



## Presseinformation

Wien, am 4.12.2007

### **Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens: Nicht viel Neues!?**

*Die Einigung von Bund und Ländern über die Organisation und Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens liegt vor und erstreckt sich über einen Gültigkeitszeitraum von 6 Jahren. Über weite Strecken deckt sich die aktuelle Vereinbarung mit jener aus dem Jahr 2005. Es finden sich aus gesundheitsökonomischer Sicht auch einige begrüßenswerte Neuerungen, insgesamt fehlt jedoch die für diesen langen Zeitraum notwendige Vision in der Weiterentwicklung der Strukturen. Die Formulierungen bleiben vielfach unkonkret und lassen bis auf einige Stellen klare Ziele und ein klares Bekenntnis zu diesen vermissen. Dabei kommt der Finanzierungsstruktur des Gesundheitswesens entscheidende Bedeutung für seine Reformierbarkeit zu.<sup>1</sup>*

#### **Integrierte Strukturplanung**

Im Bereich der Strukturplanung findet sich ein klares Commitment, dass die Rahmenplanung des ambulanten Bereichs *unmittelbar in Angriff genommen* und auf den Rehabilitationsbereich ausgedehnt wird. Neu ist, dass die Krankenanstaltenplanung des Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) durch Verordnung des jeweiligen Bundeslandes zu erlassen ist und die Abrechenbarkeit von Leistungen im Rahmen der Landesgesundheitsfonds bzw. durch den Krankenversicherungsträger an die verpflichtende Einhaltung der qualitativen Inhalte des ÖSG und des RSG durch die Leistungserbringer gebunden ist. (Artikel 4). Von der Berücksichtigung neuer Organisationsformen ist man auch an dieser Stelle wieder abgerückt.

Diese Neuerungen sind insofern von Bedeutung, als dass sie zum einen hoffen lassen, dass die Rahmenplanung nun auch wirklich wie schon lange geplant auf den ambulanten Bereich erstreckt wird und durch die Verankerung in Verordnungsrang, bzw. die Bindung der Abrechenbarkeit, die Umsetzung des Strukturplans stärkt. Allerdings sind weder im Artikel 41 noch 4 konkrete Sanktionsmaßnahmen für die Nichteinhaltung im extramuralen Bereich festgelegt. Dies ist dort insbesondere von Bedeutung, da die Stellenplanung in diesem Bereich bislang nur der Sozialversicherung gemeinsam mit der Ärztekammer unterliegt. Eine Konkretisierung und Einordnung aller Bereiche, also auch des extramuralen, an eine gesamthafte Strukturplanung wird nötig sein. Die schwachen Sanktionsmechanismen des Bundes wurden ebenfalls nicht ausgebaut (Artikel 40), was vor allem für die quantitativen Aspekte des ÖSG von Bedeutung ist. Auch ein Zeithorizont für die Umsetzung struktureller Änderungen ist nicht genannt. Die angedachten Zonenkonferenzen, die die länderübergreifende Planung unterstützen sollten, finden ebenfalls keinen Niederschlag.

## **Neue Versorgungsformen**

Die heftig von der Ärztekammer angegriffenen, schon relativ konkreten Artikel zur Errichtung von Gesundheitszentren sind auf einen Absatz (Artikel 12) zusammengeschrumpft, lediglich die Vereinbarung, eine Arbeitsgruppe einzusetzen, ist geblieben, die bis Ende 2009 (!) Modelle erarbeiten soll. In Hinblick auf die jahrelangen Verzögerungen bei der Umsetzung von Gruppenpraxen, die im Grunde klaren Anforderungen bezüglich neuer Versorgungsformen sowie vorliegende internationalen Erfahrungen ist diese Zeitplanung sehr kritisch zu sehen. Zwischen Krankenhaus und Arztpraxen bedarf es endlich zeitgemäßer Lösungen, welche nun weiter ihrer Realisierung harren. Die Vorbehalte der Ärzteschaft hätten, soweit sie berechtigt waren, besser berücksichtigt und einer raschen Einigung zugeführt werden sollen. Auch in Hinblick auf die folgende Thematik ist diese Verzögerung bedauerlich.

## **Sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs**

Artikel 9 besteht aus dem völlig neuen Passus „Sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs“, dessen Formulierung zunächst paradox erscheint. Tatsächlich legt sich auch der Text kaum auf konkrete Beispiele fest. Ziel ist die Schaffung eines einheitlichen bzw. abgestimmten Abrechnungssystems im niedergelassenen sowie im spitals-ambulanten Sektor. Wie dieses ausgestaltet sein soll ist der aktuellen Vereinbarung nicht zu entnehmen; es bleibt, die Ergebnisse der dazu eingerichteten Arbeitsgruppe abzuwarten.

Das genannte Ziel ist ein guter und lange geforderter Reformansatz. Große Hürden bei der Umsetzung dieses Vorhabens sieht das IHS in der dahinterstehenden, stark fragmentierten Finanzierungsstruktur des österreichischen Gesundheitssystems. Solange bei der Finanzierung unterschiedlicher Sektoren unterschiedliche Financiers und somit unterschiedliche Interessen aufeinanderprallen wird die Umsetzung dieses Ziels schwierig. Während derzeit Ambulanzleistungen von den Ländern und der Sozialversicherung gemeinsam finanziert werden, jedoch letztere gedeckelte Beiträge entrichtet, werden extramurale Angebote von der Sozialversicherung alleine und in vollem Umfang bestritten. Eine noch weitergehende Verflechtung und damit Verkomplizierung der Finanzierung des ambulanten Sektors durch Sozialversicherung und Länder ist allerdings jedenfalls abzulehnen. Basis für die Verwirklichung eines einheitlichen Honorierungssystems im ambulanten Bereich wäre die vom IHS schon mehrmals geforderte „Finanzierung aus einer Hand“. Diese sollte unter Berücksichtigung von Zielvorgaben von Bund, Ländern und Gemeinden bei den Krankenkassen und dem Hauptverband angesiedelt sein. Der Versicherungsträger sollte dann in einem solchen abgestimmten System die Leistung für den Versicherten nach Patientenbedürfnissen und Wirtschaftlichkeitskalkül im geeignetsten Setting nachfragen können, ob dies nun Ambulanz, Tagesklinik, Gruppenpraxis oder Gesundheitszentrum ist.

In Zusammenhang mit der Entwicklung sektorenübergreifender Abrechnungsmodelle ist zu begrüßen, dass es zu einer Überarbeitung des im LKF-System angewandten Katalogs für tagesklinische Leistungen kommt (Artikel 27 (8)). Es ist sinnvoll, zwischen tagesklinischen Leistungen, die ausschließlich stationär erbracht werden können, und Leistungen, die auch ambulant erbracht werden können, zu unterscheiden und die entsprechende Zuordnung zum jeweiligen Sektor vorzunehmen. Wie diese Zuordnung erfolgt ist der Vereinbarung nicht zu entnehmen, jedenfalls ist bei der Finanzierung innerhalb des Bereichs darauf zu achten, dass die Honorierung einheitlich oder zumindest abgestimmt erfolgt – auch dies würde sich im Falle eines Financiers einfacher gestalten als bei gegenwärtiger dualer Finanzierungslage.

---

<sup>1</sup> Siehe dazu auch die Presseunterlagen zur Pressekonferenz „Effizienz im Gesundheitswesen: Vorschläge für eine neue Finanzierungsstruktur, abrufbar auf <http://www.ihs.ac.at/index.php?id=1064>

Eine Hürde für diese Zusammenführung ist, dass sich Leistungen niedergelassener Ärzte nicht leicht in ein dem LKF-System ähnliches System einbinden lassen. Denn im LKF-System ist der geldliche Wert einer Leistung nicht von vornherein klar, sondern nur das relative Punktgewicht. Diese Einnahmenunsicherheit ist einem einzelnen Arzt schwer zumutbar, wie auch die Deutsche Erfahrung zeigt<sup>2</sup>. Vielmehr sollte durch eine Vereinheitlichung der Honorarordnungen unter modernen Erkenntnissen zu Honorierungsformen Transparenz und Abstimmung mit anderen Leistungserbringern und -bereichen gewährleistet werden.

## **LKF-System**

Die schrittweise Anhebung des Anteils der über die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) abgerechneten Mittel auf Basis der LKF-Evaluierungsergebnisse ist grundsätzlich zu begrüßen: das IHS fordert schon seit langem die Weiterentwicklung des LKF-Systems zu einem *kostendeckenden* Abrechnungssystem. Bloß eine Aufstockung der Mittel für die Landesgesundheitsfonds (Anhebung der Bundesanteile, Artikel 17), wie laut aktueller Vereinbarung zugesichert, ist jedoch ohne abrechnungstechnische Adaption des Systems mittel- sowie langfristig nicht zielführend.

Die Abrechnung in- und ausländischer Gastpatienten wurde daher auch durch die jetzt vorliegende Vereinbarung nicht gelöst. Das Problem besteht seit langem darin, dass für Gastpatienten<sup>3</sup> jeweils nur der LKF-Wert erstattet wird, welcher aber nicht kostendeckend ist. Im Sinne einer die Bundesländergrenzen überschreitenden Gesundheitsplanung und -versorgung, wie sie im Rahmen der Versorgungszonen ja auch im ÖSG vorgesehen ist, wäre eine Lösung wichtig gewesen.

In Bezug auf die Ungleichbehandlung der Ordensspitäler<sup>4</sup> wird zwar in Artikel 35 (2) festgestellt, dass gleiche Vergütung für gleichartige Leistungen erfolgen soll; allerdings gilt dies nur für den LKF-Anteil. Zu einer bundeseinheitlichen und trägerübergreifenden Abgeltung der Betriebsabgänge konnte man sich jedoch offenbar weiterhin nicht durchringen.

## **Public Health, Prävention und Gesundheitsförderung**

Erstmals findet sich in der aktuellen Vereinbarung ein eigener Artikel (Nummer 11) zum Thema Public Health. Bei Durchführung von Maßnahmen sind Public Health-Grundsätze zu berücksichtigen, auch in Hinblick auf eine systematische Gesundheitsberichterstattung – die österreichische Datenlandschaft ist in vielen Bereichen noch lückenhaft und verbesserungswürdig; erst durch objektive Daten sind Evaluierungen von Maßnahmen möglich. Der Artikel 11 bleibt jedoch sehr unkonkret, und die Themen Prävention und Gesundheitsförderung finden in der gesamten Vereinbarung kaum mehr Erwähnung als 2005. In Hinblick auf die lange Geltungsdauer der Vereinbarung und das noch in der Regierungsvereinbarung festgelegte Ziel, eine vierte Säule Prävention und Gesundheitsförderung zu errichten, wird diesem Zukunftsthema weniger Platz eingeräumt, als wünschenswert wäre.

---

<sup>2</sup> In der Deutschen Gesundheitsreform 2007 geht man von einem solchen System gerade ab.

<sup>3</sup> Das sind Patienten, die aus einem anderen Bundesland bzw. einem anderen Staat stammen und deren in Anspruch genommene Leistungen einen Ausgleich zwischen dem Ursprungsland und dem Erbringerland erfordern.

<sup>4</sup> Siehe IHS-Projektbericht „Die Finanzierung gemeinnütziger Krankenhäuser - eine internationale Zusammenschau“ vom April 2006

## Reformpool

Bezüglich des Kooperationsinstruments „Reformpool“ als Finanzierungsmaßnahme bringt die aktuelle Vereinbarung einige Neuerungen mit sich – die teilweise begrüßenswert, aber auch von Defiziten gekennzeichnet sind. War in der Vergangenheit der Reformpool primär für Projekte gedacht, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich zur Folge haben, werden nun auch explizit Projekte der Integrierten Versorgung bzw. Pilotprojekte zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs gefördert. Das IHS hat bereits mehrmals die Finanzierungsform der Reformpoolprojekte kritisiert, da die Mittel nicht dediziert für die Projekte zur Verfügung standen, sondern nur fakultativ. Es bestand daher kaum Anreiz für potentielle Antragsteller, Projekte einzureichen mit dem Wissen, dass Mittel der Landesgesundheitsfonds wegen beschränkter Budgets eher nicht bereitgestellt werden. Hier bringt die aktuelle Vereinbarung eine maßgebliche, begrüßenswerte Neuerung: es wird festgehalten, dass für vereinbarte Projekte in den jeweiligen Budgets der Länder und der Sozialversicherung die erforderlichen Mittel *vorzusehen* sind. Ist dies dahingehend zu verstehen, dass die Mittel real zu budgetieren sind und somit dediziert Geld für Reformpoolprojekte zur Verfügung steht, besteht die Chance den Anreiz für mehr Projekteinreichungen zu steigern. Zugleich muss aber konstatiert werden, dass im Vergleich mit der letzten Vereinbarung aus dem Jahr 2005 eine konkrete Nennung der Höhe der vorzusehenden Mittel in der aktuellen Vereinbarung fehlt. Im letzten Abkommen war noch die Rede von ein bis zwei Prozent der Gesamtmittel für den intra- und extramuralen Bereich.

Das Bekenntnis zur Weiterentwicklung der Leitlinien für den Kooperationsbereich durch die Bundesgesundheitsagentur ist zu begrüßen: Eine Überarbeitung könnte dahingehend erfolgen, dass die Anforderungen an Reformpoolprojekte neu definiert werden und deren Einhaltung seitens der Bundesgesundheitsagentur auch einer genaueren Kontrolle unterzogen werden. Voraussetzung für Reformpoolprojekte ist gegenwärtig noch, dass Einsparungen sowohl im extra- als auch im intramuralen Bereich erfolgen; für allokativen Effizienz würde es aber genügen, wenn der Saldo eine Einsparung bedeutet, auch wenn in dem einem oder anderen Bereich Mehrkosten anfallen.

### Rückfragehinweis:

IHS, Stumpergasse 56, 1060 Wien, Fax: 01/59991-162, <http://www.ihs.ac.at>

Univ.-Prof. Dr. Bernhard Felderer, [felderer@ihs.ac.at](mailto:felderer@ihs.ac.at), Tel.: 01/59991-125

Dr. Thomas Czypionka, [thomas.czypionka@ihs.ac.at](mailto:thomas.czypionka@ihs.ac.at), Tel.: 01/59991-127

Mag. Gerald Röhrling, [roehrlin@ihs.ac.at](mailto:roehrlin@ihs.ac.at), Tel.: 01/59991-268

Dr. Monika Riedel, [riedel@ihs.ac.at](mailto:riedel@ihs.ac.at), Tel.: 01/59991-126

Tanja Gewis (Public Relations), [gewis@ihs.ac.at](mailto:gewis@ihs.ac.at), Tel.: 01/59991-122

