



POLICY BRIEF

Zentralisierung braucht abgestimmte Versorgungsziele

Maria M. Hofmarcher
Christopher Singhuber

Policy Brief

Zentralisierung braucht abgestimmte Versorgungsziele

Maria M. Hofmarcher

Christopher Singhuber

November 2020

Zitiervorschlag:

Hofmarcher, M. M., Singhuber, C (2020): Zentralisierung braucht abgestimmte Versorgungsziele. HS&I Policy Brief November 2020, Wien. <http://www.healthSystemIntelligence.eu>

Um die Lesbarkeit des Berichtes zu unterstützen, werden männliche und weibliche Formen abwechselnd verwendet, und zwar zufällig. Wenn nicht ausdrücklich hervorgehoben, sind in beiden Formen immer Frauen und Männer zusammen gemeint.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	5
Abkürzungsverzeichnis.....	6
1. Einleitung und Zielsetzung.....	7
2. Hintergrund	7
3. Reform der Sozialversicherung, Kosten und Effizienz	9
4. Vor- und Nachteile verschiedener Kassenmodelle.....	10
5. Der “Best Point of Service” erfordert Pooling der Finanzmittel.....	14
6. Schlussfolgerung	16
Anhang.....	17
Literaturverzeichnis.....	19

Zentralisierung braucht abgestimmte Versorgungsziele

Zusammenfassung

Die laufende Zentralisierung der Krankenkassen wird voraussichtlich 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 auf Ebene der Bundesländer/Regionen 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.

In der Literatur gibt es wenig Konsens darüber, ob Zentralisierung von administrativen Einheiten die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems verbessert. Im österreichischen Kontext und der seit 2013 geltenden Doktrin der Versorgung am „best point of service“ dürfte eine dezentrale Struktur von Krankenversicherungsträgern eher geeignet sein, kooperative Versorgungssysteme zu gestalten, um Herausforderungen zu bewältigen. Gleichzeitig sollen bundeseinheitliche Regelungen Fairness, Transparenz und Verantwortlichkeit sicherstellen und stärken. Grundsätzlich ist darauf zu achten, dass starke Eingriffe in Strukturen der Finanzierung im Vorfeld qualitativ hochstehende, sorgfältige Analysen und Vorbereitung erfordern, öffentliche Debatten ermöglichen sollen und Zeit eingeplant werden muss, mit allen Akteuren Vertrauen aufzubauen. Solche Bedingungen sind eher geeignet eine sinnvolle, die Versorgung fördernde Umsetzung zu erreichen, als aufgeladene politische Debatten, Misstrauen und politisch opportunes Durchpeitschen von großen Reformen.

Strukturreformen müssen dazu dienen den Zugang zu Versorgung sicherzustellen und zukunftsorientiert auszubauen. Sie müssen geeignet sein, Angebotsstrukturen unter gegebenen verfassungs- und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen weiterzuentwickeln. 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
BVA	Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
EUR	Euro
FPÖ	Freiheitliche Partei Österreich
GKK	Gebietskrankenkasse
KV	Krankenversicherung
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖVP	Österreichische Volkspartei
ÖSG	Österreichischer 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 und Zielsetzung

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 Gesundheitsziele und 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, Aspekte der aktuellen Zentralisierung der Krankenkassen zu diskutieren und Ideen zu präsentieren, wie die ambulante Versorgung auf Basis regionaler Finanzpools erbracht und von den involvierten Akteuren auf dezentraler Ebene gemeinsam gesteuert werden könnte.

2. Hintergrund

In seinem Tätigkeitsbericht von 2017 (RH 2017) konstatierte der Rechnungshof Österreich, dass es mit 21 Sozialversicherungsträgern ein komplexes, zersplittertes System gibt. Darüber hinaus bestanden und bestehen 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 bis 2019 bestehenden, hohen Kassendichte wurde 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

- (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 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 und SPÖ Koalitionen umgesetzt wurden, gab es bei 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. Nunmehr besteht Arbeitnehmer-Arbeitgeber-Parität in sämtlichen Gremien der sozialen Krankenversicherung.

Parallel zu Kostendämpfungszielen wurde in einem partizipativen Prozess ab 2011 begonnen, Gesundheitsziele zu erarbeiten. Mit 10 Zielen soll sichergestellt sein, dass sich die Gesundheit aller in Österreich lebenden Menschen, unabhängig von Bildungsstatus, Einkommenssituation oder Lebensumständen verbessert. Die Gesundheitsziele sollen konkret dazu beitragen, dass in den nächsten zwanzig Jahren die Anzahl der in Gesundheit verbrachten Lebensjahre deutlich steigt, BMGF 2017; ursprünglich war vorgesehen, dass die gesunde Lebenserwartung bis 2020 um 2 Jahre steigt². Jedenfalls spielten Gesundheitsziele und das Ziel die gesunde Lebenserwartung zu verbessern bei der Strukturreform der sozialen Krankenversicherung keine Rolle.

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 akteursübergreifenden Gremien vorgezogen (Theurl 1999).

² Die Zahl der bei guter Gesundheit erlebten Jahre ist in Österreich unterdurchschnittlich (Hofmarcher, Singhuber 2020). Dies bestätigt sich durch neue Ergebnisse aus der Gesundheitsbefragung 2019/2020.

3. Reform der Sozialversicherung, Kosten und Effizienz

Das Sozialversicherungs-Organisationsgesetz (SV-OG) aus dem Jahr 2018 sieht vor, dass die bestehenden Sozialversicherungsträger auf fünf Einheiten zusammengeführt werden und ein Dachverband anstelle des derzeitigen Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger eingerichtet wird.

Die Reform des Sozialversicherungssystems wurde im Regierungsprogramm 2017-2022 zu einem der wichtigsten Ziele der ÖVP-FPÖ Koalition, was zu einem erneuten Interesse an diesem Thema in der öffentlichen Debatte geführt hat. Das Regierungsprogramm erwartete durch die Konsolidierung erhebliche Einsparungen im Sozialversicherungssystem. Gleichzeitig gibt es einige Evidenz, dass die Zusammenlegung aller KV-Träger auf 9 regionale Einheiten Kostensenkungspotenzial für den ambulanten Bereich und die Administration gehabt hätte, Hofmarcher, Molnárová 2018b.

Die Reform 2020 legte Träger mit ähnlicher Risiko- und Ausgabenstruktur zusammen, wodurch einige Kassen und Ihre Versicherten finanziell bzw. in ihrem Leistungsumfang weiterhin schlechter gestellt sind. Vorteile einer dezentralen oder regionalen Organisation der Kassenlandschaft wurden dadurch verhindert, Tabelle 1.

Gemessen an der Zahl der Versicherten, ist der größte Zentralisierungsschritt in der durchgeführten Reform die Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen zur ÖGK. In diesem Zusammenhang gibt es zwei Faktoren, die die Kosten beeinflussen könnten:

- Zum einen könnte die kolportierte Patientenmilliarde (innerhalb von 4 Jahren, Anm.) die jährlichen administrativen Kosten der ÖGK um 250 Mio. EUR senken³.
- Zum anderen könnte eine Leistungsharmonisierung über alle Bundesländer die Kosten steigen lassen:

Wir haben berechnet, dass ceteris paribus innerhalb der kommenden 10 Jahre ein jährlicher Mehraufwand von durchschnittlich 650 bis 750 Mio. EUR notwendig wäre, um die ambulanten Leistungen der Gebietskrankenkassen/der ÖGK auf das Leistungsniveau der BVAEB anzupassen.⁴ Die Anhebung des Leistungsniveaus ist seit langem notwendig und muss durch einen Risikostrukturausgleich und mögliche Einsparungen in der Verwaltung gegenfinanziert werden, damit der Versorgungsgrad der Bevölkerung nicht

³ 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 Bundesarbeitskammer 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).

⁴ Bei den Berechnungen wurden die durchschnittlichen pro-Kopf-Ausgaben von BVA und VAEB auf die Versicherten der ÖGK umgelegt und eine Bereinigung für mehrfach Versicherte und Risikostruktur vorgenommen. Die so errechneten Beträge werden mit der historischen Wachstumsrate fortgeschrieben um Tarifierhöhungen und den erhöhten medizinischen Bedarf aufgrund der Alterung abzubilden.

durch die „falsche“ Berufswahl oder Arbeitslosigkeit sinkt. Bei der Kassenzusammenlegung 2020 ist dieser Schritt vornehmlich innerhalb von Berufsgruppen geschehen.

Im Laufe von 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 die Themen der besseren Abstimmung zwischen Gesundheit und Pflege, bzw. dem ambulanten und 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.

Im nachfolgenden Abschnitt werden drei verschiedene Kassenmodelle präsentiert und einige Vor- und Nachteile erläutert. Zwei davon beschreiben die Situationen vor und nach der Kassenzusammenlegung 2020. Zusätzlich wird ein fiktives Kassenmodell vorgestellt: Dezentrale Zentralisierung der KV-Träger auf Ebene der Bundesländer. Ausgangspunkt dafür ist, dass seit 2013 die Versorgung am Best-Point-of-Service die Doktrin „ambulant vor stationär“ abgelöst hat. Versorgung am Best-Point-of-Service erlaubt deutlich mehr Flexibilität in Bezug auf die Wahl des Versorgungssettings, siehe Anhang 1. Wir gehen davon aus, dass sich diese Flexibilität am besten in einem Modell verwirklichen lässt in dem Versorgungspläne und Mittel für die ambulante Versorgung kooperativ gesteuert werden.

4. Vor- und Nachteile verschiedener Kassenmodelle

Tabelle 1 fasst die wichtigsten Aspekte, die für oder gegen ein jeweiliges Kassenmodell sprechen zusammen und gliedert sie gemäß den Funktionen Beitragseinhebung, Pooling, Purchasing und Steuerung, siehe Anhang 1. Grüne Felder enthalten die Vorteile der Variante in der jeweiligen Kategorie, rote Felder enthalten Nachteile. Drei Kassenmodelle werden dabei verglichen:

- die Kassenlandschaft vor 2020 mit 18 Kassen
- die durchgeführte Zentralisierung der Gebietskrankenkassen zur ÖGK, der SVA und SVB zur SVS, und der BVA und VAEB zur BVAEB, also zu drei Krankenkassen und
- ein Entwurf zur „Dezentralen Zentralisierung“, also die Auflösung der berufsständischen Struktur und eine Zusammenlegung aller Kassen auf regionaler (Bundesländer-) Ebene.

Die Kassenlandschaft vor 2020 hatte Schwächen im Hinblick auf den Risikostrukturausgleich und die Fragmentierung von Verantwortungen. Diese Herausforderungen sind geringer, wenn sich die Organisationsstruktur am Staatsaufbau orientiert, z.B. neun regionale Kassen oder über Versorgungsregionen hinweg, z.B. wie sie im ÖSG definiert werden. Gleichzeitig wird dadurch die Dezentralisierung gestärkt, die Doppelgleisigkeiten mit sich bringen kann.

Die Gesetzgebung aus 2018 geht einen anderen Weg. Dabei werden innerhalb des stark föderalen Systems der stationären Versorgung eine zentrale Ebene eingezogen. Während in diesem Modell grundsätzlich Risikostrukturausgleich besser gelingen kann und auch Verantwortlichkeiten eindeutiger verteilt sind, bleibt die Organisationsstruktur berufsgruppenspezifisch und trennt damit Träger nach hohen und niedrigen Risiken. Im Vergleich zum Status Quo vor 2020 werden in beiden Zentralisierungsvarianten Doppelgleisigkeiten bei der Beitragseinhebung reduziert.

Die bisherige Kassenlandschaft hatte im Bereich der Mittelzusammenführung schlechte Voraussetzungen für die regionale Koordinierbarkeit, Stichwort Risikostrukturausgleich. Die Zentralisierung 2020 hat hier zwar für bessere Voraussetzungen gesorgt, ein effektives Pooling der Mittel über Träger mit unterschiedlicher Risikostruktur ist aber ausgeblieben. Nach wie vor sind in der BVAEB Berufsgruppen versichert, deren durchschnittlicher Bildungsstand und Erwerbsstatus höhere Einnahmen erwarten lassen, als dies bei der ÖGK der Fall ist. Eine Zentralisierung der unterschiedlichen Träger auf Ebene der Bundesländer hätte diesbezüglich deutliche Vorteile gebracht.

Ausgangspunkt für die Überlegungen zum Modell „Dezentrale Zentralisierung“ ist, dass seit 2013 die Versorgung am Best-Point-of-Service die Doktrin „ambulant vor stationär“ abgelöst hat. Versorgung am Best-Point-of-Service erlaubt deutlich mehr Flexibilität in Bezug auf die Wahl des Versorgungssettings, siehe Anhang 2. So kann es z.B. sinnvoll sein, die fachärztliche Versorgung verstärkt im spitalsambulanten Bereich anzusiedeln. Oberösterreich wäre hierfür ein Beispiel (Hofmarcher, Singhuber 2020). Dezentrale Zentralisierung konnte beispielsweise in den letzten Jahren auch im Krankenanstaltenbereich beobachtet werden. Mittlerweile gibt es mit wenigen Ausnahmen keine Fondskrankenanstalten, die von Gemeinden oder Gemeindeverbänden betrieben werden⁵.

⁵ In diesem Zusammenhang wären Maßnahmen sinnvoll, die Finanzierung der Krankenanstalten durch Gemeinden im Rahmen des Finanzausgleiches anzupassen.

Tabelle 1: Vor- und Nachteile verschiedener Kassenmodelle gemäß Hauptfunktionen**

	Kassenlandschaft vor 2020	Zentralisierung 2020	Dezentrale Zentralisierung
Beitragseinhebung	+ Regionale „Nähe“ zu den Mitteln.	+ Reduktion von Doppelgleisigkeiten in den Erhebungsstellen,	+ Teilweise Reduktion von Doppelgleisigkeiten, + „Nähe“ zu Mitteln bleibt bestehen.
	- Doppelgleisigkeiten und Intransparenz.	- Keine „Nähe“ zu finanziellen Mitteln.	
Pooling/Zusammenführung	+ Regionale Präferenzen und Voraussetzungen werden berücksichtigt, + Gute Möglichkeiten für Yard-Stick-Competition*.	+ Koordination zwischen Regionen wird erleichtert.	+ Regionale Präferenzen und Voraussetzungen werden berücksichtigt, + Gute Koordinierbarkeit der Träger innerhalb einer Region. + Haftung/Verantwortlichkeit für Mittel wird erhöht. + Einnahmenseitiger Risikoausgleich wird verbessert. + Gute Voraussetzungen für Yard-Stick-Competition*. + Höheres Niveau der Verantwortlichkeit/Haftung
	- Schlechte Koordinierbarkeit zwischen den Regionen.	- Keinerlei Verbesserung bei Risikostrukturausgleich, - Verantwortlichkeit wird reduziert. - Schlechte Koordinierbarkeit der SV mit anderen Akteuren auf regionaler Ebene. - Weniger Einvernehmen für Budgetbedarf oder Budgetbeschränkungen regionaler Entscheidungsträger.	- Schlechte Koordinierbarkeit zwischen den Regionen. - Ausgabenseitiger Risikoausgleich (regionale Unterschiede in der Morbidität) abgeschafft.

*Der Begriff „Yard-Stick-Competition“ beschreibt die Möglichkeit aus der unterschiedlichen Praxis auf föderaler Ebene Best-Practice-Beispiele abzuleiten. Die Bundesländer dienen dabei als Experimentierfelder zur Findung von innovativen Lösungsansätzen, siehe Köttl (2008).

**Eine umfangreichere Definition der verwendeten Kategorien und eine detaillierte Diskussion der hier beschriebenen Effekte findet sich in Hofmarcher, Molnárová 2018b

Tabelle 1 (fortgesetzt): Vor- und Nachteile verschiedener Kassenmodelle gemäß Hauptfunktionen**

	Kassenlandschaft vor 2020	Zentralisierung 2020	Dezentrale Zentralisierung
Purchasing	<ul style="list-style-type: none"> + Regionale Präferenzen und Voraussetzungen werden berücksichtigt, + Vertragsgestaltung ist regional flexibel. + Gute Möglichkeiten für Yard-Stick-Competition*. 	<ul style="list-style-type: none"> + Bessere Voraussetzungen für Koordination zwischen den Regionen. + Eventuell Vorteile durch Monopolstellung in Vertragsverhandlungen. 	<ul style="list-style-type: none"> + Regionale Präferenzen und Voraussetzungen werden berücksichtigt. + Gute Voraussetzungen für Koordination der Träger mit anderen Akteuren auf regionaler Ebene. + Vertragsgestaltung ist regional flexibel. + Gute Möglichkeiten für Yard-Stick-Competition*. + Auflösung von ineffizienten „kleinen Kassen“. + Mehrfachversicherungen werden eliminiert. + Versorgungsungleichgewichte im ambulanten Bereich werden eingedämmt.
	<ul style="list-style-type: none"> - Schlechte Koordinierbarkeit zwischen den Regionen. - „Kleine Kassen“ mit weniger Effizienz in der Verwaltung. - Mehrfachversicherungen. - Fragmentierung führt zu Versorgungsungleichgewichten vor allem im ambulanten Bereich. - Wenig Transparenz. 	<ul style="list-style-type: none"> - Berücksichtigung regionaler Voraussetzungen und regionale Koordination der Träger werden erschwert. - Weniger Flexibilität in der Vertragsgestaltung, - Schwächere Verantwortlichkeit. - Keine Überwindung von Sektorgrenzen - Versorgungsungleichgewichte bleiben bestehen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Schlechte Voraussetzungen für die Koordination zwischen den Regionen/Bundesländern. - Haftung/Verantwortlichkeit wird reduziert, wenn Monitoring nicht ausreichend durchgeführt wird.
Steuerung	<ul style="list-style-type: none"> + relativ starke Versichertennähe zu „ihrer Kasse“ gibt vielleicht Anreize für „good practice“ Verwaltungshandeln 	<ul style="list-style-type: none"> + Gute Durchsetzbarkeit von Zielvorgaben des Bundes. + Mehr Transparenz und Datenverfügbarkeit. + Schwache Haftung/Verantwortlichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> + Selbstkontrolle durch Reaktivierung der Vertragspartneranalyse. + Höheres Niveau von Verantwortung/Haftung.
	<ul style="list-style-type: none"> - Schlechte Durchsetzbarkeit von Zielvorgaben des Bundes. Wenig Transparenz. 	<ul style="list-style-type: none"> - Keine Selbstkontrolle. Geringes Haftungs-niveau. 	<ul style="list-style-type: none"> - Wenig(er) Durchsetzbarkeit von Zielvorgaben des Bundes.

*Der Begriff „Yard-Stick-Competition“ beschreibt die Möglichkeit aus der unterschiedlichen Praxis auf föderaler Ebene Best-Practice-Beispiele abzuleiten. Die Bundesländer dienen dabei als Experimentierfelder zur Findung von innovativen Lösungsansätzen, siehe Köttl (2008).

**Eine umfangreichere Definition der verwendeten Kategorien und eine detaillierte Diskussion der hier beschriebenen Effekte findet sich in Hofmarcher, Molnárová 2018b

5. Der „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 Menschen⁶ 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 Gesundheitswesens⁷ 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 akut-medizinischer 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.

Das Dilemma des fragmentierten Finanzierungssystems könnte durch die Zusammenführung der Mittel für ambulante Versorgung über alle Versorgungssettings 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 in der jeweiligen Region. Deren Zahl wird in Zukunft noch deutlich rascher steigen, als in den letzten Jahren (EC 2018).

⁶ 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.

⁷ In einer aktuellen Prognose von Scheffler et al (2018) werden in Österreich 2030 zusätzlich 1.081 Ärztinnen oder 2,1% des geschätzten Angebotes an Ärzte 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.

Tabelle 2 zeigt geschätzte Volumina an Finanzmittel, die für die Dotierung eines „Ambulanztopfes“ aufzubringen wären. Österreichweit würde dieser Pool geschätzte 8,2 Mrd. EUR umfassen. Dabei würden etwa 5,2 Mrd. EUR (63%) aus der haus- und fachärztlichen Versorgung eingebracht werden, die seitens der Krankenversicherungen beizusteuern wären. 2,6 Mrd. EUR (31%)⁸ müssten durch die Landesfonds eingebracht werden, und die Länder müssten nochmals etwa 430 Mio. EUR (5%) beibringen, damit auch mobile Pflege ein Teil des Finanzpools wird. Tabelle 2 weist die geschätzten Volumina auch auf Ebene der Bundesländer aus.

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

"Ambulanztopf"	Gesamt	Ambulant*	Spitals-ambulant**	Pflege zu Hause***
Ö	8.151 100%	5.159 63%	2.559 31%	433 5%
B	230 100%	171 74%	47 21%	12 5%
K	530 100%	319 60%	178 34%	32 6%
NÖ	1.475 100%	1.032 70%	367 25%	76 5%
OÖ	1.208 100%	796 66%	371 31%	40 3%
S	521 100%	318 61%	179 34%	23 4%
ST	1.121 100%	711 63%	360 32%	51 5%
T	673 100%	437 65%	201 30%	35 5%
V	318 100%	231 73%	72 23%	15 5%
W	2.076 100%	1.145 55%	783 38%	149 7%

* 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 2018

** Spitalsambulante Endkosten, BMASGK (2019)

*** Öffentliche Ausgaben (HP3.5 x HF.1) und Ausgaben von Non-Profit Unternehmen (HP.3.5 x HF.2, EUR 108 Mio.), Statistik Austria/SHA 2018; Bundesländer-Aufteilungsschlüssel gemäß Nettoausgaben für mobile Dienste aus der Pflegedienstleistungsstatistik, Statistik Austria 2018

Quelle: Statistik Austria, HS&I-eigene Berechnungen

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 (Hofmarcher et

⁸ Ein Teil dieses Betrages wird auch über die Spitalsfinanzierungsfonds der Krankenversicherung aufgebracht, wird aber für diese Grobabschätzung nicht herausgerechnet und den ambulanten Kosten zugeschlagen.

al 2018). 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. Schlussfolgerung

Der notwendige Aus- und Aufbau der Primärversorgung muss beschleunigt werden und sollte der wichtigste Anknüpfungspunkt für Strukturreformen sein. Eine aussichtsreiche Alternative zur „reinen Zentralisierung“ der Krankenkassen ist die „dezentrale Zentralisierung“. Diese Strukturreform hat den Vorteil, dass eine Straffung der Kassenlandschaft auf Ebene der Bundesländer vorgenommen wird, und dass damit regionale Präferenzen der Versicherten berücksichtigt werden können. Konkret ist der Vorschlag, dass alle regional tätigen Krankenversicherungsträger ihre Mittel gemeinsam einheben, zusammenführen, verwalten und Leistungserbringer bezahlen.

Um Versorgungsziele zu erreichen und um Innovation und Flexibilität in den (ambulanten) Versorgungsformen im Versicherteninteresse zu unterstützen, sollten die Mittel für ambulante Versorgung aus den Krankenanstalten mit jenen der Landeskrankenkasse zusammengeführt und Bedingungen geschaffen werden, dass ebenso Mittel für die Pflege miteinfließen können. Alle Akteure sind bei Entscheidungen über die Verwendung beteiligt und haben Stimme, z.B. in Form einer Plattform. Es ist sicherzustellen, dass Land und Landeskrankenkasse kooperieren. Gemeinsam wird entwickelt, in welchem Umfang die ambulante Versorgung im Bereich Ärztliche Hilfe / Primärversorgung, in Spitalsambulanzen und im Bereich Mobile und Soziale Dienste angeboten wird. Durch verbesserte Kooperation wird Qualität und Effizienz gestärkt. Eine aussichtsreiche Strukturreform orientiert sich immer am Versicherten- und Patientenwohl.

Bei Strukturreformen der Finanzierung ist schrittweise vorzugehen. Dabei ist Bedacht zu nehmen auf bundeseinheitliche Regelungen, die Selbstbehalte und private Zahlungen definieren. Ebenso ist ein modernisierter Ausgleichfonds in Richtung eines fairen Ausgleiches der Risikostruktur und transparenter Verwaltung einzurichten. Darüber hinaus sollten bundeseinheitliche Standards im Finanzmanagement vorliegen und eingehalten werden, z.B. Kontrolle von Kredit- oder Anlagengeschäfte und Transparenz in den Geschäftsprozessen. Eine regionale Zentralisierung sollte für den (Qualitäts-)Wettbewerb um die besten Versorgungskonzepte genutzt werden. Und es sollten Anreize geschaffen werden zur Kooperation zwischen Regionen, sowie deren benachbarten Ländern. Im Zentrum der regionalen Zentralisierung steht eine neue Versichertengemeinschaft, in dessen Gremien sich die Zusammensetzung der Versichertengruppen widerspiegeln sollte.

Anhang

Anhang 1: Funktionen von (Sozial-)Versicherungsgemeinschaften

Beitragseinhebung (“Collection of funds”)

Die Bevölkerung ist die Quelle aller Ressourcen für das Gesundheitssystem, unabhängig davon, ob durch SV-Beiträge oder Steuern. Die Krankenkassen in Österreich organisieren die KV-Beitragseinhebung von Haushalten und Unternehmen. Die Einhebung von Mitteln beinhaltet hier die Aktivitäten, die mit dem Sammeln, der Kontrolle und der anschließenden finanziellen Verwaltung der gesammelten Mittel verbunden sind.

Zusammenführung der Mittel (“Pooling”)

Pooling bezieht sich auf die Akkumulation und Zuteilung der Ressourcen. Das Ziel des Poolings ist die Ressourcen entsprechend dem Versorgungsbedarf und den Präferenzen der Bevölkerung zu verteilen. Laut Kutzin (2010) entsteht das Pooling wenn die eingehobenen Mittel an eine oder mehrere Organisationen, die für die Zuteilung von Ressourcen verantwortlich sind, vergeben werden. Im Rahmen des österreichischen Krankenversicherungssystems werden die meisten Mittel (KV-Beiträge, Selbstbehalte, usw.) durch Krankenkassen gesammelt und zugeteilt.

Verwendung / Bezahlung (“Purchasing”)

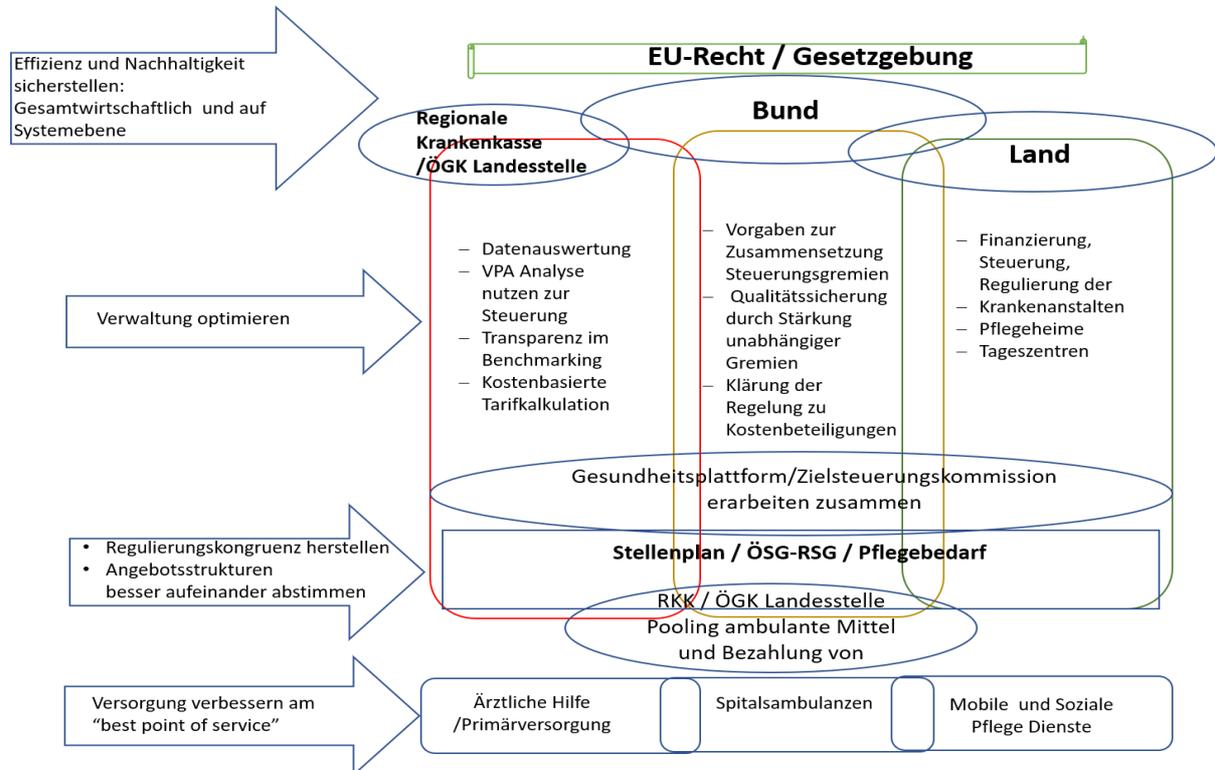
Purchasing bezieht sich auf die Übertragung von Ressourcen an die Leistungserbringer im Auftrag der Bevölkerung. Zusammen mit dem Pooling ermöglicht das Purchasing die Abdeckung für Einzelpersonen (Kutzin, 2010). Die eingehobenen und zusammengeführten Beiträge werden in der KV dazu verwendet, die Gesundheitsleistungen (Personal, medizinische Güter, usw.) auf Basis von Verträgen zu bezahlen. In diesem Zusammenhang dominiert im öffentlichen Gesundheitswesen in Österreich das Prinzip der Erstattung der Leistungserbringer. Die Effizienz der Beschaffungsaktivitäten wird häufig als eine der Hauptbereiche für potenzielle Einsparungen in den Gesundheitssystemen erwähnt und ist auch für Österreich in allen Bereichen des Gesundheitssystems relevant.

Steuerung („Governance“)

Schlüsselaspekte der Steuerung sind Verantwortung für das gesamte Design des Systems, Rechenschafts- und Berichtspflichten. In Ländern mit stark fragmentierten Systemen bestehen häufig inkonsistente Steuerungsstrukturen, was politische Entscheidungsfindungen in der Steuerung der Verwaltung, Regulierung, und von Reformaktivitäten schwierig macht. Die wichtigsten Elemente hierfür sind Transparenz und Verantwortlichkeit, insbesondere in Beziehung zu Finanzierungsinstitutionen. Die österreichische KV zeichnet sich durch eine hohe Integration der Funktionen (Beitragseinhebung, Pooling, Verwendung) aus. Hinzu kommt, dass relevante Gesundheitsdienstleister auch in den KV integriert sind z.B. KV-eigene Ambulatorien, Unfallbehandlung, Hanusch Krankenhaus usw.

SV: Sozialversicherung, KV: Krankenversicherung
Quelle: eigene Zusammenstellung auf Basis von Kutzin (2010).

Anhang 2: Organisatorischen Struktur zur Versorgung am Best Point of Service



RKK: Regionale Krankenkasse

Quellen: HS&I-eigene Zusammenstellung

Literaturverzeichnis

- APA (2018). AK zu Gebietskrankenkassen: Sozialversicherungsreform droht zum Milliardenesaster zu werden. OTS0164, 5. Okt. 2018.
- BMASGK (2019): „Krankenanstalten in Zahlen“. Wien
- BMGF (2017): Gesundheitsziele Österreich, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien 2012, Ausgabe 2017 mit aktualisiertem Vorwort.
https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2018/08/gz_kurzfassung_2018.pdf
- 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>. Institutional Paper 079, Mai.
- 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, (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 (2018) 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. (2018a): Higher Efficiency with Fewer Health Insurance Providers in Austria? HS&I Fast Track Jänner 2018. Wien, to be published.
- Hofmarcher, M. M., Z. Molnárová (2018b): (De-)Zentralisierung in der Krankenversicherung: Kontext, Vor- und Nachteile. Studie im Auftrag der Ärztekammer und der Arbeiterkammer Vorarlberg. HS&I Projektbericht. Wien, Mai 2018.
- Hofmarcher M.M. (2019). Umbau der Steuerung in der Gesundheitspolitik seit 2000: Etappensiege für Schwarz-Blau, in: Emmerich Tálos (Hg.), Die Schwarz-Blaue Wende in Österreich, LiT Verlag, Wien 2019.
- Hofmarcher, M.M., Singhuber, C. (2019). FACT BOOK Krankenanstalten im Bundesländervergleich. HS&I Projektbericht. Projekt mit Unterstützung von Philips Austria. Wien August 2019.
<http://www.HealthSystemIntelligence.eu/Krankenanstalten>
- Hofmarcher, M. M., Singhuber, C. (2020): Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme in Zeiten von COVID-19. HS&I Projektbericht. Projekt mit Unterstützung von Philips Austria. Wien August 2020.

http://www.HealthSystemIntelligence.eu/RegionalFactBook/Ambulante_Versorgung

- Industriellenvereinigung (IV 2017): Zukunft der Sozialversicherung / Krankenversicherung. Entwicklungsmöglichkeiten für Österreich; Zentrale Ansatzpunkte aus Sicht der Industriellenvereinigung.
- 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.
- 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.
- 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 Österreich (RH 2017): Tätigkeitsbericht.
- 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
- 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.
- WKÖ (2017): Effizienzpotenziale in der Sozialversicherung.
<https://news.wko.at/news/oesterreich/Studie-c-alm-Effizienz-in-der-Sozialversicherung-15.3.2017.pdf>



AUTORINNEN:
MARIA M. HOFMARCHER-HOLZHACKER,
CHRISTOPHER SINGHUBER



TITEL:
ZENTRALISIERUNG BRAUCHT ABGESTIMMTE
VERSORGUNGSZIELE

PROJEKTBERICHT/RESEARCH REPORT

HS&I

JOSEFSTÄDTER STRASSE 14/60
1080 VIENNA
AUSTRIA
TEL: +43-66488508917
MARIA.HOFMARCHER@HEALTHSYSTEMINTELLIGENCE.EU
[HTTP://WWW.HEALTHSYSTEMINTELLIGENCE.EU/](http://WWW.HEALTHSYSTEMINTELLIGENCE.EU/)

AHA. AUSTRIAN HEALTH ACADEMY

WALLNERSTRASSE 3
1010 WIEN
AUSTRIA
TEL: +43 1 8035050-27
MARIA.HOFMARCHER@AUSTRIANHEALTHACADEMY.AT
[HTTP://WWW.AUSTRIANHEALTHACADEMY.AT](http://WWW.AUSTRIANHEALTHACADEMY.AT)