass die Kassen als dann alleinzuständiger Financier dafür sorgen könnten, dass die ambulanten Leistungen nach den Kriterien des BPoS (also nach Qualität und gesamtwirtschaftlicher Sinnhaftigkeit) entweder dem niedergelassenen Bereich oder dem spitalambulanten Bereich zugeordnet werden könnten. Eine Kostenreduktion durch gezielte Leistungsverlagerungen würde ausschließlich den finanzierenden Kassen zu Gute kommen.

Schon dieser Theorie ist entgegenzuhalten, dass die Leistungserbringung in erster Linie nicht davon abhängt, dass die Leistung aus Sicht der Anbieter

angemessen finanziert wird, sondern vielmehr von den verfügbaren Ressourcen und Kapazitäten, die sich durch eine geänderte Finanzierung per se nicht ändern. Außerdem verbleiben im Spitalsambulanzbereich, der Leistungen an den niedergelassenen Bereich abgibt, sog. „Remanenzkosten“, die u.U. dazu führen, dass nach der Leistungsverlagerung zusätzliche Kosten im niedergelassenen Bereich anfallen, die durch Kostenreduktionen im Ambulanzbereich nicht ausgeglichen werden. In Summe kommt es dann durch die Leistungsverlagerung zum (angeblichen) BPoS zu einer Erhöhung der Kosten. Nachdem diese beim Ärztekammermodell allein von den Kassen zu tragen wäre, würden diese solche Leistungsverlagerungen nicht umsetzen.

Abgesehen davon löst das Ärztekammermodell aus meiner Sicht kein einziges der aktuellen Probleme im Zusammenhang mit den Spitalsambulanzen und dem niedergelassenen Bereich, die da sind: Schwierigkeiten, freiwerdende (Plan)Stellen zu besetzen; lange Wartezeiten auf Termine sowie auf eine Untersuchung/Behandlung sowohl in den Ambulanzen als auch in den Ordinationen; Patientenablehnungen im niedergelassenen Bereich; keine klar definierten Versorgungsaufträge – weder für die Spitalsambulanzen noch für die niedergelassenen Vertragsärzte; unzureichende Erreichbarkeit niedergelassener Ärzte insbesondere zu Tagesrandzeiten und am Wochenende.

Im Gegenteil: Die Anzahl an Planstellen, das Terminmanagement, die Definition von Öffnungszeiten, die Festlegung eines Versorgungsauftrages usw. müssten dann auch im spitalsambulanten Bereich – neben den Vorgaben der Rechtsträger für ihre angestellten Ärzte – zwischen den Kassen und der Ärztekammer vereinbart werden. Wie schwierig es ist, mit der Ärztekammer patientenfreundliche Versorgungsmodelle zu vereinbaren, die naturgemäß den Interessen der Ärzteschaft zuwiderlaufen können, zeigt der niedergelassene Bereich.

Kurz zusammengefasst bestehen gegen das Ärztekammermodell aber noch weitere erhebliche Einwände:

- Die viel kritisierte „Mauer“ zwischen dem niedergelassenen Bereich und dem Spitalsbereich wird in das Krankenhaus hineinversetzt, was dazu führt, dass eine bestehende Organisation mit ihrem Personal, ihrer Infrastruktur, ihren Prozessen, ihrer Datenhaltung, ihrer Aufgabenverteilung, ihren Haftungsregelungen und ihrer Aufsicht quasi zweigeteilt würde. Ein Teil würde wie bisher der Verantwortung der Rechtsträger unterliegen, der andere Teil der Verantwortung der Kassen.

- An der dualen Finanzierung würde sich nichts ändern, es verschieben sich lediglich die Grenzen.
- Die Ambulantisierung der Spitalsleistungen würde natürlich weiter voranschreiten (medizinischer Fortschritt, tagesklinische Fälle, sogenannte „Ein-Tages-Aufenthalte“). Diese Entwicklung ginge dann voll zu Lasten der Kassen, ohne dass diese auf das Verschiebungspotential irgendeinen Einfluss hätten.
- Die Spitalsärzte wären einerseits angestellt beim Rechtsträger des Krankenhauses, andererseits würden sie als quasi freiberufliche Ärzte von den Kassen honoriert werden. Für die freiberufliche Tätigkeit würden sie die Infrastruktur des Krankenhauses benützen und müssten dafür Beiträge an das Krankenhaus, ihren Dienstgeber, entrichten. Bürokratieabbau und klare rechtliche Verhältnisse schauen anders aus!
- Rechtliche Anordnungen des Dienstgebers an den Spitalsarzt würden für seine Tätigkeit als „Vertragsarzt“ nicht gelten. Der Spitalsarzt wäre „Diener zweier Herren“, unter Berücksichtigung der Tätigkeiten für Privatversicherte sogar „dreier Herren“.
- Apropos Sonderklassehonorare: Ein Schelm, wer denkt, dass über das Ärztekammermodell „Sekundägebühren“ auch für den ambulanten Bereich eingeführt werden sollen.
- Die Ärztekammer argumentiert richtigerweise, dass bei ihrem Modell die von den Kassen in den stationären Bereich bezahlten Mittel „kostenneutral“ in den ambulanten Bereich verschoben werden müssten. Es ist aber jedem klar, dass die Länder maximal jenen Betrag verschieben würden, den sie aus dem Gesundheitsfonds für die ambulanten Leistungen bereitstellen. Nachdem diese Beträge die tatsächlichen Kosten für die ambulanten Leistungen nur zu einem Bruchteil abdecken, würden die Kassen von vornherein mit nicht gedeckten Zusatzkosten belastet werden. Diese Zusatzkosten würden sich durch die oben schon angesprochene, von den Kassen nicht beeinflussbare Verschiebung weiterer Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich weiter erhöhen. Eine dynamische Reduktion der Spitalspauschalen der Kassen würde nämlich ziemlich sicher am vehementen Widerstand der Länder scheitern.

Zusammenfassend löst das Ärztekammermodell „Finanzierung aller ambulanten Leistungen aus einer Hand“ keines der aktuellen Probleme unseres Gesundheitssystems. Im Gegenteil würden damit weitere, ganz gravierende Probleme verursacht. Die Gesamtkosten des ambulanten Versorgungssystems würden sich erhöhen. Die von der Ärztekammer proklamierte Kostenneutralität für die Kassen durch eine Umschichtung der Spitalsfinanzierungsbeiträge in den ambulanten Bereich ist illusorisch.

Was sich freilich ändern würde, ist Folgendes: Der Einfluss der Ärztekammer auf die Gestaltung des medizinischen Versorgungssystems würde sich deutlich erhöhen. Die Androhung von Vertragskündigungen im Zuge von Honorarverhandlungen würde sich nicht mehr auf den niedergelassenen Bereich beschränken, sondern die gesamte ambulante Versorgung umfassen. Sonderklassegebühren würden für den gesamten ambulanten Bereich verlangt werden, sodass nicht nur die Kassen, sondern auch die Patienten selbst über ihre Privatversicherungsbeiträge finanziell belastet würden.

N e w s a u s d e n G e s u n d h e i t s - s y s t e m e n

Diese Rubrik stellt aktuelle Informationen aus europäischen Gesundheitssystemen und der europäischen Union dar, die Sie auch auf der LIG-Homepage unter www.lig-gesundheit.at finden.

INHALT

Großbritannien: Bettenreduktion gelungen, Patient tot?!	167
Österreich: Studien zu künftigem Pflegebedarf und Finanzierung	168
Schweiz: Strategie gegen Antibiotikaresistenzen	169
Deutschland: Die Impfpflicht für Masern ist fix	170
Großbritannien: NHS bietet DNA-Screening für Säuglinge	170
Niederlande: Bildung und Lebenserwartung: Unterschiede nehmen zu	171

Großbritannien: Plattform für psychische Gesundheit	172
Schweiz: Schweizer Ordinationen liefern Finanzzahlen	173
Deutschland: Spitäler: Quantität schadet Qualität?	174

LIG-Newsletter

***Die „News aus den Gesundheitssystemen“ können
regelmäßig bezogen werden.***

Newsletter-Abo unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

GROßBRITANNIEN**Bettenreduktion gelungen, Patient tot?!**

Auch in Österreich ist die Bettenreduktion im stationären Bereich ein vielzitiertes Mantra zur erfolgreichen Reduktion der Kosten im Gesundheitswesen. Länder mit niedrigen Bettenzahlen pro Kopf werden dabei als positive Beispiele angeführt. Aber wo ist die Grenze? In Großbritannien wurde sie scheinbar überschritten, denn zurzeit stehen für den aktuellen Bedarf zu wenige Kapazitäten zur Verfügung.

Im Jahre 2010 standen in Großbritannien noch 144.455 Betten in den Spitälern, heute sind es 17.000 Betten weniger – und das bei steigendem Bedarf. Gesundheitsexperten informieren, dass für eine sichere Patientenversorgung die Bettenauslastung nicht über 85 % liegen sollte – diesen Sommer und Herbst gab es hingegen in einzelnen Spitälern Auslastungen bis zu 95 %. Ein neunjähriges Sparprogramm im NHS liegt dieser Entwicklung zugrunde, die den niedrigsten Bettenstand seit Beginn der Aufzeichnungen 1987/88 zur Folge hat und das nationale Gesundheitswesen nun vor schwierige Herausforderungen stellt.

Heute ist es nicht ungewöhnlich, dass Patienten, nach der Entscheidung für eine stationäre Aufnahme, erst bis zu 12 Stunden in einem Krankenhausrollstuhl am Gang zubringen müssen, bevor ein Bett frei wird. Diese Engpässe bei den Betten wirken sich, zusätzlich zum ohnehin immanenten Personal-mangel, negativ auf die Versorgungsqualität aus. Die Überbelegung und der rasche Patientenwechsel führen etwa zu einem höheren Risiko für Krankenhausinfektionen (kürzere Zeitfenster für die Reinigungen zwischen den Patienten). Eine weitere Folge daraus sind vermehrte Wiederaufnahmen. Ein deutliches Bild malen auch Warteschlangen von Rettungswägen, die vor der Notaufnahme warten, bis der Patient übergeben werden kann.

Nun stehen der Winter und die Weihnachtsurlaubszeit vor der Tür und es wird befürchtet, dass die vermehrten Krankheitszahlen in dieser Zeit die Versorgung zusammenbrechen lassen. Der NHS beruhigt hingegen, dass für diese Spitzen vorgesorgt wurde und man Geld dafür in die Hand genommen habe, um über die Weihnachtsfeiertage ausreichend Personal (Überstunden) und Betten zur Verfügung zu haben.

Nun will man – nach jahrelangen Sparmaßnahmen – den NHS wieder besser finanzieren, um die Versorgung der Menschen sicherzustellen.

Zusatzinfo zum Vergleich: 2016 standen in Österreich 7,4 Betten pro 1.000 Einwohner zur Verfügung, im Vereinigten Königreich nur 2,6! Der EU-28-Schnitt lag bei 5,1 Betten pro 1.000 EW.

(Quelle: OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en, S. 187)

ÖSTERREICH

Studien zu künftigem Pflegebedarf und Finanzierung

Bis ins Jahr 2030 werden über 75.000 Pflegekräfte mehr benötigt als heute, das geht aus einer Studie der Gesundheit Österreich GmbH GÖG hervor. Mitgeliefert wurden auch gleich Vorschläge, wie diese Zahl erreicht werden kann. Das Institut für Höhere Studien IHS machte sich Gedanken über die künftige Finanzierung der Pflege.

Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz unter Ministerin Brigitta Zarfl gab die Studien in Auftrag. Klares Ergebnis: Aufgrund der alternden Bevölkerung, einer zu erwartenden Verschiebung weg von der informellen Pflege hin zur mobilen Pflege und zur Betreuung zu Hause und der anstehenden Pensionierung vieler Pflegekräfte müssen bis 2030 etwas mehr als 75.000 neue Pflegekräfte ihren Dienst antreten. Derzeit ist der Bedarf mit den AbsolventInnen der verschiedenen Pflegeausbildungen noch zu decken, was sich jedoch spätestens 2024 ändern wird.

Daher empfiehlt die GÖG sofortige Maßnahmen, die vor allem in der Schaffung von attraktiven Ausbildungsmöglichkeiten, in der Aufwertung des Images der Pflegeberufe und der Verbesserung der Arbeitsbedingungen liegen.

Das IHS widmet sich in seiner Studie der Finanzierungsseite der Thematik. Kernaussage: Die in Österreich übliche Finanzierung der Langzeitpflege über Steuern ist im Ländervergleich durchaus die Norm. Der völlige Ausschluss der Sozialversicherung von der Pflegefinanzierung ist hingegen nicht gängig. Bei einem Einbezug der Sozialversicherung in die Finanzierung der Langzeitpflege solle man sich jedoch ebenfalls an Ländern wie Frankreich oder den Niederlanden orientieren, wo als Beitragsgrundlagen für die Sozialversicherung etwa auch Kapitalerträge oder Transfereinkommen mit einbezogen

würden. Anderenfalls würden nur die Lohneinkommen zusätzlich belastet, wodurch negative Arbeitsmarkteffekte zu befürchten wären.

Als zweite Maßnahme empfiehlt das IHS eine Verstärkung der Prävention, die ein enormes Potential zur Vermeidung von Folgekosten im Pflegebereich birgt. Eine wichtige Rolle wird hier den Primärversorgungszentren zugesprochen.

SCHWEIZ

Strategie gegen Antibiotikaresistenzen

Multiresistente Keime werden immer mehr zum Problem. Die Schweiz hat deshalb bereits vor vier Jahren eine Strategie zur Bekämpfung dieser gefährlichen Entwicklung beschlossen. Im Humanbereich wurde jetzt eine neue Kampagne zur Bewusstseinsbildung gestartet.

Der Bereich Mensch ist nur ein Teil der Strategie gegen Antibiotikaresistenzen – etwa wurden auch die Landwirtschaft und die Umwelt mit einbezogen. Ziel der Strategie ist die Erhaltung der Wirksamkeit von Antibiotika für die Gesundheit von Mensch und Tier.

Eine der wichtigsten Maßnahmen zur Vermeidung von Antibiotikaresistenzen ist ein maßvoller Einsatz. Dazu bedarf es auch der Mithilfe der Bevölkerung. Um den Wissensstand der Menschen zum Thema festzustellen, wurden verschiedene Evaluationen durchgeführt, auf deren Grundlage im November 2019 eine Kampagne startete. Die zentrale Aussage: „Nutze sie richtig, es ist wichtig.“ Die kurzen Informationsvideos informieren darüber, dass übrig gebliebene Antibiotika zur Ausgabestelle (Arzt, Apotheke) zurückgebracht werden sollen. Dies soll einerseits verhindern, dass andere Menschen diese Antibiotika einnehmen, und andererseits vermeiden, dass diese in den Hausmüll bzw. ins Abwasser gelangen.

Weitere Maßnahmen sind Verschreibungsrichtlinien für den niedergelassenen Bereich, die einen maßvollen Einsatz sicherstellen sollen und ein Programm zur rationellen Verwendung von Antibiotika in den Spitälern.

DEUTSCHLAND**Die Impfpflicht für Masern ist fix**

Wie das LIG schon im Frühjahr berichtete, hat Gesundheitsminister Spahn einen Gesetzesentwurf zur Impfpflicht für Masern vorgelegt. Dieser wurde nun mit großer Mehrheit im Bundestag beschlossen.

Schon im März 2020 wird die Impfpflicht für Masern in Kraft treten. Künftig müssen Kinder, bevor sie in Gemeinschaftseinrichtungen, also Kindergärten oder Schulen, betreut werden, den Nachweis über eine Masernimpfung erbringen oder belegen, dass sie die Krankheit bereits gehabt haben. Bereits in solchen Einrichtungen aufgenommene Kinder haben für den Nachweis bis 31. Juli 2021 Zeit. Selbiges gilt für Personal in Kinderbetreuungseinrichtungen, Schulen, medizinischen Einrichtungen und Unterkünften für Asylwerber. Bei Nichterbringung des Nachweises drohen ein Ausschluss bzw. hohe Bußgelder bis zu 2.500 Euro.

Ein von Gesundheitsminister Spahn sehr willkommener Nebeneffekt: Die Impfpflicht für Masern führt quasi auch zu einer Impfpflicht für Mumps, Röteln und teilweise Windpocken, weil in Deutschland nur Mehrfachimpfstoffe zugelassen sind.

GROßBRITANNIEN**NHS bietet DNA-Screening für Säuglinge**

Für viele Krankheiten, wie Epilepsie oder Mukoviszidose, könnten bei einer früh beginnenden Behandlung bessere Prognosen gestellt bzw. sogar eine Symptomfreiheit erreicht werden. Deshalb stellt das NHS jetzt ein DNA-Screening für Säuglinge zur Verfügung, um Erbkrankheiten möglichst früh erkennen und behandeln zu können.

Eines von 260 Babys in Großbritannien entwickelt eine ernste Krankheit, die vor dem fünften Geburtstag behandelt werden könnte. Jährlich sind 2.500 Kinder betroffen. Um diesen angeborenen Leiden möglichst früh zu begegnen, werden nun testweise 20.000 Babys einem vollständigen Genomtest unterzogen. Die Ärzte hoffen dadurch viele Krankheiten überhaupt aufhalten

zu können. Aber auch die Langzeitprognosen von unheilbaren Krankheiten sollen durch eine frühe Therapie deutlich verbessert werden.

Derzeit wird bei Neugeborenen der Heel-prick-Test (Bluttest) angewendet, der neun Krankheiten erkennen kann. Mit dem neuen DNA-Test, der etwa 1.000 Pfund kostet, können viel mehr Krankheiten abgedeckt werden. Wenn der Pilotversuch erfolgreich verläuft, soll der Test innerhalb von drei Jahren flächendeckend eingesetzt werden.

NIEDERLANDE

Bildung und Lebenserwartung: Unterschiede nehmen zu

Bildung und Gesundheit weisen einen starken Zusammenhang auf, das ist nichts Neues. Deshalb wird in Gesundheitssystemen überlegt, wie diese Ungerechtigkeit verringert werden kann. Die neuesten Zahlen für die Niederlande zeigen jedoch einen gegenläufigen Trend: Die Unterschiede haben sogar noch zugenommen und sorgen damit für noch mehr Ungerechtigkeit zwischen den Bildungsschichten.

Im Beobachtungszeitraum zwischen 2015 und 2018 durften hoch gebildete Frauen im Alter von 65 Jahren durchschnittlich auf weitere fast 25 Lebensjahre hoffen – über 4 Jahre mehr als schlecht ausgebildete Frauen. Im Zeitraum zwischen 2011 und 2014 betrug dieser Unterschied noch weniger als drei Jahre.

Bei Männern gibt es ebenfalls eine wachsende Kluft zwischen den Bildungsschichten, allerdings bei der Lebenserwartung ohne Einschränkungen. Hörprobleme, Sehschwächen und Einschränkungen des Bewegungsapparates werden bei schlecht ausgebildeten Männern häufiger beobachtet als bei ihren hochgebildeten Altersgenossen. Letztere leben durchschnittlich sechs Jahre länger einschränkungsfrei.

Das durchschnittliche Pensionierungsalter lag 2018 bei 65 Jahre, hoch gebildete Personen gehen jedoch im Schnitt 8 Monate früher in Rente als unqualifizierte Arbeitskräfte.

GROßBRITANNIEN

Plattform für psychische Gesundheit

Heute weiß man: Die Erhaltung der psychischen Gesundheit ist genauso wichtig wie die der körperlichen. Trotzdem warten viele Menschen zu lange und setzen bei den ersten Anzeichen einer psychischen Überbelastung keine Maßnahmen. Die Plattform „Every Mind Matters“ soll diesen Schritt nun erleichtern und setzt auf Vorbeugung.

Acht von zehn Menschen in Großbritannien waren schon einmal von frühen Anzeichen einer schlechten psychischen Gesundheit betroffen, fühlten sich ängstlich, gestresst, antriebslos oder hatten Schlafprobleme. Ein Viertel dieser Menschen wartete über sechs Monate, bevor sie Maßnahmen ergriffen. Drei Viertel davon wünschten sich jedoch, sie hätten früher etwas unternommen.

Das Projekt „Every Mind Matters“ wurde gemeinsam von Public Health England PHE und dem National Health Service NHS initiiert und Anfang Oktober 2019 gestartet. „Every Mind Matters“ setzt zu einem Zeitpunkt an, zu dem noch keine psychischen Krankheiten bestehen, und gibt den Menschen Werkzeuge zur Selbstfürsorge in die Hand, die etwa den Umgang mit Stress oder anderen Herausforderungen des Lebens erleichtern. Die allgemeine Stimmung soll gehoben, der Schlaf verbessert und das Gefühl der Kontrolle über das eigene Leben gestärkt werden. Das alles sind wichtige Grundlagen für psychisches Wohlbefinden.

Die Plattform Every Mind Matters ist evidenzbasiert, gut überprüft und gründlich vorbereitet. Kleine, einfache Veränderungen im Leben sollen positive Veränderungen im Leben der Anwender bringen: Das Identifizieren wenig hilfreicher Gedanken, Atemübungen und die Ausweitung der körperlichen Aktivitäten sind zum Beispiel gute Methoden. Diese Tipps helfen nachweislich beim Erhalt der psychischen Gesundheit, führen zu positiveren zwischenmenschlichen Beziehungen und helfen bei der Bewältigung schwieriger Zeiten.

Eine Untersuchung durch PHE zeigt, dass Menschen mit psychischen Problemen häufig (57 %) in ungesunde Verhaltensweise wie Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum oder ungesunde Ernährung fallen. Über die Hälfte der Betroffenen zieht sich aus sozialen Kontakten zurück. Ein Drittel der Men-

schen unternimmt erst Schritte zur Verbesserung der psychischen Gesundheit, wenn bereits Einschränkungen im täglichen Leben vorliegen.

Die Inhalte der Plattform stehen für die Öffentlichkeit und GPs zur Verfügung. Hausärzte sollen ihre Patienten zu einem Selbstmanagement der psychischen Gesundheit motivieren. Der NHS wird die Plattform auch unter den eigenen Mitarbeitern bewerben.

SCHWEIZ

Schweizer Ordinationen liefern Finanzzahlen

Die durchschnittliche Ordination in der Schweiz weist ein Betriebsergebnis in der Höhe von 154.000 Franken auf, das geht aus einer Erhebung des Bundesamtes für Statistik BFS hervor. Im Zuge dieser Befragung wurden auch andere Strukturdaten der Praxen erhoben.

Die Erhebung des BFS bezieht sich auf Finanzdaten aus dem Jahr 2017. Der Anteil der Arztpraxen, die eine Rückmeldung gaben liegt bei 82 %, wodurch das BFS von einer fundierten Datengrundlage spricht. Die Daten liegen außerdem ähnlich zu den Werten der Erhebung im Jahr 2015, was ebenfalls für eine stabile verlässliche Datenqualität spricht. Die Teilnehmerquote ist gegenüber 2015 um 12 % angestiegen, die Schweizer Ärzteschaft ist also an Datentransparenz durchaus interessiert.

Betriebsergebnis 154.000 Franken

Bei den als Einzelunternehmen geführten Arztpraxen ergibt sich aus den Daten ein durchschnittlicher Gesamtertrag von 428.000 Franken (ca. 390.000 Euro) im Jahr (Medianwert). Der Gesamtaufwand der Praxen lag im Median bei 263.000 Franken (ca. 240.000 Euro). Daraus ergibt sich ein Betriebsergebnis von im Schnitt 154.000 Franken im Jahr (ca. 140.000 Euro). Das Betriebsergebnis entspricht dem Nettolohn.

Für Gruppenpraxen liegt das Betriebsergebnis bei 102.000 Franken bzw. rund 93.000 Euro (Median) im Jahr, wobei hier die Löhne der Ärztinnen und Ärzte bereits abgezogen wurden.

Strukturdaten

Das durchschnittliche Arbeitspensum der Ärztinnen und Ärzte liegt in den Schweizer Ordinationen bei 75 %, was einer 40-Stunden-Woche entspricht. An der Grundversorgung nehmen 40 % der Ärztinnen und Ärzte teil. Dieser Prozentsatz liegt bei der jungen Ärzteschaft jedoch höher (51 %), was ein steigendes Interesse zur Teilnahme an der Grundversorgung bei jungen Medizinerinnen und Medizinern zeigt.

DEUTSCHLAND**Spitäler: Quantität schadet Qualität?**

Diesen Sommer sorgte in Deutschland eine Studie für Aufregung, die die Existenzberechtigung einer enormen Anzahl von Krankenhäusern in Frage stellte. Kleine Spitäler könnten mit den großen nicht mithalten und eine Zentralisierung würde den Patienten nützen, so die Autoren.

Die Studie im Auftrag der Bertelsmannstiftung empfiehlt die Reduktion der Krankenhäuser von 1.400 auf unter 600. Die knappen personellen Ressourcen bei Pflege und Ärzten könnten gebündelt und die übrigen Spitäler mit ausreichend Geräten ausgestattet werden. Viele Todesfälle und Komplikationen könnten so vermieden werden.

Qualität vor Nähe

Eine geringe Entfernung zum nächsten Spital beruhigt, weil im Fall der Fälle Hilfe nicht weit ist. Doch trügt dieser Schein? Zumindest die fragliche Studie behauptet dies. Die Qualität der Behandlung sei in kleinen Spitälern schlechter. Diese seien im Notfall häufig nicht optimal eingerichtet (z.B. bei Schlaganfällen oder Herzinfarkten) und auch bei planbaren Eingriffen fehle wegen der kleinen Fallzahlen die nötige Routine. Dadurch sind die Ergebnisse schlechter. Eine Rund-um-die-Uhr-Besetzung mit Fachärzten sei ebenfalls nur in größeren Einheiten umsetzbar. Der etwas längere Weg ins größere Spital zahle sich also aus – auch bei Notfällen. Eine Fallstudie in der Region Köln/Leverkusen und dem Umland hat überdies gezeigt, dass sich die Anfahrtszeiten der Patienten nicht wesentlich verlängern würden. In diesem Raum würde laut Vorschlag von derzeit 38 auf dann 14 Häuser zusammengelegt.

Neue Struktur

Der Vorschlag der Studie schlägt eine neue Struktur aus Versorgungskrankenhäusern mit durchschnittlich 600 Betten, etwa 50 Unikliniken und anderer Versorger mit je 1.300 Betten. Zurzeit verfügt ein Drittel der Spitäler in Deutschland über weniger als 100 Betten, der Durchschnitt liegt bei 300 Betten.

Meinungen

Der Vorschlag der Studienautoren findet nur wenig Anklang bei den Akteuren des deutschen Gesundheitssystems. Vor allem die Patientenvertretung ist entsetzt. Das Gesundheitsministerium zeigte sich vorerst bedeckt und will sich erst näher mit der Studie auseinandersetzen.

Friedrich Oelenhainz, Detail aus «Porträt des späteren Fürsten Johann I. von Liechtenstein», 1776.

© LIECHTENSTEIN. The Princely Collections, Vaduz–Vienna



VALUES WORTH SHARING

«Meine Bank legt Wert auf Werte.»

Peter Bollmann, LGT Kunde seit 2009



Private
Banking

lgt.at/values

Die Zeitschrift für Gesundheitspolitik (ZGP) des Linzer Instituts für Gesundheitssystem-Forschung (LIG) versteht sich als Medium zur Veröffentlichung neuer Denkanstöße und Perspektiven zu aktuellen Problemen des österreichischen Gesundheitssystems. Sie will damit einen Beitrag zur innovativen Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems leisten. Themenbereiche sind etwa intra- und extramurale Versorgung, Nahtstellenmanagement, Finanzierung, Organisation und Akteure des Gesundheitssystems. Die ZGP richtet sich an Personen aus Politik, Sozialversicherung, Kammern, Wissenschaft und an alle, die am Gesundheitssystem interessiert sind.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Gerne lassen wir Ihnen unverbindlich und kostenlos ein Exemplar zukommen.

Bestelladresse:

Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (LIG)
Dinghoferstraße 4, 4010 Linz
Tel.: ++43/732/77 83 71-320
Fax: ++43/732/78 36 60-320
E-mail: lig@aekoee.at

Bestellformular: <http://www.lig-gesundheit.at/abonnieren>

LIG
LINZER
INSTITUT
FÜR
GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

aekoee Ärztekammer
für Oberösterreich